

*Санкт-Петербургская городская
психиатрическая больница №1
им. П.П. Кащенко*

*Кафедра психотерапии и сексологии
Северо-Западного государственного
медицинского университета
им. И.И. Мечникова*

*Национальный медицинский
исследовательский центр
психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева*

Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии

Выпуск V

*Санкт-Петербург
Издательство «24 линия»
2018*

УДК 615.851
ББК 53.57
П866

Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск V. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «24 линия», 2018. – 266 с. : ил.

ISBN 978-5-6040590-3-6

Настоящее издание приурочено к V Научно-практической конференции, «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии», посвященной памяти профессора И.Я. Гуровича, проходившей 28-29 июня 2018 года. Конференция была организована Санкт-Петербургской городской психиатрической больницей №1 им. П.П. Кащенко совместно с кафедрой психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Национальным медицинским исследовательским центром психиатрии и неврологии имени В.М.Бехтерева, и включала IV Школу молодых психиатров Санкт-Петербурга с участием специалистов Восточно-Европейского региона WPA (Всемирной психиатрической ассоциации).

Материалы этих мероприятий, представленные в статьях и тезисах, включенных в сборник, отражают своеобразную переключку ученых и практических врачей, молодых специалистов, представителей организаций пользователей психиатрической помощи, многоаспектный характер развития психосоциального направления в психиатрии.

Издание адресовано психиатрам, психотерапевтам, медицинским психологам, специалистам по социальной работе, организациям пользователей психиатрической помощи.

УДК 615.851
ББК 53.57

ISBN 978-5-6040590-3-6

© Дизайн обложки Барсуков В.В., 2018



Исаак Яковлевич Гурович

(1927-2018)

В течение многих лет И.Я. Гурович был заместителем директора по науке Московского НИИ психиатрии, бессменным главным редактором журнала «Социальная и клиническая психиатрия», одним из наиболее авторитетных деятелей Российского общества психиатров.

Он по праву считается одним из основоположников отечественной психофармакотерапии. Целая серия его исследований была связана с организационной психиатрией: начиная с 1970-х годов, он

высказывал идеи о необходимости переноса акцента помощи во внебольничные условия, развития дневных стационаров, внедиспансерного звена и децентрализации психиатрического обслуживания населения. Он являлся одним из основных разработчиков Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

И.Я. Гурович во многом творчески переосмыслил концепцию психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, сформулировав ее в современном понимании и заложив основу внедрения данного подхода в значительном числе территорий Российской Федерации. Его идеи положены в основу многих инновационных форм оказания психиатрической помощи.

Сплав науки и практики характерен для всех работ профессора И.Я. Гуровича. Его исследования всегда являлись основой чрезвычайно важных практических рекомендаций, отражающих наиболее насущные потребности отечественной психиатрии. Исаак Яковлевич воспитал значительное количество учеников, развивающих его идеи, как в научно-исследовательских институтах, так и в региональных практических учреждениях.

В течение многих лет И.Я. Гуровича и его сотрудников связывало тесное сотрудничество с больницей им. П.П. Кащенко. Клиника была включена в число участников крупного международного проекта «Канадско-Российская программа по инвалидности», координаторами которого были Московский НИИ психиатрии и Университет Калгари. В больнице успешно реализовывались новые подходы к организации психиатрической помощи, психосоциальной реабилитации, которые разрабатывались в стенах Московского НИИ психиатрии

И.Я. Гуровичем и его учениками – первое в Северо-Западном федеральном округе отделение для больных, утративших социальные связи, первые в Санкт-Петербурге отделения первого психотического эпизода, различные формы психосоциального лечения. Десятки врачей психиатров, медицинских психологов и специалистов по социальной работе прошли обучение методам полипрофессиональной бригадной работы в Московском НИИ психиатрии. Три диссертации, защищенные сотрудниками больницы (одна из них – непосредственно в институте), содержали результаты использования на практике научных подходов, обозначенных И.Я. Гуровичем и его школой.

И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, другие сотрудники института неоднократно бывали в больнице, проводили семинары, лекции. В 2005 году в больнице с успехом прошла Российская конференция с международным участием «Две проблемы психиатрии: клиники первого психотического эпизода и психосоциальная реабилитация», организованная совместно с сотрудниками Московского НИИ психиатрии и Университетом Калгари, давшая импульс к развитию различных форм реабилитации в Северо-Западном и других регионах России.

Содержание

СТАТЬИ

МИЛИЕ-ТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ: ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ТРУДНОСТИ

Бабин С.М., Базарова Н.Д., Федоров Я.О., Павлова М.В., Черепанова М.,
Шарина Н. 15

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕЛЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. 22

ИССЛЕДОВАНИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ТИПА

Кишка Т.Н. 31

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА ХУДОЖЕСТВЕННО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ И РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Копытин А.И. 37

СТРУКТУРА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Лебедева Г.Г. 42

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВЕННЫХ И КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Мухитова Ю.В. 49

КОМПЛАЕНС ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Полторак С.В., Мизинова Е.Б., Соломонова С.В., Бабина Н.Г. 57

| | |
|--|-----|
| ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД ПРИ ОКАЗАНИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ | |
| Пустотин Ю. Л., Чехонадский И.И, Пряникова Е.В. | 64 |
| ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ И ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ | |
| Ханько А.В. | 75 |
| ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРАТКОСРОЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ | |
| Хасанова К.Д., Шигакова Ф.А. | 83 |
| ТЕЗИСЫ | |
| ОЦЕНКА ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ТЕНДЕНЦИЯМИ | |
| Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. | 91 |
| ОСОБЕННОСТИ КРИЗИСА ИДЕНТИЧНОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПСИХОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА | |
| Абрамов В.А., Голоденко О.Н., Грачев Р.А., Абрамов В.А. | 94 |
| ПСИХИАТРИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ГУМАНИТАРНАЯ СФЕРА ПОЗНАНИЯ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ | |
| Абрамов В.А. | 97 |
| СЕКСУАЛЬНОСТЬ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ | |
| Алексеев Б.Е. | 100 |
| РАЗРАБОТКА ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА | |
| Ахмадова Г. | 104 |

**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СЕРОТОНИНОВОГО РЕЦЕПТОРА 5-HT_{2A} (RS6313)
АССОЦИИРОВАН С НАБОРОМ ВЕСА ПРИ ПРИЕМЕ АНТИПСИХОТИКОВ**

Ахметова Л.Ш., Толмачев М.Ю., Ершов Е.Е., Кравцов В.В., Насырова Р.Ф. ... 106

ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМПЛАЙЕНСА У ПАЦИЕНТОВ С БАР I И II ТИПА

Ашенбрэннер Ю.В., Петрова Н.Н. 109

**СИНДРОМ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ СО СТАТУСОМ
КУРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ В ПОПУЛЯЦИИ СТУДЕНТОВ-
МЕДИКОВ**

Ашуров З.Ш., Шадманова Л.Ш., Бабаев Ж.С., Убайдуллаева Г.А. 111

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОЛИГОФРЕНИИ**

Бабаев Ж.С., Ашуров З.Ш., Убайдуллаева Г.А. 112

**ВИСОЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ИЛИ РАССТРОЙСТВО
ИНТЕГРАЦИИ ИДЕНТИЧНОСТИ (К ВОПРОСУ О РАЗВИТИИ КОНЦЕПЦИИ
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗОМОРФИЗМА)**

Бадалов А.А., Бровкина С.Н., Суманов Е.В. 113

**ИЗУЧЕНИЕ ТЕЛЕСНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ТДТ В
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ**

Борисова Д.Ю. 116

**ШКОЛА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ
ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Бугорский А.В. 119

**МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ АДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВАХ У
МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Васильева А. В., Баландова О. И. 121

**БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ В РАБОТЕ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
ВЫГОРАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Васильева Н.Г., Винокур В.А. 124

**АСПЕКТЫ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТОВ С
РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, НАХОДЯЩИХСЯ
ПОД ГИПЕРОПЕКОЙ СВОИХ РОДСТВЕННИКОВ**Васильева А.В.¹, Лемешко К.А.^{2,3} 129**БАЛИНТОВСКАЯ СУПЕРВИЗИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ РАЗВИТИИ
ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ – ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ И НЕОБХОДИМОСТЬ**

Винокур В.А. 132

**ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ВЫПИСАННЫХ
ИЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Гебель К.М. 135

РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТЕОРИЙ РАЗВИТИЯ

Гонжал О.А. 137

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЗИТИВНЫХ И НЕГАТИВНЫХ СИМПТОМОВ С
КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ
ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Даева Н.А., Гвоздецкий А.Н., Ершов Б.Б., Петров М.В. 139

**НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ
РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ**

Дворянинова В.В. 141

**КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ШИЗОФРЕНИИ**

Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н. 143

ПОКАЗАТЕЛИ МОНОАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ЛИМФОЦИТАХ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ УЧАСТВУЮЩИХ В ФОРМИРОВАНИИ
АНТИПСИХОТИКОВ-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ
СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА

Ершов Е.Е., Тараскина А.Е., Насырова Р.Ф. 144

ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЙ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА В
ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Ершов Е.Е., Куликова Ю.С. 146

ПСИХОПАТОЛОГИЯ И АНТРОПОЛОГИЯ (ТЕОРИЯ ТОМАСА, ОСТЕНСЯ,
МОРАЛЬНАЯ ПАНИКА)

Зислин И. 149

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С
КОМОРБИДНЫМ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

Зуйкова Н.Л., Бурьгина Л.А., Белова М.Ю., Костюк Г.П. 153

ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ПОГРАНИЧНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ В ОПЫТЕ
ПСИХОТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ

Ильясова А.Г. 156

АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ

Ирмухамедов Т.Б. 159

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С
АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ирмухамедов Т.Б. 161

МЕТАКОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Карякина М.В., Lysaker Paul H. 163

ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ И ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ РАБОТА С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ИХ СЕМЬЯМИ

Кирсанова К.Р., Пьянзин Ю.Ф. 166

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Курyleв А.А., Андреев Б.В., Колбин А.С., Лиманкин О.В. 168

ВОРТИОКСЕТИН (БРИНТЕЛЛИКС®) В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Лиманкин О.В., Бугорский А.В., Грицевская Е.М., Иванова Т.В., Куликова Ю.С., Лозинская О.И., Синева А.И., Отмахова У.А., Отмахов А.П. 171

СЕМЬЯ И ЕЁ РЕСУРСЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лухсе Л. 175

ТРЕНИНГ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА С ЭЛЕМЕНТАМИ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОСТОЯЩИХ ПОД АДН

Максимова Н.Е., Васильева Т.М., Ремизова С.С. 176

ПОДДЕРЖИВАЕМОЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (МОДЕЛЬ ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ)

Максимова Н.Е., Царева Е.В., Климок Н.В. 179

СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РИСКУ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Маммадова М.Н. 181

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Матвеева А.А. 183

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТАКОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БЕССОННИЦЫ

Мелёхин А.И. 186

СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ У ПАЦИЕНТОВ ВНЕ ПСИХОТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

Миланес Ю.М. 188

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ СИСТЕМНОЙ ОЦЕНКИ УРОВНЯ КОМПЛАЕНСА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Митихин В.Г. 190

РОЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В СНИЖЕНИИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Моренец Т.В. 193

ВОЗМОЖНОСТИ АРТ-ТЕРАПИИ В РЕШЕНИИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ

Назарова Н.Р. 196

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ И ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ ЛЕЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ МАСТЕРСКИХ

Павлова Т.С., Максимова Н.Е. 198

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ С ПОЗИЦИЙ АНТРОПОСОФСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Рамос Валерио Л.Э., Оганесян Н.Ю. 200

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОДЕРЖАНИЕ БРЕДА ЛИЦ РАЗНОГО ПОЛА С РАННИМ ДЕБЮТОМ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Рождественский В.И. 203

РАБОТА С ТЕЛОМ В ТЕРАПИИ ИЗБЕГАЮЩЕГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Рыбаков П.В. 206

К ВОПРОСУ ОБ ОТЧУЖДЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЙ

Ряполова Т.Л., Абрамов В.А., Бойченко А.А. 208

АПАТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ: МОРФОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Самотаева И.С., Гаскин В.В., Аведисова А.С., Захарова К.В., Аркуша И.А., Гехт А.Б. 211

МОТИВАЦИЯ, САМООЦЕНКА И КОММУНИКАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЕФИЦИТАРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТАНЦЕДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Сарайкин Д.М., Бабаева Е.Г. 212

ОПТИМИЗМ И САМОЭФФЕКТИВНОСТЬ КАК ПОСРЕДНИКИ МЕЖДУ СТИГМОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ У ГОМОСЕКСУАЛЬНЫХ И БИСЕКСУАЛЬНЫХ ПОДРОСТКОВ

Семенова Т.С., Ерзин А.И. 215

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ТУБЕКУЛЕЗ: ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОСТИ

Синева А.И. 218

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СПЕЦИАЛИСТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Солохина Т.А., Тюменкова Г.В. 221

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЛАЙЕНСА У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Сорокин М.Ю. 226

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА РЕЦЕПТОРА ЛЕПТИНА *LEPR* (RS8179183) КАК
МАРКЕР АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННОГО НАБОРА ВЕСА:
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО
ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Толмачев М.Ю., Миронов К.О., Насырова Р.Ф. 229

СВОБОДНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ
ЛАБОРАТОРИЯ – НОВАЯ МОДЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ТРЕНИНГА В
ОБЛАСТИ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИИ

Федоров Я.О., Базарова Н.Д., Павлова М.В., Спасская М.А., Хидоятов А.И.,
Черепанова М.В. 232

СРАВНЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ОБЫДЕННЫХ ВЗГЛЯДОВ НА ПРИЗНАКИ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: КОГДА ПОРА ОБРАЩАТЬСЯ К
НАРКОЛОГУ?

Федотов И.А., Кузина О.В., Антошкин Я.А. 236

ПСИХОТЕРАПИЯ, КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Фоменко А.Н., Гринева Т.В., Гречаный С.В. 239

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ДОФАМИНОВОГО РЕЦЕПТОРА *DRD4* В
РАЗВИТИИ АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭКСТРАПИРАМИДНЫХ
РАССТРОЙСТВ (ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Чесакова А.В., Толмачев М.Ю., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф. 242

АРТ-ПРОЕКТ «ШЕДЕВРЫ МИРОВОЙ ЖИВОПИСИ В ТРАКТОВКЕ
ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ» В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Искандеров М.Н., Журавлев Я.С., Чехонадский И.И., Пряникова Е.В. 245

ОБЪЕДИНЕНИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ И СПЕЦИАЛИСТОВ В РОССИИ И
СОВЕТ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ

Чумаков Е.М., Федотов И.А., Петрова Н.Н. 247

ПРОГРАММА ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В ОМСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Шеллер А.Д., Паненко О.А., Александрова О.А. 250

ОПЫТ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Яценко К.О. 252

«ПРИНЯТИЯ НЕИЗБЕЖНОГО» У ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ

Яценко К.О., Константинова Е.А. 254

МОТИВАЦИИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТАРНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ (МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ)

Яценко К.О., Якунов А.С. 257

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Яшина К.В. 261

ПРИЛОЖЕНИЕ**ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ СВЕЖЕЗАБОЛЕВШИХ БОЛЬНЫХ ИЛИ ВСЁ НОВОЕ – ЭТО ХОРОШО ЗАБЫТОЕ СТАРОЕ**

Случевская С.Ф., Случевская Н.С., Бабин С.М. 267

«ОТКРЫТЫЕ ДВЕРИ» В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ СВЕЖЕЗАБОЛЕВШИХ БОЛЬНЫХ

Л. Ф. Костикова, Ф. И. Случевский 270

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ..... 273

СТАТЬИ

Милие-терапия в психиатрическом дневном стационаре: задачи, организация, трудности

Бабин С.М.^{1,2}, Базарова Н.Д.², Федоров Я.О.², Павлова М.В.², Черепанова М.²,
Шарина Н.²

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

² Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Психотерапия психотических расстройств невозможна без соединения в единое целое биологических, психологических и социальных воздействий, объединенных на основе непротиворечивой концепции психотического страдания [10, 14]. В данном сообщении мы хотим остановиться, на одной из существующих моделей психосоциальной помощи психически больным, созданной на основе Берлинской школы динамической психиатрии известного психиатра и психотерапевта Г. Аммона (1918-1995) [22]. Этот подход отличается комплексным воздействием, объединяющим индивидуальную и групповую терапию, широкий спектр вербальных и невербальных психотерапевтических методик и терапию средой. В итоге, формируется наиболее дифференцированная концепция лечения, превосходящая предшествующие модели по своим терапевтическим результатам [8, 15, 22]. Теоретические взгляды и практические аспекты его работы, воплотившиеся в созданной им клинике динамической психиатрии Менгершвайге в Мюнхене, в сотрудничестве с российскими специалистами достаточно полно отражены в имеющейся литературе [1, 2, 7, 15, 17].

Терапия в динамической психиатрии основана на развитии конструктивных сторон личности и восполнении структурального дефицита, преодолении задержки развития и является возмещающей/корректирующей терапией идентичности [12]. В единой терапевтической программе используются такие методики, как индивидуальная и групповая психоаналитическая психотерапия, хореотерапия, музыкотерапия, арт-терапия, театротерапия, терапия верховой ездой, специфическая динамическая милие-терапия [5].

Работа Клиники Менгершвайге строится вокруг динамически понимаемой терапии средой — так называемой «милие-терапии» [1, 8, 9]. Основы милие-терапии были заложены Е. Simmel (1929) в 20-е гг. XX в. в первом психоаналитическом санатории в берлинском районе Тегель. Эта концепция была принята и далее развита К. и W. Menninger (1943) и внедрена в госпитале памяти К.Ф. Меннингера (K.F. Menninger Memorial Hospital) в Топике, США. В качестве еще одного пионера милие-терапии можно назвать А. Freud (1999), которая, через

разработку специфического детского анализа (1945–1965), дала импульс развитию современной терапии средой. Аналитик стал для ребёнка партнером по игре в пределах игрового мира, который напоминал его жизненную ситуацию. В современной милие-терапии специалисты активно включаются в милие-терапевтическую работу и, как при детском анализе, среда отображает жизненную ситуацию пациента.

Метод милие-терапии развивается и активно разрабатывается в ряде регионов России [3, 4, 6, 11, 13, 16]. Организация специфической терапии средой является одной из наиболее сложных задач, так как требует, помимо подготовки персонала, принципиального изменения отношения к пребыванию в лечебном учреждении, как самих пациентов, так и медицинских работников.

Милие-терапевтическая группа организуется вокруг рабочего проекта. Совместная деятельность является для пациента способом получения собственного опыта в сфере отношений, источником знаний о своих слабостях и преимуществах, например, в контексте работы и сотрудничества, контакта и дружбы, а также стимулом для возможных перемен. Милие-терапевтами могут быть любые специалисты, прошедшие соответствующее обучение. Более важным, чем профессиональная квалификация, являются такие личностные качества, как эмпатия, душевная теплота, обязательность и способность заботиться о другом [5]. В рамках милие-терапии ведущая роль отводится обсуждению с участниками возникающих трудностей, проблем, роли каждого из пациентов в группе, его вклада в реализацию проекта. Этим методика отличается от терапии занятостью, поскольку не сосредотачивается на возвращении пациентам навыков труда или просто на вовлечении их в работу, а скорее полагается на самостоятельное общее личностное развитие пациентов. Речь идет, фактически, о специфической форме групповой психотерапевтической работы, опирающейся на принципы динамической психиатрии и психотерапии.

В дневном стационаре СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» существует клуб бывших пациентов «Ступени», история которого насчитывает около 25 лет. Ранее мы считали работу клуба вариантом милие-терапии, т.е. терапии средой. К ней относились различные формы сообществ пациентов, такие как организация праздников, театральных постановок, прогулок в парке и т.д. Подобная активность выходила за рамки привычной работы нашего клуба, которая была представлена специализированными занятиями или кружками (рисование, художественное слово, музыкотерапия, адаптивная физкультура). При этом она играла важную роль в психореабилитации и даже контролеопасного поведения определенного контингента пациентов [18].

Общим в работе клуба «Ступени» было отсутствие психодинамической составляющей. Все группы имели открытый характер (нет определенного состава, любой из посетителей дневного стационара мог прийти на любую такую группу, когда захочет). В сотрудничестве с одним из авторов сообщения (С.М. Бабиным) сотрудникам дневного стационара удалось привнести психодинамическую составляющую в милие-проект. Это отвечало интересу специалистов отделения к психоанализу. Первая психодинамическая группы в дневном стационаре была открыта в 1998 году [20, 21], в настоящее время таких групп их уже восемь. Таким

образом, мы уже располагали не только теоретически подготовленным персоналом, но и опытом организации схожих проектов.

Милие-группа функционирует с января 2017 года, в нее включены 6 стабильных участников и несколько непостоянных. С самого начала группа предполагала 3 встречи в неделю. В понедельник проходит вербальная группа, на которой обсуждаются планы и обстановка в группе. Длительность этой группы – час. В среду и пятницу – непосредственная работа над проектом, т.е. воплощение сказанного в понедельник. Их длительность – по полтора часа. Все три группы являются открытыми и гетерогенными по составу. В группе работает 5 ведущих: один врач психотерапевт-психиатр, сестра-хозяйка и три психолога. Практически все ведущие прошли обучение современному групповому анализу, а также имеют личную терапию и регулярные супервизии.

Диапазон возможных милио-проектов проектов довольно широк: от группового оформления стенгазеты, написания реферата, до масштабных оформительских и строительных работ. С учетом наших условий, был выбран проект оформления стен лестницы дневного стационара.

В понедельник проводится группа, на которой обсуждаются вопросы что, кто и как будут рисовать. Фактически, это динамическая группа, сконцентрированная на решении социальных задач (договориться другу с другом кто и что будет делать). В течение часа обсуждаются идеи рисунков, возможности, трудности с которым предстоит столкнуться или с которыми участники уже столкнулись при реализации задуманного. Предлагаются соответствующие решения.

В другие 2 дня члены группы реализуют задуманное. Стоит отметить, что работа в среду и пятницу заключается не только в том, чтобы набросать эскиз, перенести его на стенку, а потом раскрасить. Прежде чем начнется работа над воплощением рисунка, участники группы самостоятельно готовят себе пространство, точнее стенку, на которой скоро появятся первые штрихи, а это значит: что-то подравнять, зашпатлевать, загрунтовать, побелить, отскоблить. Предварительно надо еще решить вопросы как все это сделать: «погуглить», подобрать материалы, закупить, привезти и т.д. Когда детали оговорены и ответственные назначены – тогда и начинается работа.

Важным представляется постепенное формирование групповых норм милио-группы. Группы по понедельникам и средам-пятницам были не идентичные, т.к. кто-то не хотел приходить на обсуждение. Это мешало воплощению задуманного, т.к. не пришедший в понедельник вмешивался в уже принятое всеми решение, и это создавало проблемы по реализации проекта. Потом было принято групповое правило, что все обсуждения по проекту можно делать только по понедельникам. В другие дни – только реализация. И если хочешь, чтобы твой голос был услышан – приходи на все группы. Таким образом, среда и пятница стали днями, когда можно наблюдать, как творится волшебство и обшарпанные зеленые стены постепенно превращаются в чистые белые полотна. А потом на них проявляются разноцветные следы животных, вырастают маки с подсолнухами, прячутся в джунглях жирафы, порхают бабочки и др.

Затем самими руководителями групп было принято решение о том, что необходимо проводить отдельную группу для всех ведущих, обсуждать динамику и согласовывать стратегии терапии. Практически – это интервизорская группа длительностью 30 мин. Она помогает понять особенности индуцированных пациентами чувств (контрперенос). В зависимости от осознанности и силы контрпереноса, вырабатывается стратегия работы с каждым пациентом. Если ведущий понимает «трудный» контрперенос, то продолжает «курировать» пациента без ущерба для себя и терапевтического процесса. Если ведущий не справляется с чувствами в контрпереносе, тогда лучше временно защищать специалиста, пока тот не разберётся с источником своих переживаний. Здесь ему смогут помочь личная терапия и/или супервизия. Наличие такой группы не только позволяет консолидироваться в понимании пациентов и выработке общих стратегий, но и служит надёжной профилактикой эмоционального выгорания. Если ведущий не может присоединиться к этой группе очно, тогда помогает интернет. По мнению всех участников профессиональной группы, она стала важным инструментом миле-терапии.

В ходе реализации проекта миле-терапия в нашем отделении возникли следующие трудности:

1. Контрпереносные реакции у ведущих. Пациенты вызвали самые разнообразные чувства, диапазон которых весьма широк, и интенсивность высока. Поэтому ведущий должен уметь распознавать эти чувства, понимать, как они связаны с историей пациента и уметь их использовать в работе. Например, показывая пациенту, что в этих чувствах, возможно, находится, и демонстрируя, что они не разрушают отношения.
2. Желание ведущих сделать часть проекта «лучше» (качественнее и быстрее), чем сами пациенты. Так незаметно проявились медицинские патерналистские тенденции. Главная задача состоит не в качественном «конечном продукте», а в тренинге навыков общения, социального взаимодействия и развития самостоятельности участников группы.
3. Непостоянство состава группы, которое связано с особенностями работы отделения и ограниченной длительностью пребывания в нем. После выписки только часть пациентов остается в миле-проекте. К тому же в летний период происходит сезонный спад посещений и уменьшение группы к лету.
4. Настороженность коллег «со стороны» к творчеству пациентов. В картинах пациентов коллегами замечались «подозрительные» символы (кресты, свастика и т.п.). Возможно, это отражает определенную настороженность к творчеству пациентов и проявление неосознаваемой стигматизации. Справедливости ради стоит отметить, что пациенты с психопатическими чертами хотели использовать известную в протестной среде символику (Педобир и т.п.). Вероятно, они хотели «провести вокруг пальца» родительские фигуры, с которыми обычно ассоциируется медицинское учреждение и его персонал. Однако осведомленность ведущих помогла обсудить «необходимость» символики в исследовательской манере, и выяснить, почему именно такие символы хочется нарисовать. После прояснения ситуации были использованы более подходящие рисунки.

5. Сиблинговая конкуренция тоже имела место. Пациенты временами неосознанно конкурируют за ведущих, время, пространство не стене, творческие идеи и т.п. Самым сложным было, не ограничивая созидательного порыва пациентов, соблюдать установленные группой общие правила.
6. Также влияли особенности течения и психопатология пациентов. В периоды обострения болезни или нестабильного состояния им было труднее соблюдать правила безопасности, нормы, общие требования, а ведущим было труднее контролировать групповой и творческий процесс.
7. Отдельно хочется отметить деструктивное взаимодействие в группе. Например, когда пациент оттягивает на себя все внимание группы или излишне вторгается в пространство другого пациента. Некоторые участники группы были излишне токсичны для других, могли занять собой все пространство группы. Но за счет специальных техник и стратегий, которые использовали ведущие – группа могла продолжать работать.
8. Еще одна из сложностей, с которой пришлось столкнуться – страх пациентов быть некомпетентными и совершить ошибку. Милие-группа предполагает изменение среды, в нашем проекте – это смешанное декорирование стен. В самом начале проекта, пациенты боялись сделать что-то не так, опасаясь, что это будет принято негативно со стороны других пациентов или администрации. Для преодоления этих чувств были использованы техники современного группового психоанализа (эго-синтонное присоединение, отзеркаливание, контейнирование) [19].
9. Другой проблемой являлась сильная разобщенность участников группы и ее «лидеро-центрированность». Пациенты скорее хотели взаимодействовать с ведущими, чем друг с другом. Для преодоления этого использовался «бриджинг» – еще одна техника современного группового анализа. Ведущий как бы наводил «мостики» между участниками группы через вопросы друг к другу.

Указанные выше трудности удалось решить за счет следующих ресурсов:

1. Регулярных супервизий работы группы милие-проекта, а также узкого интервизионного круга и методической помощи проф. С.М. Бабина.
2. Командной формы организации работы отделения и возможности обсуждать возникающие проблемы пациентов с их лечащими психиатрами, психотерапевтами и другим персоналом.
3. Обучение ведущих современному групповому анализу, позволяющему управлять деструктивными процессами и работать с психотической регрессией.
4. Личный анализ ведущих, который помогал отслеживать ограничительное влияние собственных проблем на способность управления групповым процессом.

Таким образом, внедрение милие-терапии в деятельность дневного стационара представляется весьма эффективным методом психосоциальной работы, который может существенным образом обогатить имеющиеся формы психосоциальной реабилитации душевно больных.

Литература

1. Аммон Г. *Динамическая психиатрия. Пер. с нем.* — СПб., изд-во Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1995. — 200 с.
2. Аммон М. *Психологические основы системы психотерапевтических воздействий в динамической психиатрии: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук / НИИ им. В.М. Бехтерева.* — СПб., 2004. — 46 с.
3. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. *Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция // Российский психиатрический журнал.* — 2004. — №3. — С. 59 — 63.
4. Бабин С.М. *Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре. Методическое пособие.* — Оренбург, 1998. — 52 с.
5. Бабин С.М. *Психотерапия психозов: практическое руководство.* - СПб.: СпецЛит, 2012. — 335 с.
6. Бабин С.М., Анисимова Е.В. *Отделение динамической психиатрии (психотерапии) ОПБ №2 // Наркологическая служба Оренбургской области на рубеже веков.* — Оренбург, 2001. — С. 66 — 69.
7. Бурбиль И. *Терапия и психологическая диагностика в клинике динамической психиатрии. Пер. с нем.* — Оренбург, 2002. — 24 с.
8. Вид В.Д., Лутова Н.Б. *Специфические эффекты терапии средой по Г. Аммону // Психосоциальная реабилитация и качество жизни / Сборник научных трудов.* — Т. 137. — СПб., Психоневрологический НИИ им. В.М. Бехтерева, 2001. — С. 116 — 121.
9. Вид В.Д., Лутова Н.Б., Баженова С.Г. *Метод психодинамически ориентированной милье-терапии в восстановительной терапии психически больных. Пособие для врачей.* — СПб., изд-во Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1999. — 23 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. Казаковцев Б.А., Виноградова Р.Н., Стяжкин В.Д., Козяков С.Б., Бабин С.М. *Профилактика правонарушений и медико-социальная реабилитация лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные действия // Российский психиатрический журнал.* — 2001. — №6. — С. 48 — 51.
12. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н. *Идентичность в норме и патологии.* — Новосибирск: НГПУ, 2000. — 256 с.
13. Кузнецов Н., Церковный А. *Исследование отношений общества к людям с душевными расстройствами и их изобразительному творчеству // Исцеляющее искусство.* — 2004. — №3. — С. 65 — 71.
14. Лиманкин О.В. *Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи.* — СПб.: Таро, 2015. — 228 с.
15. *Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова.* — СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. — 438 с.
16. Пустотин Ю.Л., Бабин С.М., Сировская В.П. *Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации и психиатрии: итоги и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия.* — 2003. — Т.13. — № 2. — С. 117 — 120.
17. Рихарц Б., Дворжак М. *Терапия средой в психиатрии, психотерапии и реабилитации. Пер. с нем.* — Оренбург, 2000. — 33 с.
18. Фёдоров Я.О. *Психотерапия средой как профилактика социально опасного поведения у паранойяльных пациентов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях* — 2009. — №1. — С. 38-43.
19. Спотниц Х. *Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники. Пер. с англ.* — СПб.: ВЕИП, 2004. — 296 с.

-
20. Чистяков М.С. Заметки об опыте ведения группы больных с шизофренией// Научно-практ. конф., посв. 50-летию юбилею Санкт-Петербургской 5-й городской психиатрической больницы - ГПНДС-7: сборник статей / под ред. С.В. Литвинцева, А.И. Колчева. - СПб., 2010 - стр. 122-127.
 21. Шиканова Е.А. Практические аспекты применения современного психоанализа в работе с психотическими пациентами // Психотерапия. – 2013. - №2 (122). - С. 13-17.
 22. Ammon G. *Handbuch der dynamischen Psychiatrie.* / Hrsg. G. Ammon: Bd. 2. — München: Reinhardt. — 1982.

Современные технологии определения целей реабилитации и оценка эффективности реабилитационных вмешательств

Исаева Е.Р.^{1,2}, Мухитова Ю.В.^{1,2}

¹ Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова

² Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность. Большинство современных исследователей уже давно разделяют мнение о том, что эффективная психосоциальная реабилитация улучшает качество ремиссии и удовлетворенность пациентов оказываемой психиатрической помощью, повышает уровень социального функционирования пациентов, их взаимоотношений с близкими людьми, способствует восстановлению трудоспособности [1; 3; 9; 14; 25]. Реабилитационный процесс предполагает «восстановление максимально достижимого высокого уровня физической, психологической и социальной адаптации пациентов и включает в себя меры, направленные на снижение воздействия инвалидизирующих и затрудняющих условий и на создание условий для людей с ограниченными возможностями для достижения оптимальной социальной интеграции» [16]. Вместе с тем по-прежнему актуальной и неразрешенной является проблема социальной интеграции в общество данной группы пациентов и оказания *действенной* помощи в восстановлении или достижении *оптимального* уровня социального функционирования.

Крайне важной и актуальной задачей является разработка конкретных и четких критериев эффективности реабилитационной помощи пациентам с психическими расстройствами через оценку динамики их реабилитационного потенциала, поиск индикаторов изменения поведения и функционирования [2; 14; 17; 23]. В реабилитации пациентов психиатрического профиля А. Medalia выделяет три основных направления работы: восстановительное, компенсаторное, адаптационное. Восстановительное направление реабилитации связано с изменением индивидуального функционирования пациента за счет улучшения когнитивных функций и адаптационных ресурсов, навыков самостоятельного преодоления проблем, обеспечение позитивного опыта обучения и возможностей внутренней мотивации. Компенсаторное направление представляет собой разработку альтернативных (компенсирующих дефицит) методов по реализации задач повседневной жизни. Адаптационное направление заключается в модификации окружающей среды с целью снижения негативного влияния последствий возникшего заболевания и достижения удовлетворяющего самого пациента уровня автономии и уровня участия в социальной жизни [27]. К основным инструментам реабилитации относятся: терапевтическая среда, тесное взаимодействие в междисциплинарной бригаде, сочетание медикаментозного, психосоциального и психотерапевтического воздействия, комбинирование

индивидуального и группового лечения, изучение сохранных и нарушенных функций, целенаправленные реабилитационные мероприятия, значимые для самого пациента, работа с семьями [25; 30].

Развитие психосоциальной реабилитации в нашей стране начиналось в стенах Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и опиралось на следующие основополагающие принципы: *партнерство* (сотрудничество пациента и врача при руководящей и направляющей роли последнего), *разносторонность усилий* (учет всех сторон реабилитации для каждого больного), *единство психосоциальных и биологических методов лечения* (комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий), *ступенчатость прилагаемых усилий* (поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного). При переходе от острой фазы заболевания к подострой, а затем к хронической реабилитационная помощь должна осуществляться в три последовательных этапа: первый этап – восстановительная терапия, направленная на предупреждение развития дефекта с помощью терапии средой и стимуляции активностью, второй этап – реадaptация, связанная с приспособлением к жизни во внебольничных условиях с учетом влияния болезни, третий этап – реабилитация. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, опирающаяся на положения реабилитационного направления М.М. Кабанова и претерпевшая ряд изменений за последние десятилетия, представляет собой стройную разработанную систему, имеющую свои этапы, принципы, способы оценки эффективности [8; 10].

Ведущие отечественные специалисты современной психосоциальной реабилитации психически больных И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер (2004) выделяют следующие принципы реабилитации:

- а) начало процесса психосоциальной реабилитации на любом этапе оказания психиатрической помощи;
- б) необходимость формулирования целей каждого вмешательства и определения конкретного временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть;
- в) осуществление выбора форм вмешательства для конкретного больного в соответствии с особенностями психосоциального дефицита;
- г) осуществление последовательности психосоциальных воздействий с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетентности;
- д) учет необходимости поддерживающих непрерывных или периодических психосоциальных воздействий при завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации [3; 17].

Вместе с тем многофакторность психических расстройств, высокий и устойчивый процент инвалидизаций вследствие психических заболеваний определяют необходимость внедрения в реабилитационный процесс процедуры постановки *конкретных и практических целей, регулярного мониторинга достигнутых результатов*. Так, В.С. Ястребов выделял три этапа реабилитации:

оценка и планирование целей и способов воздействия; реабилитационные вмешательства; достижение результата и его оценка [20].

Отечественные психиатры, медицинские психологи и психотерапевты активно реализуют широкий спектр форм и методов реабилитационной работы, привлекают в своей деятельности разнообразные зарубежные и отечественные теоретические концепции и методические разработки. Реабилитационные программы включают в себя целый комплекс мероприятий: психообразовательные программы, тренинг социальных навыков и проблемно-решающего поведения, разнообразные тренинги, направленные на развитие когнитивных, социальных и коммуникативных навыков, широкий спектр направлений арт- и трудотерапии [3; 17; 18; 20; 21; 23]. Проводимые реабилитационные программы, несомненно, повышают качество жизни больных, позволяют улучшать их социальный уровень.

В настоящий момент в качестве критериев эффективности лечебно-реабилитационного процесса в психиатрии рассматриваются: редукция психопатологической симптоматики, частота и длительность госпитализаций, достижение устойчивой ремиссии, изменение уровня инвалидизации, динамика трудовой занятости, снижение нагрузки на семью, улучшение социального функционирования и повышение качества жизни больных [2; 3; 12; 14]. Социальное функционирование является на сегодняшний день одним из критериев выздоровления для больных шизофренией, а его параметры - наиболее универсальными показателями благополучия индивидуума, уровня его адаптации в окружающей среде - в связи с чем оно определено как основная задача проводимой реабилитационной работы [4].

Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий применяется большое число шкал и опросников, например, используются адаптированные зарубежные шкалы социального функционирования и психического состояния пациентов: шкала общего клинического впечатления CGI, шкала позитивных и негативных синдромов PANSS, шкалы социального функционирования GAF, SOFAS или PSP, шкалы оценки качества жизни (QLS или SF-36), визуальная аналоговая шкала (ВАШ) оценки качества жизни и др., а также отечественные шкалы и опросники: Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер), «Шкала оценки социальных сетей психически больных», «Шкала оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных», карта «Оценка уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», «Карта для оценки возможности независимого проживания психически больных» и др. [2; 3; 4; 17; 18; 22]. Существующая система оценок психического и социального функционирования пациентов позволяет учитывать не только субъективную составляющую: уровень удовлетворенности социальным функционированием и качеством жизни пациента, но и объективные клинические оценки специалистов: оценка психического статуса, нейропсихологическая оценка когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы.

Вместе с тем, в большинстве случаев *пациент практически не рассматривается через призму его реальной жизни и тех конкретных*

трудностей, которые испытывают он и его семья во взаимодействии с окружающим миром и обществом, и на преодоление которых должна быть направлена реабилитация после выписки. Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) нередко носит формальный и рекомендационный характер для больного. И цели внебольничной реабилитации формулируются достаточно обобщенно и широко - оказание помощи в восстановлении социального функционирования пациента или, например, развитие коммуникативных, профессиональных навыков. При этом, границы и сроки достижения цели не определены. Поэтому крайне актуальным, с нашей точки зрения, является обоснованность индивидуального подбора тех или иных «целевых» лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на восстановление конкретных областей функционирования и преодоление существующих ограничений и дефицитов пациента, а также регулярное измерение достигнутых результатов, их соответствие поставленным целям и оценка эффективности индивидуально подобранной и проведенной реабилитационной программы. Например, в фокусе внимания полипрофессиональной бригады специалистов должны находиться следующие конкретные вопросы:

1. Каким образом проявляются в ежедневной жизни имеющиеся проблемы?
2. С какими проблемами хуже всего справляется семья?
3. Какие стратегии использует пациент, чтобы справиться с существующей проблемой?
4. Какие стратегии восстановления следует применить?
5. Может ли этот человек вернуться на работу/учебу/домой?

В соответствии с приказом МЗ РФ №1705н от 29.12.2012 «О Порядке организации медицинской реабилитации», основным критерием эффективности медицинской реабилитации является «не объем оказанной медицинской помощи, а *уровень достигнутых функциональных возможностей* за время, отведенное для проведения лечения, *самостоятельность и социальная активность пациента*» (Иванова Г.Е, 2013) [6; 7]. На наш взгляд, проблема измерения эффективности (в т.ч. экономической) проводимых реабилитационных мероприятий, динамики социального функционирования пациентов по-прежнему требует своего решения. Необходимы современные психометрические инструменты и технологии оценки эффективности восстановительных мероприятий.

Прежде чем определить реабилитационные стратегии, необходимо всестороннее обследование больного, проводимое *всеми* членами реабилитационной бригады, в которой участвуют врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и/или социальный работник, трудоинструктор и/или медицинская сестра. На основе проведенного исследования определяется *реабилитационный потенциал* пациента (с учетом его сохранных и нарушенных функций), предпринимается попытка спрогнозировать *проблемы функционирования в реальной жизни* [1; 25]. По результатам произведенной оценки бригада специалистов *совместно с пациентом* составляют прогноз, цели, стратегии и способы ведения реабилитационной программы [30]. На основании результатов наблюдения за больным и данных

обследования разрабатывается реабилитационная программа. Уже на начальных этапах работы специалисты МДБ совместно с пациентом и его родственниками устанавливают конкретные, четко определенные во времени цели, значимые для самого пациента и его семьи. При постановке целей реабилитационных воздействий зарубежные специалисты используют *систему индивидуализированной постановки целей (GAS)* и *систематическую оценку результатов* проведенных мероприятий [25; 30], пример которой представлен на рис.1. Команда формулирует цели и план действий, которые пересматриваются регулярно за время проведения программы, обсуждает и согласовывает их с пациентом, стимулируя его к тому, чтобы он стал активным участником собственной реабилитации [30; 16].

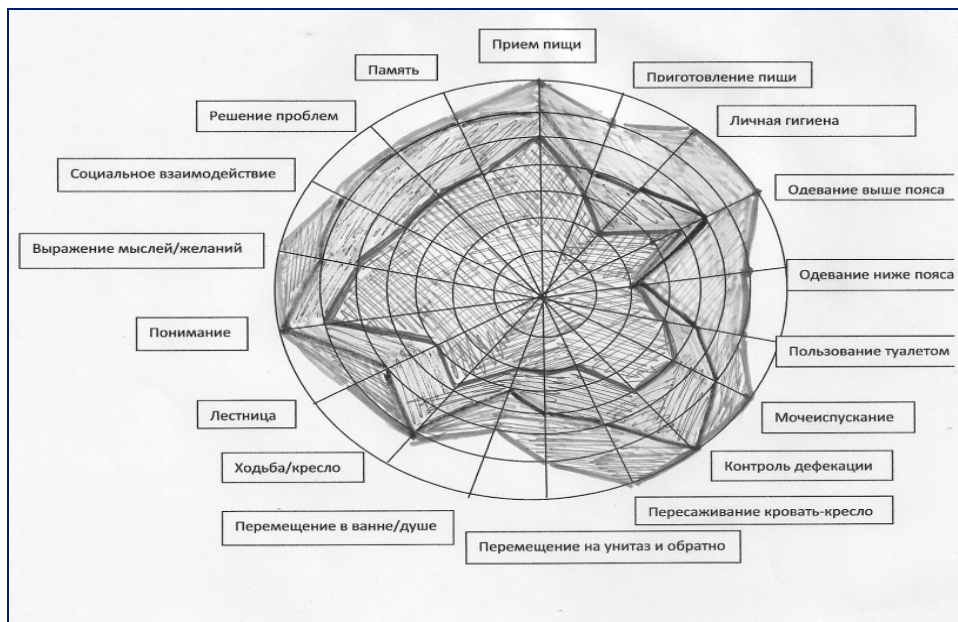


Рисунок 1. Диаграмма функциональной независимости по FIM-FAM. Три замера (обозначены разным цветом) отражают изменения в ежедневном функционировании пациента в процессе нейрореабилитации.

Хорошим подспорьем в работе может являться активное использование визуальных методов представления (диаграмм, графиков и др. наглядных средств), а при постановке целей реабилитации - определение четких критериев оценки результата (наличие индикаторов изменений в процессе реабилитации, широкий арсенал измерительных средств), что позволяет команде специалистов выбирать *наиболее точные мишени*, подбирать обоснованные и эффективные стратегии воздействия, и в конечном итоге определяет высокое качество оказываемой помощи (Рисунок 1).

Влияние экономических факторов во многом обусловило внедрение в систему оказания медицинской помощи населению современных технологий

менеджмента. Вследствие этого, в медицине предлагается любые решения (в данном случае – цели реабилитации) проверять через технику SMART-анализа, предложенную P.J. Meyer в 1965 г., а оценка реабилитационного потенциала и его динамика должны подчиняться принципам Evidence-based management (EBM) [24; 26]. Согласно системе индивидуализированной постановки целей, цель реабилитации должна быть описательна и соответствовать следующим критериям (SMART):

| | |
|-------------------|-----------------------|
| – Specific | Специфична |
| – Measurable | Измеряема |
| – Achievable | Достижима |
| – Realistic | Реалистична |
| – Time Orientated | Определена во времени |

Цель шкалируется для последующего учета эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, ей присуждаются баллы с использованием стандартизированной балльной системы, позволяющей мониторировать прогресс и использовать баллы для измерения результата. Цель должна: 1) предоставлять доказательство, что она достигнута (т.е. должны указываться конкретные изменения поведения); 2) указывать *кто, что, как часто и когда*; 3) быть реалистичной – «ожидаемый уровень» должен представлять собой то, что *наиболее вероятно* произойдет, а не то, что наиболее желательно; 4) быть поставлена с *точки зрения пациента*; 5) быть важной в *отношении качества жизни* пациента. Ожидаемый результат реабилитационных мероприятий должен представлять собой *наиболее вероятный уровень достижения* между постановкой цели и назначенной датой проверки. Условно реабилитационные цели можно подразделить на краткосрочные (достижение в течение 14 дней) и долгосрочные (к моменту выписки или через 1-3 месяца) [1; 9].

Особое внимание при разработке программ следует уделять наличию у пациента мотивации к лечению, возможности принятия самостоятельного решения, заинтересованности и реалистичности ожиданий со стороны семьи, выстраиванию окружения пациента в соответствии с поставленными целями реабилитационного процесса. Немаловажное значение также имеет мониторинг происходящих изменений в результате реабилитационного вмешательства. В медицинской и социальной реабилитации в качестве основы для разработки и измерения поставленных реабилитационных целей служит Международная классификация функционирования (МКФ), что позволяет оценивать функционирование человека на различных уровнях: 1) на уровне поврежденного органа (или системы), включая его *структуру и функции*; 2) на уровне деятельности (функционирования) человека, что подразумевает его *активность* (способность к выполнению задачи или действия) и *участие* (вовлеченность в конкретную жизненную ситуацию); 3) на уровне социального окружения, включающем *социальные* (предыдущий опыт, социальное происхождение, возраст, образование, пол, профессия) и *средовые факторы* (культурная среда, ближайшее окружение, жилищные условия) [13].

Применение МКФ позволяет, с одной стороны, проводить оценку состояния пациента более конкретно, детально и индивидуализировано, а с другой – дает более глубокое, разностороннее и комплексное представление о том, *какие функции, навыки, формы поведения и аспекты жизнедеятельности наиболее нарушены*, с какими трудностями сталкивается человек *в своем ежедневном функционировании*, и *какие ресурсы (внешние и внутренние)* имеются в наличии. Формулирование проблем пациента представляет собой *составление списка проблем*, включающего нарушения структур и функций тела, а также связанные с ними ограничения деятельности, трудности в осуществлении активности при вовлечении в жизненные ситуации: обучение, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь и т.д.; учитываются факторы окружающей среды, т.е. какие существуют трудности/барьеры во внешней среде и какая потребуется помощь в их преодолении.

Заключение. В настоящий момент в психиатрии основным направлением развития системы оказания психосоциальной помощи населению является расширение и укрепление комплексной, бригадной и внебольничной форм лечения и реабилитации, в основе которых лежит биопсихосоциальный подход. Особое место в системе внебольничной помощи, как и в условиях стационаров, занимает вопрос ресоциализации пациентов. Наибольшую эффективность проводимых мероприятий доказал мультидисциплинарный подход, активно развивающийся во многих направлениях медицины и позволяющий учитывать как биологические нарушения, так и социальное функционирование, обосновывать цели реабилитационных мероприятий и реализовывать оценку их эффективности. Однако актуальной и трудноразрешимой задачей на современном этапе развития отечественной системы психосоциальной реабилитации является достижение преемственности реабилитационных целей и мероприятий между учреждениями здравоохранения и органами социальной защиты, центрами социальной реабилитации инвалидов.

Перспективным методом оценки реабилитационного потенциала пациента и мониторинга достигнутых результатов в работе междисциплинарной реабилитационной бригады является применение МКФ, а также использование различных технологий менеджмента (SMART-анализ). Актуальным является создание единой структурированной системы оценок эффективности восстановительных мероприятий для психиатров, медицинских психологов и др. специалистов, участвующих в бригадной модели психосоциальной реабилитацией пациентов с психическими нарушениями. Разработка собственных, простых, наглядных и удобных в применении шкал для оценки разных аспектов социального функционирования пациентов и его динамики позволит обеспечить систему психосоциальной реабилитации современными технологиями и надежными измерительными психодиагностическими инструментами.

Литература

1. Григорьева В.Н., Ковязина М.С, Тхостов А.Ш. *Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.: Психология. 2006. 256 с.*

2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожак Я.А. Ремиссия и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения по 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т.18, №4. С.34-39.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожак Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М. 2004. 492 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М. В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. № 4. – С. 31-35.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М: Юрайт-Издат, 2012. 367 с.
6. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // Вестник восстановительной медицины. 2013. № 5. С. 3–8.
7. Иванова Г.Е. Организация реабилитационного процесса // Кремлевская медицина. Клинический вестник. Выпуск №4. 2012. С.8-10.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
9. Ларина О.Д., Шевцова Е.Е. Система полипрофессионального взаимодействия специалистов как условие создания единого реабилитационного пространства специализированной службы нейрореабилитации г. Москвы // Специальное образование. 2014. №4. С.24-39.
10. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22, №3. С. 99-106.
11. Лиманкин О.В. Вопросы совершенствования психиатрической помощи и развития общественного здравоохранения // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111, № 11. С. 56-61.
12. Лиманкин О.В. Реабилитация и психотерапия в биопсихосоциальной модели психиатрической помощи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. №2 (71). С. 54-57.
13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов Министерства труда и социального развития РФ, 2003. 133 с.
14. Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М.Бехтерева. СПб, 2001. Т. 137. С. 301-311.
15. Незнанов Н.Г., Акименко М.А. Холистический подход В.М.Бехтерева в современной неврологии и психиатрии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии №1, 2012 С.3-6.
16. Предупреждение инвалидности и реабилитация. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1983. 43с.
17. Савельева О.В., Петрова Н.Н. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике // Практическая медицина. Выпуск 2 (78), 2014. С. 83-87.
18. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т.20, №1. С.52-63.
19. Скворцова В.И., Гудкова В.В. и др. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом // Журн. Неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2002. Т.102. № 7. С. 28-33.

20. *Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации* / В.С. Ястребов и др. М.: МАКС Пресс, 2012. 44 с.
21. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. *Программа тренинга Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Психосоциальная и когнитивная реабилитация психически больных: Практическое руководство* / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2015, С.225-249.
22. Цыкунов М.Б., Иванова Г.Е., Найдин В.Л., Дутикова Е.М., Бжиянский М.А., Романовская Е.В. *Обследование в процессе реабилитации пациентов с повреждением спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга* / Под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М., 2010. С. 337-338.
23. Чуканова Е. К. *Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера* // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2014, Т.24, №1, С.21-27.
24. Dopson S., Bennett C. Fitzgerald L., Ferlie E., Fischer M.D., Ledger J., McCulloch J. & McGivern G. // *Health care managers' access and use of management research (PDF)*. National Institute of Health Research - Service Delivery & Organisation Programme. Retrieved 29 May 2013
25. *Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians* ed. L. Goldstein, J. E. Mc Neil. Wiley-Blackwell. 2013
26. George T. Doran. *There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives* // *Management Review*. Volume 70, Issue 11(AMA FORUM). P. 35-36.
27. Medalia A., Revheim N. *Dealing With Cognitive Dysfunction Associated With Psychiatric Disabilities: A Handbook for Families and Friends of Individuals With Psychiatric Disorders*. Albany, NY: Office of Mental Health; 2002. 35p.
28. Velligan D.I. & Glahn D. *Treating the cognitive deficits of schizophrenia*. *Curr psych & therapeutics rep* (2004) 2: 73-77.
29. Wykes T., Reeder C., Williams C., et al. *Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia*. *Schizophr Res*. 2003; 61:163-174.
30. Wilson B.A., Fergus G., Evans J.J., Bateman A. *Neuropsychological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome*. Cambridge University Press, 2013. 456 p.

Исследование саморегуляции поведения у пациентов, находящихся на принудительном лечении в стационаре общего типа

Кишка Т.Н.

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

Одна из основных целей принудительного лечения, согласно ст. 98 УК РФ – профилактика совершения повторного правонарушения, что представляет собой многосложную медицинскую задачу, выполнение которой вовлекает в совместную практику специалистов разных областей. Психологическая составляющая принудительного лечения, с ориентацией на зарубежные подходы, все более уверенно завоевывает в отечественных стандартах оказания психиатрической помощи свое место. В идеале, специально сформированный для данной криминальной когорты пациентов комплекс групповых и индивидуальных психологических интервенций, помимо обще-психотерапевтического влияния, должен делать акцент на развитие или восстановление способности пациента реализовывать социально-приемлемое поведение после выписки. В зависимости от механизма совершенного правонарушения может меняться подход в реализации поставленной задачи, но не сама цель [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Поведение человека с психическим расстройством детерминировано комплексом психологических, биологических и физиологических факторов, в сфере которых предполагаются специфические для болезни нарушения. Изменения в психологической сфере обычно включают недостаточный уровень самоосознанности, контроля поведения и малоэффективный стиль преодоления сложных ситуаций. В свою очередь, эти параметры могут вносить вклад размером до тридцати процентов в выраженность клинической симптоматики [12]. Совершение индивидом правонарушения часто сигнализирует о выраженных проблемах в сфере регуляции поведения, соответствующей социальной норме, неэффективном совладании со стрессовыми ситуациями, недостаточности личностных ресурсов [7, 8, 9].

Несмотря на очевидность проблемы и тесную связь обучения пациента регулировать собственное поведение с успешностью профилактики совершения повторного ООД, стоит отметить относительно небольшое количество исследований в области контроля поведения у лиц проходящих принудительное лечение. Обнаруженные и просмотренные работы преимущественно сфокусированы на копинг механизмах, хотя существуют апробированные на территории Российской Федерации методики для изучения стилей и уровня самоконтроля поведения, которые можно было бы использовать в исследовании. Также отмечается неудовлетворительное количество публикаций по оценке

эффективности проводимых психологических интервенций для пациентов принудительного лечения, в целом, а в особенности касательно улучшений саморегуляции поведения.

Эти данные были бы полезны не только для стимуляции научных психолого-психиатрических руминаций, они могли бы оказать непосредственное влияние на улучшение качества предоставляемых медико-реабилитационных услуг, улучшить социальный и функциональный результаты лечения (Social and Functional Outcomes) [11, 13] и внести вклад в экономию бюджета. В этой связи, было проведено небольшое научное исследование проблемы наряду с реализацией практической стороны клинической работы в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко. В учреждении в настоящий момент функционируют два мужских отделения принудительного лечения общего типа, третье – женское, не является целиком «пенитенциарным», только часть пациенток проходят принудительное лечение.

Большая доля пациентов принимает участие в смешанной по полу, многоуровневой психосоциальной лечебно-восстановительной программе. Таким образом, реализуется воздействие на когнитивную, эмоциональную, поведенческую, функциональную, социальную части личности пациента путем проведения множества специально подобранных психологических методик. Например, существуют психообразовательные программы, как общие, так и по нозологиям, блок когнитивных тренингов, блок, посвященный регулировке эмоциональной сферы, поведенческие тренинги и др. Стоит отметить, что при психологической работе с пациентами принудительного лечения особняком стоит задача мотивации и выстраивания комплаенса, при их высокой склонности к манипулированию и отсутствию конгруэнтности. Более подробное описание некоторых методик, а также их влияния на субъективную удовлетворенность лечением и качеством жизни можно найти в статье сборника конференции «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии», выпуск 4 (Кишка Т.Н., 2017).

С учетом сказанного, эффективность проводимой программы измеряется, помимо прочего, батареей методик самоотчета направленных на установление изменений в сфере копинг-механизмов и психологических защит, стиля регуляции поведения, стиля поведения в конфликтной ситуации совместно с уровнем агрессивности и враждебности. Необходимо помнить, что методики такого уровня всегда ограничены малой вариативностью ответов, риском неоднозначного понимания вопроса, также они апеллируют к интеллекту пациента, его осознанности, способности к саморефлексии и готовности быть искренним. Справедливо отметить, что последнее особенно сложно достижимо с пациентами на принудительном лечении.¹⁰ Несмотря на то, что для установления функционального диагноза или вынесения экспертного мнения методов самоотчета недостаточно, полученные данные могут представлять научный интерес с точки зрения выявления статистически закономерностей.

Целью нашего исследования было выявить, какие достоверные изменения происходят в копинг-механизмах и психических защитах, стилях поведения в конфликтной ситуации, в уровне самоконтроля поведения и агрессивности с

враждебностью после прохождения расширенной психосоциальной реабилитации у пациентов на принудительном лечении в стационаре общего типа. Также ставится задача определить роль копингов и стилей поведения в конфликтных ситуациях, психических защит, уровня агрессивности и враждебности в формировании общего уровня самоконтроля поведения.

Материал и методы. Выборку составили 29 мужчин; средний возраст 36,5 лет, с установленным экспертизой диагнозом шизофренического спектра (F20-29). Из них 12 человек совершили имущественное преступление, 11 пациентов совершили преступление против личности (в основном, убийство), 6 человек содержатся по статье – хранение, сбыт наркотиков, и 2 человека привлекались к уголовной ответственности по статьям, подразумевающим нарушение сексуальной неприкосновенности пострадавших.

В работе использовались следующие методики: «Определение Индивидуальных Копинг Стратегий» Э. Хайма, «Индекс Жизненного Стиля» (LSI), «Стиль Поведения в Конфликте» К. Томаса, «Стиль Саморегуляции Поведения» В.И. Моросанова и «Опросник Уровня Агрессивности А. Басса и А. Дарки.

Математические методы статистической обработки проводились в программе IBM SPSS Statistics 22. Был применен непараметрический метод сравнения двух зависимых выборок, критерий Вилкоксона, и множественный регрессионный анализ для выявления предикторов общего уровня саморегуляции.

Результаты. Сравнение двух зависимых выборок до и после активного участия в развернутой многоуровневой психосоциальной реабилитационной программе показало статистически значимые изменения в частоте использования больными шизофренией принудительного лечения нескольких копинг механизмов. Специфичность полученных изменений заключается в том, что отмечаются не совсем желательные изменения в копинг-аппарате. Например, достоверно выше уровень неконструктивного копинг-механизма – «диссимуляции» у пациентов после прохождения множества психологических групп [$M_1=2,31$, $\zeta=1,198$] и [$M_2=2,90$, $\zeta=0,817$], при $p=0,015$. Можно предположить, что пациенты используют полученные за время лечения знания для достижения индивидуальных целей и манипулирования, а не для конструктивных устремлений, включающих осознание болезни или проблем, принятие, открытый диалог со специалистами и активную позицию в терапевтическом процессе. Помимо прочего, отмечается достоверное снижение показателя копинга «эмоциональная разгрузка» у пациентов после прохождения программы [$M_1=0,83$, $\zeta=1,365$] и [$M_2=0,38$, $\zeta=0,677$], при $p=0,048$. Данный копинг механизм признан автором методики полуконструктивным, а значит, в зависимости от способа его реализации, может приносить пользу или вред. Соответственно, снижение частоты его применения может быть расценено как признак того, что у больных шизофренией на принудительном лечении происходит снижение потребности в эмоциональной разгрузке ввиду прорабатывания проблем на группах и отсутствия накопления аффекта как такового. Это так же может быть связано с относительно спокойной жизнью пациентов в самом стационаре и/или невозможностью эмоционально разрядиться

под наблюдением персонала. Об этом говорят множественные свидетельства самих пациентов о том, что они не позволяют себе простых человеческих реакций, например, в виде слез разочарования или бурной радости, поскольку опасаются, что данные проявления автоматически будут расценены работниками больницы как патологические.

Статистически значимые изменения произошли в уровне враждебности, которая стала достоверно ниже у пациентов после прохождения психологических групп [$M_1=45,875$, $\zeta=19,4839$] и [$M_2=35,196$, $\zeta=20,4877$], при $p=0,014$. Данные достижения лечения являются важными, особенно для когорты пациентов с гомицидным поведением в анамнезе.

Только на уровне тенденции отмечается снижение уровня психологической защиты – «компенсация» [$M_1=59,11$, $\zeta=28,633$] и [$M_2=47,65$, $\zeta=35,919$], при $p=0,064$. Компенсация обычно ярко выражена при активированном чувстве собственной неполноценности и комплексах, при наличии тенденции на снижение этого показателя после психологических интервенций, мы можем предполагать гармонизацию личности, как результат программы.

В общем уровне самоконтроля поведения у пациентов с диагнозом шизофренического спектра после получения психологического лечения улучшение отмечается только на уровне тенденции [$M_1=28,90$, $\zeta=5,627$] и [$M_2=31,04$, $\zeta=6,150$], при $p=0,087$. Оба средних значения остаются в пределах «среднего» уровня общей саморегуляции, что свидетельствует о недостаточно развитой потребности в осознанном планировании своего поведения, зависимости от ситуации и мнения других людей, недостаточной компенсации даже после прохождения пациентами нескольких психологических групп. При этом, средние значения отдельных шкал методики каких-либо значимых изменений не обнаруживают.

Несмотря на отсутствие достоверных изменений в общем уровне самоконтроля поведения, были обнаружены интересные видоизменения предикторов его изменчивости. Так, с помощью множественного регрессионного анализа определено, что до прохождения интенсивной программы психосоциальной реабилитации больные поддерживали «средний» уровень общей саморегуляции поведения, при этом его изменчивость на 63% обуславливалась моделью, включающей «диссимуляцию», «установку собственной ценности» и «подавление», о чем говорит коэффициент множественной корреляции $R=0,795$ и коэффициент множественной детерминации R квадрат = $0,632$. Ранее выделенная, как нежелательная особенность поведения – «диссимуляция», оказывается, помогает пациентам принудительного лечения в саморегуляции поведения до прохождения психологических групп, на что указывает ее частный коэффициент Бета= $0,593$. «Установка собственной ценности» имеет отрицательный коэффициент частной корреляции Бета= $-0,44$, это означает, что чем выше пациентом устанавливается собственная ценность, не взирая на наличие каких-то сложностей, тем сложнее ему регулировать собственное поведение. Психологическая защита – «подавление» имеет отрицательный частный коэффициент Бета= $-0,318$. Это означает, что чем чаще пациент использует вытеснение для совладания со сложными эмоциями, тем менее осознанно и более активно подавленные переживания руководят им.

После прохождения этими же пациентами психологических групп, картина значительно меняется. Если ранее выделялись предикторы, которые по сути были деструктивными, то теперь на сцене появляется модель из конструктивных составляющих: агрессивность (с отрицательным коэффициентом частной корреляции $\beta = -0,464$), оптимизм и пассивная кооперация (с коэффициентами частной корреляции $\beta = 0,476$ и $0,374$, соответственно). Эту модель можно расшифровать следующим образом: низкая агрессивность и повышенная способность довериться другим людям и сохранению оптимизма предопределяют высокий общий уровень саморегуляции поведения пациентов на 63%, учитывая, что коэффициент множественной корреляции $R = 0,794$, а коэффициент множественной детерминации $R^2 = 0,63$.

Выводы. У пациентов с диагнозом шизофренического спектра, находящихся на принудительном лечении, отмечаются достоверно значимый рост среднего значения копинга «диссимуляции», снижение среднего значения копинга «эмоциональная разгрузка» и среднего значения «уровня враждебности» после посещения разнообразных психологических групп, реабилитационных мероприятий. В психологических защитах и общем уровне саморегуляции поведения проявились только тенденции к улучшению. Отмечается отсутствие статистически значимых изменений в стиле поведения при конфликтных ситуациях.

После прохождения психологических групп у пациентов меняется структура модели влияющей на изменчивость показателя общего уровня саморегуляции. Модель до активного участия в психореабилитационных мероприятиях включала «диссимуляцию», «установку собственной ценности» и «подавление» и определяла изменчивость общего уровня саморегуляции поведения на 63%. Новые детерминанты изменчивости, появившиеся после прохождения психологических групп, представляют собой более конструктивные психологические факторы: «агрессивность», «пассивная кооперация» и «оптимизм», определяя изменчивость общего уровня саморегуляции поведения на 63%.

Заключение. Приведенное исследование иллюстрирует, что проводимые психосоциальные вмешательства оказывают влияние на психологические показатели пациентов, находящихся на принудительном лечении, с диагнозом шизофренического спектра. Однако отделить влияние внутриотделенческой среды и личной жизни пациентов непосредственно от результатов психологических интервенций порой невозможно. В любом случае, выявленные изменения не полностью удовлетворяют в смысле масштаба перемен и их качества, что говорит о несовершенности применяемых методов психологического воздействия или самих методик изучения происходящих изменений, возможно, также об изначально имеющихся ограничениях в диапазоне желательных улучшений.

Вероятные определенные ограничения в развитии необходимого уровня саморегуляции поведения некоторыми пациентами поднимают вопрос о необходимости качественного курирования их на амбулаторном этапе лечения, что будет создавать активную внешнюю регуляцию поведения. Данные меры будут

способствовать снижению вероятности совершения ими повторных общественно опасных деяний.

Литература

1. Бабин С.М. (2012). *Психотерапия психозов: практическое руководство*. – СПб.: СпецЛит – 335.
2. Балашева Т.Н., Собелл Л. (2007). *Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы. Обзорение психиатрии и медицинской психологии*, (1): 4-7.
3. Бульгина В.Г., Макушкина О.А. Белякова М.Ю., Котова М.А. (2014). *Современные тенденции в использовании психосоциальных вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть I). Психология и право*.(1): 11-24. <http://dx.doi.org/10.17759/psylaw>
4. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. (2007). *Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции. Социальная и клиническая психиатрия*. 17(4):78-85.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. (2004). *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии – М.: Медпрактика-М. - 492.*
6. Захаров Н.Б. (2010) *Психосоциальная терапия и реабилитация лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа: Методическое пособие – Киров. - 98.*
7. Иванов П.А. (2010). *Стратегии совладания со стрессом у лиц, совершивших агрессивные преступления в условиях длительной психотравмирующей ситуации: Дис. канд. психол. наук. М.*
8. Макурина А.П., Бульгина В.Г., Венренцева О.В. (2015). *Стратегии совладания у психически больных женщин с криминальным анамнезом. Российский психиатрический журнал*, (3):42-49
9. Ратинова Н.А. (1998). *Саморегуляция поведения при совершении агрессивно-насильственных преступлений: Дис. канд. психол. наук. М., 1998.*
10. Хамитов Р.Р. (2003). *Личностные функции психически больных, находящихся на принудительном лечении. Казанский медицинский журнал*, 84(3):193-195
11. Lepage M., Bodnar M. and Bowie C.R. (2014). *Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. Can J Psychiatry*, 59(1): 5-12. <https://doi.org/10.1177/070674371405900103>
12. Petrosky M.J., Birkimer J.C. (1991, May). *The relationship among locus of control, coping styles, and psychological symptom reporting. J Clin Psychol*, 47(3): 336-45. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199105\)47:3<336::AID-JCLP2270470303>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199105)47:3<336::AID-JCLP2270470303>3.0.CO;2-L)
13. Priebe S. (2007). *Social outcomes in schizophrenia. B J Psych*, 191(50):15-20. <https://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s15>

Использование теста художественно-эмоционального восприятия для оценки и развития эмоциональной сферы у психиатрических пациентов

Копытин А.И.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ
Санкт-Петербург

Ведение. Проблема диагностики, коррекции и развития эмоциональной сферы является актуальной в силу ее важной роли в процессе социализации, общения и деятельности в разные периоды жизни. Актуальность данной проблемы также определяется широкой распространенностью различных патологий эмоциональной сферы, связанных с нарушениями психического развития (в частности, расстройствами аутистического спектра), расстройствами настроения, аффективными расстройствами. Значительное число психологических проблем и нарушений адаптации также обусловлено дефицитом эмоционально-регулятивных и эмоционально-коммуникативных умений.

Повышенное внимание ученых и практиков, занимающихся проблемами профилактики и лечения психических расстройств в последние годы уделяется вопросам формирования и развития эмоционального интеллекта. Эмоциональный интеллект трактуется, как способность человека понимать свои чувства и чувства других людей, поддерживающая внутреннюю мотивацию в деятельности и отношениях, а также умение управлять эмоциональными проявлениями (Goleman D., 1995, 1998). В более широком плане он определяется как способность человека к эффективной когнитивной переработке любой эмоциональной информации (Mayer J.D., Salovey P., 1997; Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., 2002; Salovey P., Mayer J.D., 1990).

В статье представлен ©Тест художественно-эмоционального восприятия (ТХЭВ) (Копытин А.И., 2018). Приводятся данные экспериментально-психологического исследования некоторых возможностей его применения для комплексной оценки и развития эмоциональной сферы пациентов с психическими расстройствами с опорой на представления о функциональном диагнозе.

Общая характеристика ©Теста художественно-эмоционального восприятия

Основным назначением ©Теста художественно-эмоционального восприятия является диагностика и развитие эмоциональной сферы, прежде всего, способности к дифференцированному восприятию эмоций и чувств, выражаемых в формах художественной и телесной экспрессии (абстрактных живописных картинах и силуэтах человеческих фигур). Определяемые тестом разные уровни развития данной способности могут характеризовать эмоциональный интеллект, показывать различные нарушения эмоциональной сферы (в частности,

алекситимический тип личности, эмоционально-волевой дефект и т.д.), характеризовать возрастную динамику развития эмоционального восприятия.

Тест включает два субтеста – субтест «эмоциональные фоны» и субтест «эмоциональные фигуры», обеспечивая комплексную оценку данной способности на основе восприятия испытуемыми абстрактных живописных фонов и силуэтов человеческих фигур, изображенных в разных позах психомоторной эмоциональной экспрессии (выразительных движениях).

Фоны представляют собой цветные картины, специально созданные разработчиками ©Теста художественно-эмоционального восприятия и нанесенные на основу формата А4. Картины имеют абстрактно-экспрессивный характер и насыщены символическими, цветовыми и средовыми триггерами, обеспечивающими целенаправленное воздействие на эмоциональные «мишени».

Фигуры представлены силуэтами людей в статических или динамических позах, характерных для разных эмоций. Основными критериями для выбора фигур являлись их психомоторные характеристики, связанные с конкретными эмоциями и чувствами. Фигуративные элементы используют «грамматику» телесного языка, то есть наиболее типичные позы и жесты, характеризующие разные эмоции и чувства.

Тестирование может проводиться индивидуально или в группе. Перед испытуемым (группой) в случайном порядке располагаются десять живописных фонов и 28 фигур-силуэтов. На фонах и карточках нанесены условные цифровые или буквенные обозначения. Экспериментатор говорит: «Данный тест позволит определить особенности вашего художественно-образного восприятия разных эмоциональных состояний. На десяти картинах художник-абстракционист передал десять разных эмоций. На пластиковых карточках вы также видите силуэты людей, которые переживают эти эмоции. На полученном вами бланке десять эмоций указаны по списку сверху вниз в алфавитном порядке. Постарайтесь определить, какие картины и фигуры соответствуют десяти разным эмоциям».

При суммарной оценке по обоим субтестам от 5 до 7 баллов результат рассматривается как пограничный, невысокий, при суммарной оценке от 8 до 11 баллов результат средний, при суммарной оценке 12 и выше баллов – повышенный. Если суммарная оценка по обеим шкалам ниже 5 баллов, то результат рассматривается как низкий.

Использование Теста художественно-эмоционального восприятия для оценки эмоциональной сферы у психиатрических пациентов с разными функциональными диагнозами

Оценка критериальной валидности теста проводилась путем определения различий показателей теста в группах здоровых лиц и психиатрических пациентов в группах с разными функциональными диагнозами, различающихся по своим функциональным характеристикам, включающим в том числе, эмоциональную/социальную перцепцию.

Гипотеза исследования состояла в том, что способность к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию у психиатрических пациентов связана не только с клиническим, но и функциональным диагнозом. Пациенты с

более благоприятным функциональным диагнозом могут характеризоваться лучшей способностью к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию, по сравнению с пациентами с менее благоприятным функциональным диагнозом.

В исследовании были использованы ТХЭВ и Шкала функционального диагноза больного. В исследовании применялись методы статистической обработки и интерпретации данных: оценка достоверности различий по t-критерию Стьюдента. Исследование проводилось на базе психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца в Санкт-Петербурге. Пациенты имели разные клинические диагнозы и сроки заболевания, характеризовались разной степенью сохранности социального статуса и адаптации в трудовой и семейной сферах. Функциональные диагнозы определялись на основе учета множества клинических, личностных и социальных особенностей пациентов их лечащими врачами. Врачи-психиатры выступали основными экспертами, мнение которых учитывалось при формировании трех групп исследования.

В исследовании принимали участие 46 пациентов. Возраст участников исследования варьировал от 23 до 75 лет (средний возраст – 42 года). На момент исследования все они находились на разных отделениях психиатрической больницы (острые отделения и реабилитационное отделение), получали лекарственную терапию и иные виды лечения и психосоциальной помощи, находились вне острого психотического состояния. В то же время, у некоторых сохранялись симптомы психического расстройства, в основном, в виде незначительно выраженных аффективных и поведенческих нарушений и психогенных реакций. Некоторые приходили на занятия из домашнего отпуска.

В целях большей простоты организации исследования, на основе характеристик, даваемых пациентам врачами-психиатрами, нами были сформированы три функциональных группы, различающихся по основным характеристикам функционального диагноза.

При сравнении средних величин по субтесту «эмоциональные фоны» достоверные различия между группами отсутствовали. При сравнении средних величин по субтесту «эмоциональные фигуры» были выявлены достоверные различия между группами первой и второй, первой и третьей, а также второй и третьей. При сравнении средних величин суммарных оценок по двум субтестам были выявлены достоверные различия между группами первой и второй, первой и третьей. Различия между группами второй и третьей по этим показателям были недостоверны.

Таким образом, подтверждена гипотеза исследования, согласно которой способность к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию у психиатрических пациентов связана с функциональным диагнозом. По результатам исследования, пациенты с более благоприятным функциональным диагнозом характеризуются лучшей способностью к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию, по сравнению с пациентами с менее благоприятным функциональным диагнозом, что подтверждается данными методики ТХЭВ.

Дополнительно были рассчитаны различия средних показателей при сравнении трех функциональных групп пациентов с группой здоровых. При сравнении средних величин в клинических группах с группой нормы по субтесту «эмоциональные фоны» достоверные различия между этой группой и первой функциональной группой отсутствовали. Достоверные различия были обнаружены при сравнении показателей группы нормы и второй и третьей функциональными группами. Данный результат показывает, что изучаемые характеристики эмоционально-волевой сферы (включающие, прежде всего, способность к эмоциональному восприятию) у пациентов первой функциональной группы практически не отличаются от здоровых людей. От других функциональных групп они отличаются наибольшей сохранностью эмоционально-волевой сферы, а их функциональные возможности достаточно высоки.

Приведем примеры результатов выполнения методики ТХЭВ пациентами разных функциональных групп.

Анастасия С., 19 лет, больна с 2016 г. Поступила в ПБ впервые с диагнозом – «Депрессивный эпизод тяжелой степени. Тревожно-депрессивный синдром». В процессе лечения в ПБ был выставлен уточненный диагноз – «Шизофрения. Галлюцинаторно-параноидный синдром». На момент обследования состояние стабилизировалось. Получала поддерживающее лечение и готовилась к выписке из больницы.

Не работает, является ученицей 11 класса вечерней школы, находится на иждивении у родителей. На основе признаков, включенных в шкалу функционального диагноза, отнесена в первой функциональной группе. Дефект отсутствует, интеллект средний, Защиты и копинг-стратегии частично эффективные, ценностно-смысловые ориентации сохранены, критика в болезни присутствует. Отношение к лечению преимущественно положительное, социальная перцепция и социальные компетенции частично снижены, социальный статус снижен, трудоспособна.

При выполнении теста правильно определила две эмоции в субтесте «эмоциональные фоны» и восемь эмоций – по субтесту «эмоциональные фигуры», набрав суммарный показатель 10 баллов, что соответствует верхней границе среднего уровня для взрослых.

Светлана Б., 52 года, больна с 1987 г. Поступала в ПБ неоднократно, в связи с частыми и выраженными нарушениями адаптации с диагнозом «Шизотипическое расстройство. Психопатоподобный параноид». Сроки пребывания в больнице сравнительно длительные. На момент обследования состояние удовлетворительное. Выявляется умеренно выраженный эмоционально-волевой дефект.

Не работает, является инвалидом II группы. На основе признаков, включенных в шкалу функционального диагноза, отнесена к третьей функциональной группе. Выявляется умеренно выраженный эмоционально-волевой дефект, интеллект незначительно снижен. Защиты и копинг-стратегии частично неэффективные, имеется дефект ценностно-смысловых ориентаций, критика в болезни формальная присутствует. Отношение к лечению

преимущественно положительное, социальная перцепция и социальные компетенции снижены, социальный статус снижен, нетрудоспособна.

При выполнении теста правильно определила три эмоции в субтесте «эмоциональные фоны» и три эмоции – по субтесту «эмоциональные фигуры», набрав суммарный показатель 6 баллов, что соответствует пограничному уровню для взрослых.

Заключение. В статье представлен ©Тест художественно-эмоционального восприятия (ТХЭВ). Оценка критериальной валидности теста, проведенная путем определения различий показателей теста в группах здоровых лиц и психиатрических пациентов с разными функциональными диагнозами, подтвердила гипотезу исследования, которая состояла в том, что способность к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию у психиатрических пациентов связана не только с клиническим, но и функциональным диагнозом. Пациенты с более благоприятным функциональным диагнозом могут характеризоваться лучшей способностью к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию, определяемому с помощью ТХЭВ, по сравнению с пациентами с менее благоприятным функциональным диагнозом.

ТХЭВ может быть рекомендован к практическому применению с целью диагностики и оценки особенностей эмоциональной сферы больных, в качестве одного из значимых ресурсов, связанных с функциональными, адаптационными возможностями больных. Он также может быть рекомендован к применению в качестве средства развития эмоциональной сферы.

Литература

1. Копытин А.И. *Эмоциональный арт-конструктор: диагностические, развивающие, психотерапевтические возможности. Методическое пособие.* – СПб.: Импон, 2018.
2. Goleman D. *Emotional intelligence.* – New York: Bantam Books, 1995.
3. Goleman D. *Working with emotional intelligence.* – New York: Bantam Books, 1998.
4. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). User's manual.* – Toronto, CN.: Multi-Health Systems, 2002.
5. Salovey P., Mayer J. D. *Emotional intelligence // Imagination, Cognition and Personality.* - 1990, 9, P.185-211.

Структура когнитивных нарушений у пациентов с расстройствами шизофренического спектра

Лебедева Г.Г.

Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. им. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

Актуальность. Нейрокогнитивный дефицит при шизофрении рассматривается как «третья группа симптомов» наряду с позитивными и негативными расстройствами (Магомедова М.В., 2000; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008; Harvey P.D., 2001; Keefe R.S.E., Eesley C.E., 2006). К настоящему времени накоплено огромное количество публикаций об особенностях когнитивного дефицита, только в англоязычной литературе превышает три тысячи (Вербенко В.А., 2007; Шмуклер А.Б., 2010; Keefe R.S.E., Eesley C.E., 2006) и за последние 20 лет выросло почти в 7 раз (Минутко В.Л., 2009; Wykes T., Reeder C., 2005). На сегодняшний день нет достоверных данных об усугублении когнитивного дефицита по мере развития и хронизации заболеваний шизофренического спектра (Gold S., Arndt S., Nopoulos P, 1999). В некоторых исследованиях показано (Rund B.R., 2009; Kurtz M.M., 2005), что пациенты демонстрируют относительно стабильный уровень когнитивного функционирования, несмотря на возможные изменения тяжести клинической симптоматики. Шизофрения в большей степени ассоциируется со стабильным когнитивным дефицитом, чем с нарастающей деменцией (Критская В.П., Мелешко Т.П., 2015; Goldberg T.E., Greenberg R.D., Griffin S.J., 1993).

Представления о структуре когнитивного дефицита также не отличаются однозначностью. Ведущим компонентом в формировании диссоциированного типа дефекта при шизофрении, в соответствии с традициями отечественной патопсихологической школы, является снижение потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции деятельности и поведения (Блейхер В.М., Крук И.В., 1986). В англоязычной специальной литературе патология потребностно-мотивационной сферы не считается достаточным объяснением когнитивных расстройств при шизофрении (Sharma T., Harvey Ph., 2000). Не отрицая значения анализа мотивационных процессов, ученые за рубежом сосредоточили свои основные усилия на исследованиях собственно когнитивных процессов (подчеркивается значение нарушений внимания, ограничение слуховой и зрительной рабочей памяти, снижение скорости реакции и активности психических (информационных) процессов, и расстройство исполнительских функций - функций программирования, регуляции и контроля психической деятельности) (Savla G.N., Moore D.J., Palmer B.W., 2008).

Таким образом, современное состояние проблемы оценки структуры когнитивного дефицита при шизофрении характеризуется расхождением

теоретических взглядов, что и определяет актуальность задачи уточнения, теоретического осмысления и практической разработки данной проблемы.

Целью нашего исследования было изучение структуры когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством личности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 128 человек в возрасте от 16 до 45 ($26,02 \pm 0,60$) лет, из которых 81 мужчина (63%) и 47 (37%) женщин. Пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (F 20 по МКБ-10) – 76 человек, пациентов с шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10) – 52 человека. Группы больных являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам.

Критерии отбора: наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие на момент обследования острой психотической симптоматики, выраженного интеллектуально-мнестического снижения и признаков нейрорепитического синдрома; отсутствие полиморфной симптоматики и коморбидных расстройств.

Методы. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: Тест «Последовательные соединения» (Trail Making Test -ТМТ, части А и Б, Reitan R.M., Wolfson D., 1993); тест беглости речевых ответов (Verbal fluency test, VFT, Lezak M.D., 1995); тест «Сложная фигура Рея–Остеррица» (Rey-Osterrieth Complex Figure Test); таблицы Шульте-Горбова (Горбов Ф.Д., 1971); таблицы Шульте (Рубинштейн С.Я., 1998); субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр» методики Векслера (Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И., 2006); тест на запоминание 10 слов (Лурия А.Р., 1969); стандартные прогрессивные матрицы Равена (Равен Дж.К., Корт Дж.Х., Равен Дж., 2002); пиктограммы (Херсонский Б.Г., 2000).

С целью выделения содержательной структуры когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией был проведен факторный анализ, исходными признаками для которого послужили результаты когнитивных тестов, выполненных пациентами.

Процедура исследования. Участие пациентов в исследовании проходило при отсутствии выраженного интеллектуального снижения, на условии добровольного информированного согласия самого пациента (разработан бланк на участие в экспериментально-психологическом исследовании и на обработку персональных данных) и при согласии лечащего врача. В выборку были включены испытуемые только с ярко выраженной праворукостью (предварительно проводился опросник М. Аннет (в модификации Л.И. Вассермана).

Результаты исследования. Полученные в экспериментально-психологическом обследовании пациентов показатели когнитивных функций были рассмотрены в соответствии с нормативными показателями. Было посчитано процентное соотношение пациентов с показателями входящими в нормативный диапазон и имеющие когнитивную недостаточность. Полученные данные представлены в Таблице №1.

Таблица №1

Когнитивные показатели у сравниваемых групп (в %)

| Когнитивные показатели (отсутствие нарушений) | Параноидная шизофрения | | Шизотипическое расстройство | |
|--|------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
| | До 5 лет | Более 5 лет | До 5 лет | Более 5 лет |
| Концентрация внимания (Корректурная проба) | 83% | 90% | 100% | 91% |
| Переключаемость внимания (Шульте- Горбова) | 47% | 48% | 73% | 77% |
| Объем кратковременной памяти (10 слов) | 95% | 81% | 76% | 97% |
| Объем долговременной памяти (10 слов) | 67% | 85% | 100% | 97% |
| Опосредованная память (пиктограммы) | 47% | 65% | 76% | 87% |
| Оперативная память (повторение цифр) | 36% | 27% | 60% | 47% |
| Зрительно-моторная координация (Шифровка) | 25% | 36% | 50% | 50% |
| Конструктивный праксис (Кубики) | 87% | 68% | 92% | 92% |
| Уровень мыслительных операций (Сходства) | 67% | 83% | 100% | 80% |

Из таб. 1 видно, что у большинства пациентов с параноидной шизофренией первого психотического эпизода наблюдаются нарушения переключаемости внимания, опосредованной памяти, зрительно-моторной координации. У пациентов с параноидной шизофренией, болеющих более 5 лет, главным образом проявляются нарушения переключаемости внимания, оперативной памяти и зрительно моторной координации. У большинства пациентов с шизотипическим расстройством, болеющих до 5 лет, нарушений не было выявлено, а у болеющих более 5 лет - обнаруживается нарушение оперативной памяти.

С целью определения структуры когнитивного дефицита у пациентов нами был проведен факторный анализ (метод – «Главных компонент»), исходными признаками для которого послужили результаты всех когнитивных тестов и проб, выполненных пациентами.

Визуальный анализ графика собственных значений факторов позволил предположить существование 6-факторной структуры у пациентов с параноидной шизофренией, объясняющей 71,66% дисперсии (Вращение Варимакс с нормализацией Кайзера). Для интерпретации были выбраны факторные нагрузки, превышающие по модулю 0,4. При анализе факторной структуры были выделены следующие факторы:

Первый фактор – интеллект, способность к абстрактно-логическому мышлению и переключаемость внимания. Вошли показатели выполнения методик: Равен, таблицы Шульте-Горбова, Кубики, которые на наш взгляд характеризуют

следующие когнитивные процессы: интеллектуальные способности, высокий уровень абстрактно-логического, пространственного мышления и конструктивного праксиса, переключаемость внимания. Первый фактор имеет наибольший вес (17,6%).

Второй фактор – регуляция внимания (когнитивный контроль). Вошли скоростные показатели выполнения методик, ТМТ, Таблицы Шульте, Шульте–Горбова, Шифровка, и количественные – Исключение предметов, Корректирующая проба (количество ошибок). Данные показатели отражают: низкую скорость выполнения заданий на внимание и зрительно-моторную координацию, отсутствие нарушений мышления. Второй фактор имеет вес 14,3%. Данный фактор отражает низкую продуктивность активного внимания (нарушения всех характеристик внимания - концентрации, переключаемости, темпа), и показывает дезорганизацию когнитивного контроля. Иными словами, данный фактор отражает регуляторные функции внимания (дезорганизацию когнитивного контроля).

Третий фактор – мнестическая деятельность. Вошли все показатели выполнения методик (Фигура Рея, 10 слов, пиктограммы), связанные с разными видами памяти, а именно: семантическая память, долговременная (зрительная и слуховая) память, опосредованное запоминание. Третий фактор имеет вес 13,4% дисперсии.

Четвертый фактор – психическая активность и регуляция деятельности. В данный фактор вошли показатели выполнения методик (Фигура Рея, Беглость речевых ответов, ТМТ), отражающие динамические характеристики воспроизведения абстрактных символов (цифровые, образные символы) и вербальных, то есть скорость воспроизведения различных символов (вербальных и невербальных). Фактор, на наш взгляд, отражает низкий темп и низкую продуктивность психической деятельности, а также низкие показатели семантической памяти, то есть в целом, низкую психическую активность. Четвертый фактор имеет вес 12,2% дисперсии. Это перекликается с мнением В.П. Критской и Т.К. Мелешко (2015) о том, что психическая активность представлена инициативностью, регуляцией, темпом деятельности.

Пятый фактор – оперативная (рабочая) память. В данный фактор вошли показатели выполнения методики Повторение цифр. Пятый фактор (имеющий вес 10,0% дисперсии) отражает объем кратковременной памяти, рече-слуховой памяти и оперативной (рабочей) памяти.

Шестой фактор – уровень работоспособности и истощаемость психической деятельности. Вошли все скоростные показатели выполнения методики Таблицы Шульте. По своему содержанию, на наш взгляд, он в некоторой степени перекликается с 4 фактором, но при обработке данных выделился в отдельный фактор. Следовательно, характеристики внимания, выявляемые с помощью Таблиц Шульте, не аналогичны процессам, которые изучают психометрические тесты, представленные в 4-м факторе. Данный фактор включает в себя скорость переключения внимания, вработываемость, истощаемость, неустойчивость заданного темпа работы. Фактор имеет вес 7,2 % дисперсии.

Визуальный анализ графика собственных значений факторов позволил предположить существование 6-факторной структуры у пациентов с

шизотипическим расстройством, объясняющей 75,66% дисперсии. (Вращение Варимакс с нормализацией Кайзера). Для интерпретации были выбраны факторные нагрузки, превышающие по модулю 0,4. При анализе факторной структуры были выделены следующие факторы:

Первый фактор – произвольное (активное) внимание. Первый фактор составляет 16,44 % дисперсии и включает показатели выполнения методик – ТМТ, Таблицы Шульте, Шульте-Горбова, Шифровка. Данный фактор отражает произвольное (активное) внимание (переключаемость внимания, концентрацию внимания, эффективность работы) и зрительно-моторную координацию.

Второй фактор – управляющие (регуляторные) функции и критичность мышления, память. Второй фактор составляет 14,77 % дисперсии и включает показатели выполнения методик – Сложная Фигура Рея, Равен, 10 слов. Данный фактор отражает высокие показатели уровня мыслительных операций, проявляющиеся в поиске прогрессивных изменений в фигурах и принципе разложения фигур на элементы (высшая форма абстракции и динамического синтеза), а также высокие показатели долговременной памяти. Данный фактор показывает способность к управлению, регуляции деятельности, а также, критичность мышления и память.

Третий фактор - интеллект. Третий фактор составляет 14,05 % дисперсии и включает показатели выполнения методик – Равен, Беглость речевых ответов, Пиктограммы. Фактор отражает показатели оперативной, семантической и опосредованной памяти, интеллект и особенности абстрактно-логического мышления (установление аналогий, абстрагирование, перегруппировка, общий уровень логичности мышления и вербального мышления), невербального интеллекта. Данный фактор объединяет показатели интеллекта.

Четвертый фактор – конструктивный праксис, пространственное мышление и уровень зрительно-моторной координации. Четвертый фактор составляет 11,53 % дисперсии и включает динамические показатели выполнения методики – Фигура Рея, и количественные показатели методики – Кубики. Данный фактор отражает конструктивный праксис, пространственное мышление и уровень зрительно-моторной координации.

Пятый фактор - оперативная (рабочая память), объем кратковременной памяти и речеслуховой памяти. Пятый фактор составляет 9,88 % дисперсии и включает показатели выполнения методик – Повторение Цифр. Данный фактор отражает объем оперативной (рабочей памяти).

Шестой фактор - нарушения (искажения мышления). Шестой фактор составляет 8,99% дисперсии и включает показатели выполнения методик Исключение предметов, Сравнение понятий. Данный фактор состоит из значений показателей искажения мышления.

Выводы.

1. Структура когнитивного дефицита различается у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством.
2. Основные компоненты, формирующие когнитивный дефицит у пациентов с параноидной шизофренией: I компонент связан с уровнем интеллекта, способностью к абстрактно-логическому мышлению и переключаемостью

внимания; II – связан с нарушениями внимания (дезорганизацией когнитивного контроля); III – с мнестической деятельностью; IV – с психической активностью и регуляцией деятельности; V – с оперативной (рабочей) памятью; VI – с уровнем работоспособности и истощаемостью психической деятельности.

3. Основные компоненты, формирующие когнитивный дефицит у пациентов с шизотипическим расстройством: I компонент связан с уровнем произвольного (активного) внимания; II – управляющими (регуляторными) функциями, критичностью мышления и памятью; III – с интеллектом; IV – с конструктивным праксисом, пространственным мышлением, уровнем зрительно-моторной-координации; V – с оперативной (рабочей) памятью; VI – с нарушениями (искажениями) мышления.

Заключение.

Вследствие более выраженных когнитивных нарушений (выраженности нейрокогнитивного дефицита) пациенты с параноидной шизофренией в большей степени испытывают сложности в повседневной деятельности, они менее успешно преодолевают жизненные трудности и выдерживают внутренние и внешние нагрузки. С учетом особенностей структуры и динамики когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическом расстройстве может быть сформированы разные варианты тренинга когнитивных навыков для данных пациентов.

Литература

1. Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2000, № 1. - С. 92-98.
2. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. *Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия*. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. – 288 с.
3. Keefe R.S.E., Eesley C.E. *Neurocognitive impairments / The American psychiatric publishing textbook of schizophrenia*. Eds. Lieberman J.E., Stroup T.S., Perkins D.O. American Psychiatric Publishing, 2006 - P. 245-260.
4. Harvey P.D., Keefe R.S.E. *Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following treatment with atypical antipsychotics // Am. J. Psychiat.* 2001. - Vol.158. - P. 176-84.
5. Вербенко В.А. *Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении*. – Симферополь: ООО ДИАЙПИ, 2007. – 308 с.
6. Шмуклер А.Б. Структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга при шизофрении: роль интегративной перцепции // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2010.-т. 20, № 3, - С.86-95.
7. Мицунко В.Л. *Шизофрения*. - Курск: ОАО «ИПП «Курск», 2009. - 688 с.
8. Wykes T., Reeder C. *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia*. Routledge. London and New York. 2005. — 315 p.
9. *Cognition in schizophrenia. Impairments, importance, and treatment strategies / ed. by T Sharma, Ph. Harvey*. Oxford: University Press, 2000. 3631 p.
10. Savla G.N., Moore D.J., Palmer B.W. *Cognitive functioning / Clinical handbook of schizophrenia/ Eds. Mueser K.T., Jeste D.V.* NY.: Guilford Press, 2008, p. 91-99

-
11. Rund B.R. *Is schizophrenia a neurodegenerative disorder?* / *Nord. J. Psychiatry*, N63, 2009 P.196-201
 12. Критская В. П., Мелешко Т. К. *Патопсихология шизофрении.*-М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015.-389 с.
 13. Блейхер В.М., Крук И.В. *Патопсихологическая диагностика.* Киев: Здоров'я, 1986 – 192 с.
 14. Goldberg T.E., Greenberg R.D., Griffin S.J. *et al. The effect of clozapine on cognition and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia* // *Br J Psychiatry.*– 1993.– No 162. – P. 43–48.
 15. Kurtz M.M. *Symptoms versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in schizophrenia: a 1-and 4-year prospective study.* // *Schizophr Bull.*-2005.-31.-P. 167–174.

Экспертная оценка качественных и количественных характеристик нарушений мышления у больных шизофренией в процессе патопсихологической диагностики

Мухитова Ю.В.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербург

Актуальность изучения шизофрении, начиная с момента выделения данного заболевания в отдельную нозологическую единицу и до настоящего времени, обуславливается рядом причин: уникальной картиной феноменологического полиморфизма психических расстройств и проблемой нозологического единства шизофрении (Гильбурд О.А., 2007); высоким показателем распространенности в мире (в пределах 0.8-1%, что составляет 15 на 100 000 населения), высоким процентом госпитализаций и уровнем инвалидизации - 39, 9% случаев от общего числа инвалидов по психическим заболеваниям, что, по данным ВОЗ, входит в десятку ведущих причин инвалидности (Вид В.Д., 2008); патоморфозом и патопластикой заболевания (Лагун И.Я, 2008; Федоров Я.О, 2010), появлением и применением новых фармакологических средств, разработкой комплексного подхода в лечении и реабилитации, повышением их эффективности и качества, увеличением адаптационных и компенсаторных возможностей больных (Адамс А.Л., Джангильдин Ю.Т., 2011), необходимостью разработки более точного экспериментального материала и диагностических критериев для оценки степени выраженности нарушений психических функций при шизофрении (Щелкова О.Ю., 2009; Чередникова Т.В., 2010; Горьковая И.А., 2011).

Когнитивные расстройства при шизофрении (нарушения внимания, восприятия и мышления, регуляторной или исполнительной функции), описанные еще в работах Э. Крепелина и Е. Блейлера, выделяются в отдельный кластер патологических нарушений наряду с позитивной и негативной симптоматикой и определяются как один из компонентов шизофренического дефекта, затрудняющего социальную адаптацию и приводящего к формированию ряда вторичных нарушений, инвалидизации (Поляков Ю.Ф., 1976; Зотов М.В., 1999; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова, 2001; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008) и требуют оценки для решения задач МСЭ при определении уровня психического дефекта у данных больных.

Исследование мышления у больных шизофренией осуществляется в рамках проведения патопсихологического обследования, и определяют некоторые специфические изменения. При разработанности патопсихологического подхода к определению характера нарушений когнитивных функций и причин их возникновения, не производится оценка степени выраженности самих нарушений

и оценка состояния каждой из них в структуре психического дефекта у больных шизофренией (Кудрявцев И.А., 1982; Носачева Г.Н., Романова Д.В., 2001; Соловьева С.Л., 2006). Можно отметить существующее противоречие: оценка степени выраженности психического дефекта, рассматриваемого в социальной психиатрии и МСЭ в рамках ремиссии и содержащего в своей структуре дискордантность эмоционально-волевой сферы, когнитивной (мышление) у больных шизофренией, представляется одним из важных вопросов при определении стадии заболевания и типа ремиссии, степени и стойкости ограничений жизнедеятельности, реабилитационных задач. При этом, оценка, производимая врачом-психиатром носит в большей степени феноменологический характер, с психопатологической точки зрения, тогда как патопсихолог имеет возможность определить структуру и степень выраженности нарушений когнитивных функций, производя качественный анализ. При этом, последний представляется недостаточным для количественного анализа - за счет субъективности экспертов, а также неразработанности самих критериев количественной оценки. Все имеющиеся на сегодняшний день данные, полученные в ходе исследований мышления у больных шизофренией, подводят нас к выводу о необходимости разработки новых или усовершенствовании, имеющихся психодиагностических методов и оценочных средств мышления больных шизофренией.

Целью данного исследования является разработка критериев патопсихологической диагностики нарушений мышления у больных шизофренией с применением существующих патопсихологических методик.

Материалы и методы. Обследование проводилось на базе амбулаторного отделения СПб ГБУЗ Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко. В экспериментальную группу вошли 75 человек в возрасте от 19 до 50 лет с диагнозами: «шизофрения параноидная» (F 20.0 по МКБ-10), «простая шизофрения (F20.6), «остаточная шизофрения» (F20.5), «недифференцированная шизофрения (F20.6), «гебефреническая шизофрения» (F 20.1), «другая шизофрения» (F20.8), «шизотипическое расстройство» (F21). Все пациенты исследовались в состоянии ремиссии или неполной ремиссии, проходили экспериментально-психологическое обследование по направлению врача-психиатра, во всех случаях производился сбор медицинского анамнеза. Для оценки мышления использовались стандартные патопсихологические методики: «Исключение лишнего» (невербальный вариант) и «Сравнение понятий». После обследования мышления в экспериментальной группе полученные анкеты были оптимизированы и предоставлены группе экспертов (по 25 анкет каждому), которые проводили качественно-количественную оценку. В задачу каждого эксперта входило отнесение каждого ответа испытуемого к категории: функциональный уровень, конкретность, актуализация латентных признаков, актуализация второстепенных признаков, наличие в ответах резонёрства или разноплановости мышления, а также - оценка степени выраженности снижения процесса обобщения, искажения процесса обобщения, нарушения мотивационно-личностного компонента.

Группа экспертов состояла из 7 человек и формировалась, исходя из следующих критериев: 1. Лица, имеющее высшее образование по специальности «Клиническая психология». 2. Лица, имеющие опыт работы в практике психиатрического стационара или работающие на момент проведения исследования на отделении психиатрического стационара. 3. Стаж работы экспертов - не менее 3 лет. Экспертами выступили сотрудники ГБУЗ Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко (амбулаторное и стационарное отделения) и Первого СПб ГМУ им. акад. И.П. Павлова (кафедра общей и клинической психологии).

В ходе исследования был произведён подсчёт частоты встречаемости ответов, различных по форме, в экспериментальной группе для каждой степени выраженности нарушений мышления, при оценке этого показателя разными экспертами в методиках «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий», который позволил выявить следующие особенности.

Довольно часто, получая анкеты или после проведения оценки, эксперты давали комментарии относительно трудности выполнения данной работы в связи с отсутствием «самого пациента», недостаточности информации о нем или недостаточности результатов наблюдения, что позволяло бы экспертами проводить оценку уровня психического дефекта в целом или определять снижение эмоционально-волевой сферы в поведении. Это позволяет сделать вывод, что при оценке мышления эксперт часто опирается на сложенный внутренний интроект, содержащий представление об уровне психического дефекта у больного шизофренией на основании оценки поведения и наблюдения за ним (интуитивный уровень определения), который, в свою очередь, будет проецироваться на качественную и количественную оценку нарушений мышления. Было обнаружено, что по ряду показателей при отсутствии опоры на данные наблюдения, эксперты оказываются субъективны в своих оценках, тогда как в ряде случаев, демонстрируют достаточный уровень согласования оценок нарушений мышления. Отмечается, что при оценке ответов в методике «Исключение лишнего» согласованность оценки экспертов в дифференцировке признаков (обобщение по категориальному, конкретно-ситуативному признаку, искажение процесса обобщений, актуализация второстепенных и латентных признаков) значительно выше, чем при квалификации ответов в «Сравнение понятий» (Таблица 1). Это может быть обусловлено недостаточностью проработки квалификационной базы для данной методики, несформированностью четких и более объективных критериев определения, как самих нарушений, так и их количественной оценки (определения степени выраженности) в методике «Сравнение понятий», а также большей вариативностью ответов в вербальной методике. Кроме того, дифференцировка признаков «обобщение по категориальном признаку», «искажение процесса обобщений» («Сравнение понятий») обнаруживает выраженную недостаточность объективности и рассогласованность в оценках среди экспертов, при достаточности уровня согласованности в определении «конкретности» («Исключение лишнего»), «обобщение по функциональному признаку», «актуализация второстепенных и латентных признаков», «искажение

процесса обобщений» («Исключение лишнего»), «снижение мотивационно-личностного компонента». Отметим, что, как правило, если три или четыре эксперта оценивают нарушения в одном диапазоне выраженности, то три или четыре оставшихся дают кардинально противоположенную оценку.

Таблица 1.
Описательные характеристики ответов категориального уровня у больных шизофренией при проведении методик «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий»

| Признак | N | Среднее | Δ | Медиана | Мода | Min | Max | Размах квартиль | Асимметрия | Оп.ассим. | Дисперсия | Станд. Ош. |
|---|-----|---------|----------|---------|------|-----|-----|--------------------|------------|-----------|-----------|------------|
| Обобщение по категориальному признаку | | | | | | | | | | | | |
| Исключение лишнего | 185 | 9,38 | 5,4 | 9 | 7 | 0 | 26 | 6 | 0,5 | 0,18 | 29,12 | 0,4 |
| Сравнение понятий | 176 | 12,21 | 7,07 | 12 | 14 | 0 | 44 | 9,5 | 1,36 | 0,18 | 50,11 | 0,53 |
| Обобщение по функциональному признаку | | | | | | | | | | | | |
| Исключение лишнего | 201 | 2,72 | 2,35 | 2 | 2 | 0 | 12 | 3 | 1,45 | 0,17 | 5,54 | 0,17 |
| Сравнение понятий | 176 | 2,89 | 2,51 | 2 | 1 | 0 | 10 | 4 | 0,81 | 0,18 | 6,3 | 0,19 |
| Обобщение по конкретно-ситуативному признаку | | | | | | | | | | | | |
| Исключение лишнего | 201 | 2,89 | 2,46 | 2 | 1 | 0 | 12 | 3 | 0,89 | 0,17 | 6,07 | 0,17 |
| Сравнение понятий | 176 | 7,38 | 5,6 | 6 | 3 | 0 | 26 | 7,5 | 0,88 | 0,18 | 31,38 | 0,42 |
| Искажение процесса обобщений (латентные и второстепенные признаки) | | | | | | | | | | | | |
| Исключение лишнего | 185 | 4,54 | 3,15 | 4 | 3 | 0 | 18 | 4 | 1,01 | 0,18 | 9,97 | 0,23 |
| Сравнение понятий | 176 | 8,42 | 6,34 | 7 | 6 | 0 | 32 | 9 | 0,89 | 0,18 | 40,22 | 0,48 |
| Снижение мотивационно-личностного компонента | | | | | | | | | | | | |
| Сравнение понятий | 175 | 2,92 | 3,52 | 2 | 0 | 0 | 16 | 4 | 1,63 | 0,18 | 12,43 | 0,27 |
| Исключение лишнего | 88 | 1,98 | 1,98 | 1 | 1 | 0 | 9 | 2,5 | 1,2 | 0,26 | 3,93 | 0,21 |

Примечание: под нарушением мотивационно-личностного компонента понимается наличие в ответах испытуемых резонёрства или разноплановости мышления.

Ответы категориального, функционального и конкретного уровня, а также ответы, демонстрирующие нарушение мотивационно-личностного компонента не являются характерными для больных шизофренией и встречаются относительно нечасто, тогда как чаще всего встречаются ответы по типу искажения процесса обобщения (включающие в себя актуализацию латентных и второстепенных признаков), что свидетельствует о том, что искажение процесса обобщения

является наиболее характерным признаком нарушений для больных шизофренией (Таблица 2).

Таблица 2.

Частота встречаемости ответов по типу актуализации второстепенных признаков обобщений у больных шизофренией при проведении методик «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий»

| Исключение лишнего | | | Сравнение понятий | | |
|-----------------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------------|-------------|-----------------|
| Частота ответов | Час тога | % | Частота ответов | Час тога | % |
| -2,00000<x<=0,000000 | 41 | 29,18919 | -5,00000<x<=0,000000 | 14 | 7,56757 |
| 0,000000<x<=2,000000 | 82 | 39,45946 | 0,000000<x<=5,000000 | 84 | 45,40541 |
| 2,000000<x<=4,000000 | 32 | 14,59459 | 5,000000<x<=10,00000 | 38 | 20,54054 |
| 4,000000<x<=6,000000 | 21 | 6,48649 | 10,00000<x<=15,00000 | 15 | 8,10811 |
| 6,000000<x<=8,000000 | 7 | 5,40541 | 15,00000<x<=20,00000 | 2 | 1,08108 |
| 8,000000<x<=10,00000 | 1 | 2,70270 | -5,00000<x<=0,000000 | 14 | 7,56757 |
| 10,00000<x<=12,00000 | 1 | 1,62162 | | | |

Ответы по типу актуализации латентных признаков встречаются тем чаще, чем выше степень выраженности психического дефекта в обеих методиках («Исключение лишнего» - показатель мода – 0, 1, 1, 5, (табл.3), «Сравнение понятий» - показатель мода – 0, 3, 3,7 (табл. 4). Так, для нормы, лёгкой и умеренной степени ответы по типу искажения процесса обобщения не являются характерными, а в группе с выраженной степенью выраженности дефекта встречаются чаще, чем при других степенях выраженности. Диапазоны определения степени выраженности искажения процесса обобщений при низких значениях встречаемости актуализации латентных признаков оказываются схожими, что затрудняет дифференцировку и может быть обусловлено руководством экспертов в оценивании качественными, а не количественными характеристиками или иными причинами (табл.5).

Таблица 3.

Актуализация латентных признаков у больных шизофренией при разных степенях выраженности искажения процесса обобщений в методике «Исключение лишнего»

| Степень выраженности | N | Среднее | δ | Медиана | Мода | Min | Max | Размах квартиль | Асимметрия | Ош.ассим. | Дисперсия | Станд. Ош. |
|-------------------------|----|---------|------|---------|------|-----|-----|--------------------|------------|-----------|-----------|------------|
| Норма | 66 | 0,48 | 0,64 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0,88 | 0,29 | 0,37 | 0,08 |
| Лёгкая | 67 | 1,4 | 1,36 | 1 | 1 | 0 | 5 | 2 | 0,86 | 0,23 | 1,75 | 0,16 |
| Умеренная | 32 | 2,12 | 2,16 | 2 | 1 | 0 | 9 | 2 | 1,74 | 0,41 | 4,57 | 0,38 |
| Выраженная | 33 | 6,76 | 3,04 | 7 | 5 | 0 | 13 | 3 | 0,02 | 0,41 | 9,25 | 0,52 |

Таблица 4.

Актуализация латентных признаков у больных шизофренией при разных степенях выраженности искажения процесса обобщений в методике «Сравнение понятий»

| Степень выраженности | N | Среднее | Δ | Медиана | Мода | Min | Max | Размах квартиль | Асимметрия | Оп.ассим. | Дисперсия | Станд. Ош. |
|----------------------|----|---------|----------|---------|------|-----|-----|-----------------|------------|-----------|-----------|------------|
| Норма | 38 | 0,29 | 0,61 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2,01 | 0,38 | 0,37 | 0,1 |
| Лёгкая | 36 | 2,06 | 1,26 | 2 | 3 | 0 | 4 | 2 | -0,29 | 0,4 | 1,6 | 0,21 |
| Умеренная | 44 | 3,23 | 1,93 | 3 | 3 | 0 | 7 | 3 | 0,19 | 0,36 | 3,71 | 0,29 |
| Выраженная | 58 | 8,93 | 4,55 | 8 | 7 | 1 | 23 | 7 | 0,74 | 0,31 | 24,5 | 0,65 |

Таблица 5.

Диапазоны степени выраженности искажения процесса обобщений при определении частоты встречаемости актуализации латентных признаков в методиках «Исключение лишнего» и «Сравнение понятий»

| Степень выраженности | Исключение лишнего | | Сравнение понятий | |
|----------------------|-------------------------------|----------|-------------------------------|----------|
| | Медиана \pm размах квартиля | Интервал | Медиана \pm размах квартиля | Интервал |
| Норма | 0 \pm 1 | 0 – 2 | 0 \pm 0 | 0 – 0 |
| Лёгкая | 1 \pm 2 | 0 – 3 | 2 \pm 2 | 0 – 4 |
| Умеренная | 2 \pm 2 | 0 – 4 | 3 \pm 3 | 0 – 6 |
| Выраженная | 7 \pm 3 | 4 – 10 | 8 \pm 7 | 1 – 15 |

На основании экспертной оценки были выделены диапазоны для каждой степени выраженности нарушений мышления при определении частоты встречаемости соответствующих признаков мышления (таблица 6). Определение чётких границ разброса оказалось затруднительным. Многие показатели оказались смещены к низким границам, что затруднило определение четких диапазонов разброса признаков для нормы, легкой, умеренной, выраженной степени.

Таблица 6.

Диапазоны степени выраженности нарушений мышления при определении частоты встречаемости признаков мышления у больных шизофренией (при учете зон расхождения и верхних границ значений диапазона)

| Признак мышления | Норма | Лёгкая | Умеренная | Выраженная |
|--|----------|----------|-----------|------------|
| 1.Функциональный уровень «Исключение лишнего» | [0 – 4] | [1 – 5] | [0 – 6] | [0 – 7] |
| Функциональный уровень «Сравнение понятий» | [0 – 16] | [0 – 11] | [0 – 8] | [0 – 7] |
| 2.Конкретно-ситуативный уровень «Исключение лишнего» | [0 – 2] | [0 – 5] | [2 – 6] | [0 – 8] |

| Признак мышления | Норма | Лёгкая | Умеренная | Выраженная |
|--|---------|---------|-----------|------------|
| Конкретно-ситуативный уровень «Сравнение понятий» | [0 - 4] | [4 - 8] | [6 - 12] | [6 - 20] |
| 3.Актуализация второстепенных признаков «Исключение лишнего» | [1 - 3] | [0 - 4] | [0 - 5] | [0 - 2] |
| Актуализация второстепенных признаков «Сравнение понятий» | [0 - 6] | [0 - 8] | [0 - 17] | [0 - 23] |
| 4.Актуализация латентных признаков «Исключение лишнего» | [0 - 2] | [0 - 3] | [0 - 4] | [4 - 10] |
| Актуализация латентных признаков «Сравнение понятий» | [0 - 0] | [0 - 4] | [0 - 6] | [1 - 15] |
| 5. Мотивационно-личностный компонент «Исключение лишнего» | [0 - 0] | [0 - 3] | [0 - 3] | [0 - 6] |
| Мотивационно-личностный компонент «Сравнение понятий» | [0 - 0] | [0 - 4] | [1 - 7] | [5 - 15] |

Выводы.

1. При проведении качественной и количественной оценки нарушений мышления эксперты оказываются субъективны в своих оценках, иногда - противоречивы, тогда как в ряде случаев демонстрируют достаточный уровень согласования оценок нарушений мышления. При оценке мышления эксперт часто опирается на сформированное представление об уровне психического дефекта у больного шизофренией, на основании оценки поведения и наблюдения за ним, а также других факторов (например, «степень выраженности колебания динамики мыслительной деятельности», «выраженные структурные расстройства», «склонность к необходимости умозаключений»), определяющие качественную и количественную оценку нарушений мышления.
2. При оценке ответов в методике «Исключение лишнего» согласованность оценки экспертов в дифференцировке признаков (обобщение по категориальному, конкретно-ситуативному признаку, искажение процесса обобщений, актуализация второстепенных и латентных признаков) значительно выше, чем при квалификации ответов в методике «Сравнение понятий».
3. Определены примерные значения диапазонов встречаемости признака для снижения процесса обобщений, искажения процесса обобщений, снижение мотивационно-личностного компонента. Нижние границы значений диапазонов трудны в дифференцировке, поскольку часто - накладываются друг на друга (норма-легкая степень-умеренная степень-выраженная степень).

Полученные данные указывают на необходимость разработки более объективных критериев качественной и количественной оценки нарушений

мышления, а также - лучшей верификации системы оценки практического опыта специалистов, что может быть тематикой для дальнейших исследований.

Литература

1. Адамс А.Л., Джангильдин Ю.Т. Психотерапевтическое потенцирование эффективности лечебно-реабилитационного процесса у больных шизофренией в условиях дневного стационара // *Современные методы психотерапии: материалы ежегод.науч.-практ. симп. / под ред. Осиповой С.А., Курпатов В.И. - СПб: СпбМАПО, 2011. С.11-16*
2. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социология, антропология. - Москва: Видар, 2007. 360с.
3. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. 3-е изд. - СПб: Питер, 2008. 512 с.
4. Горьковая И.А. Основные направления исследований в патопсихологии // *Известия Российского Государственного Педагогического университета им. А.И. Герцена, № 139. - СПб: РГПУ им. А.И.Герцена, 2011, с. 21-26.*
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами на различных этапах заболевания // *Социальная и клиническая психиатрия. №4, 2001, с. 31-35.*
6. Зотов М.В. Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта // *Дисс. канд. псих. наук. - СПб, 1999. 182 с.*
7. 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.
8. Лагун И.Я. Причинность шизофрении. - Литецк: Ориус, 2008. 304 с
9. Поляков Ю.Ф. Патология познавательных процессов / *Шизофрения: мультидисциплинарное исследование / под ред. Снежневского А.В.. - М: Медицина, 1972, 399 с.*
10. Федоров Я.О. Исследование патопластических факторов шизофрении (сравнительный клинико-катамнетический анализ) / *Дисс. канд. мед. наук. - СПб, 2010. 118 с.*
11. Чередникова Т.В. Феноменология патологического мышления при шизофрении (обзор зарубежной литературы второй половины XX — XXI века) // *Вестник психотерапии. 2010. № 35(40). С. 9-24*
12. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование) / *Автореф. дисс. док. псих. наук. - СПб, 2009.*

Комплаенс при невротических расстройствах

Полторак С.В.^{1 2}, Мизинова Е.Б.¹, Соломонова С.В.³, Бабина Н.Г.⁴

¹ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ

² Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ

³ Клиника психотерапии и медицинской психологии «Кадуцей»

⁴ Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1
Санкт-Петербург, Оренбург

Терапевтическое сотрудничество формируется под воздействием различных клинических, психологических и социальных факторов. Например, больные могут не соблюдать медицинские рекомендации из-за недооценки тяжести своего состояния, убежденности в бесперспективности лечения, побочных эффектов терапии, отсутствия уверенности в профессионализме врача, физической беспомощности, отсутствии возможности приобретения лекарств. В условиях клинической практики приверженность больного врачебным рекомендациям зависит от сочетания различных факторов, которые взаимно усиливают или ослабляют влияние на комплаенс. Выявление этих факторов позволяет понять, почему больной не соблюдает медицинские рекомендации, и оптимизировать лечебную программу, в том числе прицельно сфокусированную на соблюдение комплаенса (Бабин С.М. и др., 2012).

На формирование терапевтического сотрудничества оказывают влияние:

- Психологические особенности больного
- Клинические особенности заболевания
- Особенности терапевтической программы
- Социально-экономические факторы
- Факторы, связанные с организацией медицинской помощи

Для обозначения правильности соблюдения больным рекомендаций врача предложен термин «комплаенс» (англ. «compliance» – уступчивость, податливость). Это понятие описывает поведение больного в отношении всего спектра медицинских назначений: правильности приема лекарств, точности выполнения нелекарственных процедур, следования диете, ограничения вредных привычек, формирования здорового образа жизни. Однако чаще всего под комплаенсом понимают соблюдение больным режима лекарственной терапии. Значение, которое вкладывается в термин «комплаенс», наделено оттенком патернализма. Поэтому для описания терапевтического поведения больных был предложен ряд других понятий, подчеркивающих необходимость уважения точки зрения больного в отношении возможных методов лечения, формирования партнерских отношений между врачом и пациентом, совместного определения тактики терапии. Предлагается использовать термины «терапевтический альянс», «согласие с медицинскими рекомендациями», «приверженность терапии», «терапевтическое сотрудничество». Тем не менее, термин «комплаенс» по-

прежнему широко используется для описания терапевтического поведения больных.

Современные юридические и этические нормы декларируют добровольное согласие больного на рекомендуемое лечение, и в этой связи степень доверия врачу, стремление добровольно выполнять назначения становятся одним из важных факторов терапевтического процесса.

Согласие пациента следовать рекомендациям врача обозначают термином «комплаенс» (Лапин И.П., 2000, 2001). Вместе с тем некоторые авторы определяют комплаенс как «степень совпадения поведения пациента с даваемыми ему медицинскими советами» (Misdrahi D и соавт., 2002). Хотя это касается следования больным любым рекомендациям врача, включая советы по здоровому образу жизни, под комплаенсом прежде всего подразумевают следование больного лекарственным назначениям.

Комплаенс отражает сложное взаимодействие ряда факторов, конфигурация которых меняется в динамике заболевания и на отдаленных этапах может существенно отличаться от начальной (Mutsatsa и соавт., 2003).

Подтверждена зависимость комплаенса от психологических факторов. Хотя некоторые авторы приходили к выводу, что установка на лечение и сознание болезни не различает между собой больных с хорошим и плохим комплаенсом (Carey N., 1995), сейчас считается установленным, что в начале лечения установка на лечение и сознание болезни в большей степени предопределяет комплаенс, чем побочные эффекты лекарственной терапии. Отрицательное отношение к лекарству может формироваться под воздействием социокультуральных представлений о медикации – например, о том, что лекарства, являясь искусственно созданными химическими веществами, являются вредными для здоровья, вызывают привыкание и зависимость, «меняют личность». Психологическое сопротивление терапии возрастает, если лечение воспринимается больным как угроза автономной свободе выбора (Casey D.E., 1994). Отсутствию сознания болезни и, следовательно, пониманию необходимости лечения способствует то обстоятельство, что больные могут иметь сниженную способность распознавать свою симптоматику.

Существенную роль в формировании комплаенса играет такая психологическая структура, как внутренняя картина болезни, определяющая правильное понимание больным наличия заболевания и адекватности предлагаемого лечения (Баншиков Ф.Р., 2006). Больные с хорошим и частичным комплаенсом (тревожно-фобические и тревожно-депрессивные состояния) достоверно различаются между собой по таким параметрам внутренней картины болезни, как восприятие тяжести заболевания, восприятие своей способности контролировать болезнь, оценка риска сохранения симптоматики в будущем. Такие два фактора, как восприятие тяжести состояния и оценка положительного эффекта терапии, объясняют 43% вариации комплаенса (Krupnick J.L. et al., 1996). При этом высказываются и скептические мнения о том, что хотя внутренняя картина болезни отражает различные стили совладания с ней, нет подтверждения того, что они непосредственно определяют лекарственный комплаенс (Mercsier C., 1989). Это свидетельствует в пользу необходимости более углубленного изучения данного аспекта проблемы.

При анализе психологических факторов, определяющих комплаенс, следует учитывать, что удовлетворенность больного лечением и качеством жизни в целом – не одно и то же. Удовлетворенность жизнью и удовлетворенность лечением должны рассматриваться как отдельные параметры при оценке эффективности терапии. Удовлетворенность лечением и комплаенс могут быть высокими при низком уровне удовлетворенности жизнью, и наоборот (Незнанов Н.Г., Вид В.Д., Лутова Н.Б., 2008).

Для хорошего комплаенса немаловажен выбор психотерапевтического воздействия в зависимости от клинических характеристик. В самом общем плане можно говорить о двух клинических предпосылках широкого и эффективного применения психотерапии. Во-первых, это прямое использование ее лечебного действия при большом круге заболеваний, в этиопатогенезе которых психическому фактору принадлежит определяющая (неврозы) либо весьма существенная роль (другие пограничные состояния, психосоматические расстройства и пр.). Во-вторых, ее лечебно-профилактическое значение с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни, их последствия, влияния специфических соматических расстройств на психологическое функционирование индивида, его поведение и пр. Что же касается целей, задач, выбора методов психотерапии, то они определяются конкретными клиническими характеристиками больного и болезни: личностными особенностями пациента и реакциями его на болезнь; психологическими факторами этиопатогенеза заболевания; нозологической принадлежностью болезни и ее этапами; структурно-организационными рамками, в которых проводится психотерапия. Понятие личностного подхода является одним из важнейших теоретико-методологических принципов отечественной медицины. Поэтому крайне актуальным представляется детальное исследование клинических особенностей личности больного, их трансформации в процессе развития болезни. Это необходимо как для решения задач патогенетической и дифференциальной диагностики, так и лечебно-восстановительной практики, психотерапевтической и психокоррекционной работы. Значимость указанных исследований возрастает ввиду усиливающейся тенденции к выведению ряда личностных характеристик и расстройств непосредственно из патологии мозга, чему немало способствовало установление важной роли лимбико-ретикулярного комплекса в психической деятельности. При всем значении исследований в области «неврологии личности» выяснение генеза личностных особенностей требует одновременного анализа сложных явлений индивидуальной и социальной психологии личности. Яркой моделью, которую можно использовать для рассмотрения трансформации личностных особенностей в связи с задачами психотерапии, является невротическое заболевание («болезнь личности») с его различными стадиями (Карвасарский Б.Д. и др., 1985). При невротической реакции в картине личностных нарушений на первом месте оказываются расстройства, связанные преимущественно с особенностями темперамента. К таким первичным личностным особенностям могут быть отнесены повышенная аффективность больного истерией, тревожность и ригидность обсессивного больного, повышенная истощаемость больного неврастенией. Однако сами по себе эти особенности могут быть причиной лишь кратковременной невротической реакции,

развившейся в трудной, психотравмирующей ситуации. В данном случае можно говорить не столько о психогенной, сколько об эмоциогенной ситуации. Вторая стадия невротического заболевания - стадия собственно невроза, психогенного расстройства, в основе которого лежит нарушение значимых отношений личности. Неуверенность в себе, поиски признания как черты невротической личности и есть по сути дела зафиксированное и устойчивое отношение к себе. На третьей стадии невроза - при затяжном его течении и невротическом развитии - отмечается усиление этих черт до степени характерологических акцентуаций и психопатических особенностей, которые во многом определяют поведение человека и его дезадаптацию (Вербенко В.А., 2010).

Появление третичных, а иногда и вторичных личностных образований у больных неврозами обусловлено, как правило, регулятивными целями сохранения существующей системы отношений, отношения к себе и самооценки, обеспечивающих ее целостность и устойчивость. Это означает, что третичные личностные образования у больных неврозами - особенности поведения и межличностного функционирования - выполняют своего рода защитную функцию, функцию сохранения существующей системы отношений, сохранения хотя бы внешней позитивной самооценки и уверенности в себе. В картине болезни при этом выступают психологические механизмы, свидетельствующие, с одной стороны, о явлениях дезадаптации и сохранении личностных расстройств, а с другой стороны, указывающие на возможные пути их коррекции. Речь идет о невротических защитных механизмах. Рассмотренные особенности личности - первичные, вторичные и третичные - пациента, страдающего неврозом, играют существенную роль при выборе оптимальной психотерапевтической тактики. Если при первичных личностных расстройствах существенную роль в терапии могут приобретать биологические методы лечения (в том числе современные психотропные средства), то коррекция вторичных личностных нарушений, нарушений системы отношений личности требует уже проведения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии как в индивидуальной, так и особенно в групповой форме. Коррекция третичных личностных расстройств при неврозах, которые обнаруживаются в поведенческой сфере, более конструктивно протекает при дополнении патогенетической психотерапии различными методами поведенческого тренинга (Бородин В.И. и соавт., 2004). Соответствующим образом, учет первичных, вторичных и третичных личностных особенностей больных неврозами позволяет более целенаправленно использовать и иные формы психотерапии (суггестию, аутосуггестию и др.).

В то же время, общий терапевтический эффект при использовании личностно-ориентированных (реконструктивных) форм психотерапии был выше, чем при применении симптоматических методов (суггестия, релаксация и др.). Клинический характер психотерапии предполагает также учет особенностей такого важного аспекта патологии, как внутренняя картина болезни. Так, больные неврозами с «психоцентрированным типом» внутренней картины болезни мотивированы на лечение методами психотерапии, в то же время больные с «соматоцентрированным типом» - на фармакотерапию (Ташлыков В.А., 1992). При рационализирующем и отрицающем отношениях основная задача психотерапии -

способствовать достижению осознания факта болезни и формированию адекватного к ней отношения.

Безусловно, существенным для формирования комплаенса являются отношения с врачом. Здесь используется понятие так называемого терапевтического альянса, создание и поддержание которого является важным показателем врачебного профессионализма и залогом успешности терапии. Предиктором хорошего комплаенса является изначально положительная установка больных на сотрудничество с врачом. У таких больных также достоверно более высокий уровень ожидания положительных результатов терапии. Уровень комплаенса зависит и от многих других параметров сферы медицинского обслуживания: доступности терапии, наличия, удовлетворительности и преимущественности наблюдения после завершения активной стадии лечения. Важным предиктором нонкомплаенса является также нонкомплаенс в анамнестическом периоде.

Широкая распространенность отказов от терапии у пациентов с пограничными психическими расстройствами привела к необходимости их классификации и объективной оценки. Н. Roberis (1985) предложил различать отказы «полные», когда пациент отказывается от всего объема терапии, и «частичные», когда больные отказываются от приема конкретных лекарственных препаратов или применения конкретных методов психотерапии, в целом соглашаясь с необходимостью лечения. Другие авторы выделяют отказы первичные, т.е. возникшие до начала лечения, и вторичные, когда пациент по какой-то причине отказывается от лечения уже после начала терапии. К. Demyttenaere (1997) подразделяет вторичные отказы от терапии у депрессивных пациентов на ранние и поздние. Помимо этого, Sperry L. и соавт. (1995) подразделяют всех больных на тех, кто отказывается лишь эпизодически (симптоматические отказы) и отказывающихся от лечения постоянно (постоянные или рецидивирующие отказы). В рамках некоторых исследований был разработан инструментарий для оценки отказов от терапии, в частности специализированные шкалы и критерии оценки согласия/несогласия с лечением (Ward N., 1991).

Современный многоуровневый подход, рассматривающий отказ от терапии как явление, требующее комплексного изучения и анализа не только личностно-психологических, но и других, как внешних (связанных с терапией), так и внутренних (связанных с пациентом) факторов, способствующих его возникновению, представлен в концепции комплаентности (Ташлыков В.А., 1992; Hollon S., Fawcett J., 1995). COMPLAENС (compliance) определяется как степень соответствия поведения пациента медицинским рекомендациям и в основном обусловливается характером взаимодействия врач–пациент. S. Hollon и J. Fawcett (1995) считают, что уровень комплаентности больного напрямую зависит от некоторых личностных характеристик врача (энтузиазм, диапазон приемлемости), его возраста и опыта, а также от времени, потраченного на беседу с больным. В свою очередь J. Fawcett (1995), перенося ответственность за формирование лечебного союза с пациента на врача, настаивает на расширении бихевиорального контекста данного понятия, в рамках которого в зависимости от собственных ощущений, представлений и взглядов пациент приемлет или не приемлет полный

пакет помощи. При этом J. Fawcett рекомендует пользоваться выражением «приверженность терапии» а не «согласие с лечением».

Современные юридические и этические нормы декларируют добровольное согласие больного на рекомендуемое лечение, и в этой связи степень доверия врачу, стремление добровольно выполнять назначения становятся одним из важных факторов терапевтического процесса.

Необходимо отметить, что профессионально проведенная психотерапия в дополнение к адекватной психофармакотерапии имеет огромное значение, в особенности, у больных с длительно текущими психическими заболеваниями. Грамотный клиницист понимает, что качественное лечение любого больного вне зависимости от диагноза предполагает индивидуализированный подход.

Литература

1. Бабин С.М., Васильева А.В., Шлафер А.М. *Комплаенс-терапия (краткосрочная когнитивно-поведенческая методика) и соблюдение режима лечения у больных шизофренией* // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т. 14, № 1. – С. 9-16.
2. Банищиков Ф. Р. *Комплаенс в психиатрии: реальность и перспективы* // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 8–12.
3. Бородин В.И., Миронова Н.В., Новиков Д.Д. *Нежелательные явления в процессе психотерапии (обзор литературы)* // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2004. – № 3. – С. 22–25.
4. Вербенко В. А. *Современные нейробиологические концепции психотерапии (обзор)* // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2010. - Т. 14, № 4 (53). - С. 45-53
5. Карвасарский Б. Д. *Психотерапия*. – М., Медицина, 1985. – 304 с.
6. Латин И. П. *Личность и лекарство*. – СПб.: Деан, 2001. – 416 с.
7. Латин И. П. *Плацебо и терапия*. – СПб.: Лань, 2000. – 223 с.
8. Незнанов Н.Г., Вид В.Д., Лутова Н.Б. *Комплаенс в психиатрии и способ его оценки* // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2008. - № 1. - С. 8-12.
9. Незнанов Н.Г., Вид В.Д. *Проблема комплаенса в клинической психиатрии* // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2004. - № 4. - С. 159-162.
10. Ташлыков В.А. *Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами: пособие для врачей*. – СПб.: СПбМАПО, 1992. – 23 с.
11. Carey N. *Do you feel powerless when a patient refuses medication?* // J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv. 1995. Oct; 28 (10).
12. Casey D.E. *Striking a balance between safety and efficacy: experience with the SSRI sertraline* // Int. Clin. Psychopharmacol. 1994; 9 (3): 5–12.
13. Demyttenaere K. *Compliance during treatment with antidepressants* // J. Affect Disord. 1997; 43.
14. Fawcett J. *Compliance: definitions and key issues* // J. Clin. Psychiatry. 1995; 56 [suppl. 1]: 4–10.
15. Hollon S.D., Fawcett J. *Combined medication and psychotherapy* // In Gabbard G., ed. *Treatment of Psychiatric Disorders*. - Washington, DC: American Psychiatric Press. 1995; 1221–1236.
16. Krupnick J.L. et al. *The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program* // J. Consult. Clin. Psychol. 1996; 64: 532–539.
17. Mercier C. *The role of subjective factors in medication compliance* // Can. J. Psychiatry. 1989; 34: 47-52.
18. Misdrahi D. et al. *Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and implications* // Encephale. 2002; 28: 266–272.

-
19. Mutsatsa S. et al. *Clinical correlates of early medication adherence: West London first episode schizophrenia study* // *Acta Psychiat. Scand.* 2003; 6: 439–446.
 20. Roberis H. *Neurotic patients who terminate their own treatment* // *Br. J. Psychiatry.* 1985; 146 (4): 443–445.
 21. Sperry L. *Psychopharmacology and Psychotherapy: Strategies for Maximizing Treatment Outcomes.* - New York: Brunner/Mazel, 1995; p. 50–104.
 22. Ward N. *Psychosocial approaches to pharmacotherapy* // In Beitman B, Klerman G, eds. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy.* - Washington, DC: American Psychiatric Press, 1991; p. 69–104.

Полипрофессиональный подход при оказании стационарной психиатрической помощи

Пустотин Ю. Л., Чехонадский И.И., Пряникова Е.В.

Областная клиническая психиатрическая больница №2
Оренбург

За прошедшие годы во всем мире и в российской психиатрии изменилось представление о формах оказания психиатрической помощи. На сегодняшнее время главной ее задачей является комплексность, биопсихосоциальная модель, что предусматривает организацию полипрофессиональных бригад, где лечебно-реабилитационные задачи решаются совместными, направленными на различные мишени, усилиям бригады специалистов, включающих врача-психиатра, врача-психотерапевта, клинического психолога, социального работника, среднего и младшего медицинского персонала [8, 9, 13]. Чем раньше начата реабилитационная работа, тем успешней пациент восстанавливает адаптивные или перестраивает нарушенные социальные навыки [6] - сразу после выхода из состояния острого периода заболевания.

Роль психотерапии в концепции комплексного оказания психиатрической помощи подразумевает плановое и структурное вмешательство, направленное на изменение поведения, настроения, эмоциональных реакций на различные стимулы, активацию адаптивных механизмов с помощью вербальных и невербальных средств.

Рассмотрим развитие полипрофессионального подхода в оказании психиатрической помощи, в частности психотерапии, на примере Клинической психиатрической больницы №2 г. Оренбурга.

Становление психотерапевтической помощи началось с 1996 года [4] и в настоящее время в каждом из 9 общепсихиатрических отделений работают врачи-психотерапевты, в том числе, в отделении принудительного лечения специализированного типа. Поначалу все психотерапевты были объединены в психотерапевтическую лабораторию, а затем переданы психотерапевтическому отделению, что позволяет более четко и последовательно организовать и координировать работу врачей-психотерапевтов, их взаимодействие с другими членами бригады, осуществлять методическое руководство.

Были разработаны и внедрены основные стандарты работы психотерапевта: определены группы пациентов для обязательного обслуживания, показания для психотерапии, расписание консультаций, сроки и порядок осмотров, формы заполняемой документации [11]. Качественная работа специалиста невозможна без создания надлежащих условий. В каждом отделении выделены кабинеты, оснащенные аудио- и видеоаппаратурой, есть помещения для групповых занятий.

После осмотра врачом-психиатром, который определяют свою часть лечебно-реабилитационной программы (медикаментозное лечение) пациента,

ориентируясь на утвержденные стандарты оказания психиатрической помощи, при необходимости направляют к врачу-психотерапевту, психологу или определяют необходимость участия социального специалиста. Выделены группы пациентов, подлежащих обязательному лечению в рамках многопрофильной бригады: первичные пациенты; пациенты на АДН; пациенты находящихся на принудительном лечении (в динамике); пограничная патология; пациенты с 3-мя и более поступлениями в год; поступившие на трудовую экспертизу.

На этапе стабилизации психического состояния врач-психотерапевт в течение 5 дней проводит первичный осмотр и принимает решение о целесообразности проведения психотерапии. В спорных случаях этот вопрос выносится на обсуждение всех участников бригады.

При взятии пациента на психотерапевтическое лечение, врач определяет: «терапевтические мишени» и конкретные задачи психотерапии; форму психотерапии (групповая и/или индивидуальная, семейная); психотерапевтические методы.

Для упорядочения деятельности психотерапевтической службы, преемственности в работе подразделений и специалистов, были введены единые формулировки целей и задач психотерапии в психиатрическом лечебном учреждении; это представляется оправданным, с учетом достаточно высокой ротации кадров, Используется известная классификация задач групповой психотерапии авторов из института им. В.М. Бехтерева, с модификацией и адаптацией к работе в нашем стационаре [11]. Задачи психотерапии условно подразделены на 4 уровня, которым и соответствует определенная иерархия методов. Сложность задач и, следовательно, трудоемкость и длительность лечения возрастают от уровня к уровню.

Все эти параметры врач-психотерапевт фиксирует при первичном осмотре и заполняет «карту функционального диагноза», разработанную В.Д. Видом [7]. Изначально карта содержит 313 признака с различными вариантами и степенями выраженности. Для использования в обычном психиатрическом стационаре она была сокращена и модифицирована. В адаптированном варианте карта содержит пять основных блоков.

Первый блок – «Внутренняя картина болезни и лечение» с подразделами, в которых отражаются нарушения внутренней картины болезни и отношение к лечению и прогнозу.

Второй блок – «Дезадаптирующие интрапсихические конфликты» с подразделами «искажение важнейших потребностей и мотивов», «варианты первичной и вторичной психологической защиты», «межличностные конфликты»

Третий блок – «Социальная компетенция», в данном разделе врач описывает социальную перцепцию пациента, уровень притязаний, самооценку, реализацию в различных областях жизни, семейную ситуацию и т.д.

Четвертый блок посвящен описанию «Нарушения стратегии и тактики проблемно-решающего поведения», проявлению дезадаптивных защит в поведении, личностных отклонений, характеристике ролевых нарушений, наличию вторичных ограничений.

В пятом блоке говорится о внешних факторах функциональной недостаточности.

Врачам-психотерапевтам рекомендуется использовать в своих записях конкретные формулировки отдельных пунктов карты, что упрощает работу и позволяет ее унифицировать.

Организация психотерапевтического процесса.

Деятельность психотерапевта заключается в проведении индивидуальных и групповых занятий. Индивидуальная психотерапия проводится по гибкому графику. Групповая психотерапия проводится 4 раза в неделю: 2 раза в неделю вербальные и 2 раза в неделю невербальные группы (конкретные методики на усмотрение врача-психотерапевта). Результаты работы врачи оформляют в виде дневников, где отражают сведения о проводимых психотерапевтических мероприятиях (формы, методы работы, прорабатываемая проблематика, динамика состояния пациента).

Окончательные результаты работы с пациентом (обычно при выписке) оформляются расширенным дневником в истории болезни, где должно быть отражено состояние пациента, результаты и эффективность проведенных лечебных мероприятий (медикаментозных, психотерапевтических, социо-терапевтических).

Формы вербальной групповой психотерапии широко используются. Чаще всего речь идет о групповой психотерапии экзистенциальной направленности и динамически ориентированной терапии [3]. В основе экзистенциального подхода лежит понимание клиента как существующего в мире. В работе делается акцент на встрече пациента с главными, базовыми вопросами, данностями своей жизни, что помогает пациентам успешно справляться с чувством тревоги, противостоять их внутренним конфликтам, концентрировать внимание на ситуациях, сложившихся к настоящему времени. Проходя через экзистенциальную психотерапию, пациент получает расширенное видение себя как «человека в окружающем мире», обучается принимать жизнь со всеми ее сложностями, неразрешимыми проблемами, разочарованиями, кризисами.

Занятия проходят в специальных просторных комнатах, с количеством участников от 6 до 12 человек, продолжительностью 60-90 минут. Группы, как правило, открытые, в среднем, пациент посещает 10-12 занятий. Не все пациенты включаются в групповую работу, существует ряд противопоказаний: обострение психопродуктивной симптоматики, выраженный эмоционально-волевой, интеллектуальный дефект, склонность отреагирования эмоций в действии (агрессивное и аутоагрессивное поведение).

В процессе работы и накопления опыта нами были сформулированы дополнительно несколько важных целей.

1. *Вовлечение пациента в психотерапевтический процесс.* Для пациентов с эндогенными расстройствами вопрос мотивации особенно важен, и для многих получение психотерапии в стационаре является первым опытом психотерапевтической работы вообще.

2. *Демонстрация того, что разговор помогает.* Психотерапевтическая группа помогает пациентам узнать, что разговаривать о своих проблемах полезно,

что переживания универсальны, что проговаривание своей проблематики и внимание к этому окружающих приносит облегчение.

3. *Выявление проблем.* Группа за счет своих внутренних механизмов и микросоциального моделирования помогает пациентам продемонстрировать их проблемы общения с окружающими.

4. *Ослабление изоляции.* Пребывание в группе является «упражнением», помогающим сломать барьеры, наладить общение, уменьшить изоляцию и самоограничение в контактировании. Улучшив навыки общения в стационаре, пациент переносит опыт на взаимодействие с людьми вне стен больницы.

5. *Ослабление тревоги, связанной с пребыванием в стационаре.* Группа является средством отвлечения, расслабления, канализации эмоций через свободу высказывания, поведения, меньших ограничений в отреагировании.

6. *Принятие большей ответственности за свою жизнь.* Пациенты обнаруживают в ходе группового взаимодействия, что сами играют большую роль в формировании и закреплении той или иной проблематики, несут ответственность за преодоление ограничений, налагаемых заболеванием, за построение приемлемых жизненных моделей.

Группа проходит все стадии психотерапевтического процесса. В ходе работы активно используются различные виды терапевтических вмешательств из динамического подхода [3, 7]. Это: а) эмоциональная поддержка, эмпатия, выражение положительных чувств, симпатии, уважения; б) стимуляция: разнообразные вопросы, просьба о помощи и содействии другим пациентам, обращение к сохранным сторонам личности, знаниям, хобби, умениям пациента способствующих ходу терапевтического процесса; в) использование неспецифических и специфических упражнений и техник эмоциональной активации, поведенческого моделирования, стимулирования коммуникативности; г) использование метафор, притч; д) повторение, интерпретация, перефразирование, разъяснение, уточнение, повторное озвучивание, резюмирование.

Групповая психотерапия, объединяющая экзистенциальный и динамический подходы, в отличие от других видов психотерапии, «сориентированных на изменение», стремится помочь пациенту восстановить его лучший уровень функционирования с учетом всех изменений, принесенных болезнью, способностями, жизненными реалиями.

Особенности групповой ПТ.

Большое внимание уделяется групповым занятиям, где акцент делается на невербальный компонент воздействия, оживление чувственного восприятия, развитие творческих начал, здоровых сторон личности.

В своей практике мы в большей степени имеем дело с патологией «большой психиатрии», эндогенными процессуальными заболеваниями (шизофрения). При данных патологиях изменения личности под воздействием болезненного процесса отмечаются комплексно в эмоциональной сфере (огрубление и уплощение эмоций, снижение способностей к эмоциональному отреагированию и сопереживанию, к тонкой нюансировке чувственных переживаний), в поведенческой сфере (пассивность, утрата интересов, нарастание бездеятельности, апатичность,

безволие, аутизация, повышение агрессивных тенденций), в сфере общения и коммуникации (ограничение контактов, замыкание в себе, сложности в построении новых связей, способности к длительному продуктивному взаимодействию). Поэтому терапевтические методики в группе мы стараемся направлять на эти три оси – коррекция и восстановление эмоциональной сферы личности, повышение и стимуляция коммуникативности с преодолением связанных с этим ограничений, страхов и тревог, возвращение к адекватным и оптимальным поведенческим моделям, освоение активных конструктивных способов поведения.

Знакомство с работой «Клиники Ментершвайге» (ФРГ, Мюнхен) [1, 2, 3, 10] подтолкнуло психотерапевтов к внедрению метода активной музыкальной терапии. К настоящему времени имеется достаточно большой опыт этой работы.

Активная *музыкальная психотерапия* ставит целью использование альтернативных способов реализации переживаний, нюансировку эмоций, построение согласованных эмоциональных и коммуникативных состояний, выработку навыков коллективного взаимодействия. Большее значение для этой терапии имеет не объект (музыкальный инструмент) или форма (метод) проведения занятий, а содержание переживаний, возникающих в ходе процесса и взаимодействия его участников. С помощью данного метода осуществляется непосредственный доступ к эмоциям и деструктивным эмоционально-поведенческим конструктам. В процессе игры на музыкальных инструментах стимулируется возникновение и проработка чувственных переживаний, актуализация позитивного экзистенциального опыта. На музыкальных занятиях используются, в основном, не требующие предварительных навыков игры инструменты, пациенты учатся формировать общее «звуковое полотно», брать ответственность за формирование и поддержание контакта друг с другом.

Для поведения занятия мы обладаем достаточным набором ударно-перкуSSIONных инструментов (бонги, тамтамы, тарелки, ксилофоны, колокольчики, кастаньеты), есть в наличии простые духовые, элементарные струнные, ряд других инструментов. Хотя до сих пор спорным остается вопрос о владении ведущим каким либо инструментом или наличии музыкального образования. Речь идет о разновидности динамически ориентированной психотерапии, и, в первую очередь, необходима должная психотерапевтическая подготовка. Три врача после двухлетней обучающей программы по музыкотерапии получили сертификат международного образца. Учебная программа была организована и проведена профессором музыкальной терапии из Германии, Ганс-Гельмутом Деккер Фойгтом [5]. В итоге, наши специалисты модифицировали свой опыт работы и используют методику не только для практики, но и с диагностико-динамической целью.

Мы используем следующую схему построения занятия: Знакомство, разъяснение методов, целей, принципов занятия. Самостоятельный выбор пациентами инструмента. «Звуковое приветствие» каждого из участников с помощью выбранного инструмента. «Разминка» – общая спонтанная импровизация на музыкальную тему. «Музыкальные картины». Создание с помощью звуков определенного общего доминирующего настроения или состояния, возникшего при созерцании окружающего. Структурная часть из ряда звуковых упражнений,

направленных на снижение тревоги, непривычности, демонстрация позитивного принятия. Работа в подгруппах - звуковые диалоги, дуэли и соревнования, изображение ситуаций общения. Вербальная часть. мнение пациентов о процессе, поочередная индивидуальная рефлексия, оценка степени активности участников, замечания и пожелания к дальнейшему проведению, положительное подкрепление (мнение терапевта, краткий анализ проведения процесса).

Подобный метод способствует высвобождению аффекта, помогает пациентам более тонко воспринимать собственные эмоции, эмоциональное состояние окружающих, устанавливать контакты, прорабатывать проблематику общения с помощью т.н. «переходного объекта».

Танцевальная терапия. Сотрудничество с «Клиникой Ментершвайге», личное участие психотерапевтов в демонстрационных тренингах по танцевальной терапии способствовала активному внедрению методики в работу [2, 10]. Танцевальная терапия (хореотерапия) – вид психотерапии с акцентом на невербальное выражение, в котором психотерапевт использует движение как основное вмешательство для достижения терапевтических целей. Нами изначально была выбрана динамически-ориентированная танцевальная терапия, в рамках которой танец является еще одним способом проникновения во внутренний мир пациента, в его бессознательное, с целью лучшего понимания и коррекции существующей проблематики. Опыт проведения хореотерапии позволил выделить ряд позитивных моментов данного метода: эмоциональное активирование пациентов; появления чувств сплоченности, взаимной эмоциональной поддержки, повышение самооценки, уверенности в себе; освобождение подавленных чувств, создание положительного образа тела; творческая занятость (структурирование времени).

Наша методика проведения танцевальной терапии состоит в следующем. В психотерапевтической группе пациент под музыкальное сопровождение исполняет индивидуальный танец, пытаясь в движении передать настроение, чувства и собственные переживания на данный момент. Речь не идет о приобретении танцевальных навыков, а о максимальном выражении собственных чувств. Группа является экраном, в котором отражается танцующий. Психотерапевт может наблюдать динамику состояния от занятия к занятию – изменение двигательной экспрессии, музыкальных пристрастий, оптимизацию средств выражения состояний. В качестве музыкального сопровождения мы используем преимущественно классические произведения, т.к. смысл танцевальной терапии в выражении максимально спонтанных движений и ослаблении «телесной зажатости». При использовании современных музыкальных произведений танцующий начинает повторять типичные «дискотечные» стереотипы.

Продолжительность занятия не более 60 минут, состав группы от 10 до 12 человек. Начало и окончание танца определяет сам танцующий. В завершение танца проходит вербальное обсуждение, затрагивающее в основном эмоциональные реакции и ассоциации, которые вызвал танец у членов группы.

Мы активно используем *арт-терапевтические методы* - классические приемы и упражнения из арсенала арт-терапевтических психотерапевтов. Центральным местом в работе арт-групп мы отводим невербальной визуализации

бессознательного материала пациента, а рисунок, скульптура, поделка выступает в роли «переходного объекта» посредством которого терапевт или группа вступает в контакт с душевнобольным. Арт-терапия не является изолированной методикой, а включается в состав активной психотерапевтической среды, особенно это характерно для отделения психотерапии.

Изначально арт-терапия проводилась в виде терапевтических сессий, т.е. в центре внимания находилось терапевтическое взаимодействие пациента с группой и терапевтом посредством изобразительной продукции. Но стали накапливаться собственно художественные работы, часть из которых обладала несомненным эстетическим достоинством. Достаточное количество творческих работ, известный опыт ярославских специалистов – арт-проект «ИНЫЕ», объединяющий выставки творчества аутсайдеров и целый ряд психосоциальных акций, позволили нам организовать первую выставку в 2002 г. Она прошла в стенах больницы и объединяла работы душевнобольных и врачей-психотерапевтов. Вторая выставка прошла уже вне стен психиатрической клиники. В последующем наши работы неоднократно принимали участие в выставочных проектах в Ярославле, Санкт-Петербурге, Москве, Мюнхене.

Сказкотерапия - один из психотерапевтических методов используемых в нашем стационаре. В основе терапевтического эффекта сказкотерапии лежит концепция метафоры как важного носителя информации о жизненных явлениях, ценностях. Сказкотерапия проводится в сочетании с куклотерапией – изготовлением пациентами кукольных героев и последующей постановкой спектакля по предложенному сказочному сюжету. Групповая терапия проводится со всеми правилами групповой динамики. Чаще группа открытая, с медленно меняющимся составом из 6-8 пациентов. Мы придерживаемся следующей схемы проведения занятий: знакомство участников, разъяснение целей и задач; разминка, включающая рассказ метафоры ведущим или участником группы; выбор участниками типа сказки, определение героев, их характера, внешнего вида; изготовление своей куклы каждым участником, возможно и в свободное время после группы; постановка сказки, обсуждение, рефлексия по поводу сказки и занятия.

Сказка является необычным, но очень действенным инструментом для анализа индивидуальной и групповой динамики, помогает эмоционально активировать пациента, развивает образное мышление, фантазию, активизирует общение, развивает творческое самовыражение, вырабатывает адекватные формы поведения. А изготовление, «оживление кукол», наделение их определенными чертами характера способствует организации персонального пространства, тренировку перцепции, тонкой моторики, совершенствует коммуникативные навыки. Сказкотерапия проводится параллельно с другими методами и является хорошим дополнением психотерапевтического процесса.

Организация работы «Отделения Динамической психиатрии, психотерапии». Развитие бригадных форм оказания психиатрической помощи, психотерапевтической службы, широкое использование различных психотерапевтических методов привело в 2001 г. к открытию отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)». За основу мы взяли работу

«Клиники Ментершвайге» известного психиатра, психотерапевта, аналитика Г. Амона в Мюнхене [1, 2, 10]. Практика работы клиники, объединяющая классическую психиатрию с психотерапией и терапией средой, наиболее полно, на наш взгляд отражает биопсихосоциальную модель оказания психиатрической помощи. Мы адаптировали данную модель применительно к российским условиям, сохранив лучшее, что используется отечественными специалистами.

В отделении (31 койка) оказывается помощь на этапе становления ремиссии при тяжёлых неврозах, невротических и патохарактерологических развитиях личности, т.н. «пограничных, border-line» расстройствах, психосоматических расстройствах. В штате 8 врачей-психотерапевтов; в отделении работают 2 врача-психотерапевта и заведующий; остальные закреплены за общепсихиатрическими отделениями. Пациенты переводятся из общепсихиатрических мужских и женских отделений по показаниям, утвержденным администрацией больницы. Определяющим в переводе в отделение является следующее: мотивация на психотерапевтическое лечение; наличие, помимо патопсихологических симптомов, выраженной психологической проблематики; стабильное психическое состояние или этап становления ремиссии; сохранённые социальные связи. Часть пациентов поступает непосредственно из приемного покоя. Все переводящиеся и поступающие пациенты осматриваются в первые сутки; каждому выставляется функциональный диагноз, определяется вид, форма и задачи психотерапии. В отделении нет врача-психиатра. Психотерапевты являются лечащими врачами и проводят весь комплекс клинично-экспертных мероприятий: отвечают за оформление историй болезни, экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности, проведение психофармакотерапии, решают диагностические задачи.

Единая структура службы позволяет привлекать к работе отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» врачей-психотерапевтов из других подразделений стационара без ущерба для их психотерапевтической деятельности в этих подразделениях. Таким образом, помимо заведующего отделением и лечащего врача, к проведению групповой терапии еще 6 психотерапевтов, ведущих группы 1-2 раза в неделю, что позволяет максимально расширять используемые методы и повысить интенсивность психотерапевтической деятельности.

Ведущая роль в работе отделения отводится психотерапии. При поступлении пациента во время совместного осмотра намечаются психотерапевтические мероприятия: конкретные задачи психотерапии, форма психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная), психотерапевтические методы, предпочтительные для данного пациента. Акцент делается на групповой терапии, которая особенно экономична и эффективна в работе с психически больными в стационарных условиях. При этом базовой и обязательной является индивидуальная психотерапия. Если есть возможность привлечения родственников, проводится семейная психотерапия.

Вся работа с пациентами подчинена определенному распорядку, психотерапевтические мероприятия жестко закреплены по времени в течение дня и недели. Порядок работы отражен в расписании, которое вывешено на доске

объявлений, и все желающие могут всегда с ним ознакомиться. С утра после уборки в палатах пациенты со средним и младшим персоналом проводят физическую зарядку.

Помимо индивидуальной еженедельно проводится 8-12 психотерапевтических групп: 2 раза в неделю (2 группы по 2 раза в неделю). В первую половину дня проводится групповая вербальная терапия в таких формах, как коммуникативно-активирующая терапия, группы проблемных дискуссий, свободных вербальных дискуссий. Участие в данных группах является обязательным. Группы ориентированы на обсуждение личностных проблем пациентов, конфликтов, болезни, причин дезадаптации и т.д.

Применяются методики и приемы суппортивной психотерапии. Её цель – расширение понимания проблем, нарушенных межличностных отношений, демонстрация альтернативных моделей поведения, отработка их с больным. Врач помогает пациенту восстановить его оптимальный уровень жизнедеятельности, принимая во внимание все ограничения, связанные с заболеванием, его способностями, биологическими данными и жизненными обстоятельствами.

В послеобеденное время по утвержденным дням один раз в неделю проводятся группа арт-терапии, два раза в неделю группы музыкотерапии, танцтерапии, психогимнастики. Осваивается методика песочной терапии в групповой форме, методика сказкотерапии с куклами-марионетками. Участие в вербальной групповой психотерапии является обязательным, некоторые группы невербальной психотерапии пациенты посещают по своему выбору.

Терапия средой. Опыт и перспективы основного направления работы.

Работа Клиники Менершваеге строится вокруг динамически понимаемой терапии средой - так называемой милио-терапии [1, 3]. Организация специфической терапии средой в отделениях больницы является одной из наиболее сложных задач, так как требует, помимо подготовки персонала, принципиального изменения отношения к пребыванию в стационаре как самих пациентов, так и медицинских работников. Общение в данных группах происходит через т. н. «третий объект» – работа над спланированным самой группой реальным проектом и его реализация. Данный вид терапии был заимствован у немецких коллег и адаптирован к нашим условиям. Начало работы над некоторыми милиопроектами, связанными с оборудованием интерьера отделения и прогулочного двора, ландшафтным дизайном, было хорошо принято пациентами.

Милио-терапевтами могут быть любые специалисты, прошедшие соответствующее обучение. Более важными чем профессиональная подготовка, являются личные качества, такие как эмпатия, душевная теплота, обязательность.

С момента начала проведения милио-терапии в стационаре реализованы различные милиопроекты. Так, внутри корпусов отделений – оформление коридоров, палат, холлов, столовой с использованием изобразительной продукции самих пациентов. На прогулочных дворах руками пациентов были смонтированы беседки, проложены дорожки, разбиты клумбы. В отделении динамической психиатрии (психотерапии) в рамках милио-терапии был фактически создан новый прогулочный дворик: размещен сад камней, оборудована

спортивная площадка, выкопан декоративный пруд. Внутри отделения все палаты комнаты для групповой терапии приобрели индивидуальный вид. Одним из последних постоянных и долгосрочных миллио-проектов явилось создание и регулярный выпуск журнала «Диалог». В содержании его традиционно имеются блок творческих работ пациентов стационара (стихи, проза, изобразительное искусство), раздел материалов психообразовательного плана, статьи обмена опытом пациентов о жизни с болезнью и преодолении ее, новости психиатрической помощи, полезной информации. Более половины содержания любого номера журнала формируется за авторством пациентов. На сегодня выпущено десять номеров журнала, в процессе печати одиннадцатый номер. Таким образом, диапазон возможных проектов довольно широк: от группового оформления стенгазеты, написания статьи, до масштабных строительных, оформительских работ.

Однако с использованием данного метода в стационаре возникают определенные трудности, он может трансформироваться в разновидность трудотерапии с соответствующим формальным подходом, без учета групповой динамики, желания пациента в выборе группового проекта. Да и сами пациенты проявляют еще недостаточно активности. Стоит помнить о сути «терапии средой»: объект работы – лишь область приложения сил и активности работающих над ним, т.н. «центрирующий объект». Терапевтическое значение имеют внутригрупповые и межличностные процессы, возникающие в процессе реализации осязаемого объекта, феномены общения и позитивных внутриличностных изменений (повышение самооценки, актуализация умений и навыков, стимуляция сохранных сторон личности, признание окружающих и т.п.). Можно сказать, что терапия средой – это терапия «средой общения, созданной на время средой продуктивного процесса».

В последующем планируется шире внедрять миллио-терапию в работу отделений, сделать ее непременным атрибутом его жизнедеятельности. Возможен переход «терапии средой» в создание «терапевтической среды» - когда любой повседневный процесс в отделении требует от пациентов собранности, активности, конструктивного взаимодействия с персоналом, разделения ответственности, как в социуме самих пациентов, так и в системе «пациенты-персонал» [12]. Это ситуации, требующие ответов на вопросы «как мы вместе можем сделать жизнь отделения лучше», «от кого зависит доброжелательная атмосфера в отделении», «какие установки, правила и взаимная договоренность создадут благотворную среду, способствующую выздоровлению, разрешению проблематики и восстановлению возможностей пациентов», «с каким потенциалом пациенты выходят из отделения в повседневную жизнь». В отделении для этого уже имеется определенная база – еженедельные общие собрания пациентов, медперсонала и врачей, на которых осуществляется знакомство с новыми пациентами и их прием в сферу отделения, обсуждение общеотделенческих проблем, посвящение в планы работы отделения, порой – разбор затруднительных ситуаций в разных системах взаимодействия. Проводится постоянная работа с медперсоналом для поддержания доброжелательного отношения к пациентом в стиле т.н. «непотворствующей эмпатии». На очереди – включения элементов самоуправления пациентов в

организацию досуга, соблюдение порядка и чистоты, предупреждение конфликтных и асоциальных явлений, создание «актива» или «совета» пациентов, дополнительные собрания тем или иным составом для целенаправленного разрешения различных вопросов. Это способствует восстановлению нарушенных способностей, умений и навыков повседневного общения и функционирования, т.е. – реабилитационным целям, и будет формировать позитивный потенциал, который пациенты могут использовать в своей привычной жизненной среде.

Литература

1. Аммон Г. *Динамическая психиатрия. Пер. с нем.* — СПб., изд. Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1995. — 200 с.
2. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. *Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция* // *Российский психиатрический журнал.* — 2004. — №3. — С. 59-63.
3. Бабин С.М. *Психотерапия психозов: практическое руководство.* СПб.: СпецЛит, 2012. — 335 с.
4. Бабин С.М., Пустотин Ю.Л., Сировская В.П. *Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации и психиатрии: итоги и перспективы* // *Социальная и клиническая психиатрия.* — 2003. — Т.13, № 2. — С. 117–120.
5. Бабин С.М., Резницкая Т.Б., Шувалова Т.В. *Музыкальная психотерапия и музыкальная психология: программа последипломной подготовки, уникальный российский опыт* // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* — 2013. — N 6 (23). — URL: <http://mprj.ru>
6. Бабин С.М., Случевская С.Ф., Ульчева Т.А. *Взаимосвязь социальной поддержки и внутренних ресурсов психически больных* // *Психическое здоровье.* — 2013. — №5 (84) — С. 57-62.
7. Вид В.Д. *Психотерапия шизофрении.* — 3-е изд., доп. — СПб.: Питер, 2008. — 512 с.
8. Казаковцев Б.А. *Развитие служб психического здоровья. Руководство для врачей.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 672 с.
9. Лиманкин О.В. *Современные тенденции развития общественно- ориентированной психиатрической помощи.* — СПб.: Таро, 2015. — 228 с.
10. *Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование* / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. — СПб.: Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. — 438 с.
11. *Организация психотерапевтической помощи в общепсихиатрическом стационаре: методическое пособие* / автор-сост.: С.М. Бабин. — Оренбург, 1998. — 52 с.
12. *Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии: Роль пациентских организаций и профессионального сообщества в совершенствовании психиатрической помощи. Выпуск II.* / Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. — СПб.: Таро, 2014. — 218 с.
13. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии.* — 2-е изд. / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. — М.: Медпрактика-М, 2007. — 492 с.

Психологические реакции на болезнь и особенности поведения женщин с первым психотическим эпизодом

Ханько А.В.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко
Санкт-Петербург

Актуальность. Первый психотический эпизод, сопровождающийся дезорганизацией психической деятельности, выраженным эмоциональным дискомфортом, госпитализацией в психиатрический стационар, снижением трудоспособности и уровня включенности в социальное взаимодействие, ставит человека в особые жизненные обстоятельства, специфика восприятия, переживания и переработки которых определяется его личностными свойствами, концепцией «Я» и способами психологической защиты и совладания с болезнью [1,3,4]. В зависимости от комплекса этих параметров у мужчин и женщин с первыми приступами шизофрении возможны различные реакции на болезнь и способы адаптации к ней, которые реализуются в соответствующих формах поведения и в значительной степени определяют выбор тактики реабилитационных интервенций с больными [2,5,6].

Цель исследования – выявление особенностей внутренней картины болезни (ВКБ), защитно-совладающего поведения и личностных ресурсов женщин с первым психотическим эпизодом.

Материал и методы. Объектом исследования выступили 50 больных женщин с параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10) в возрасте ($31,3 \pm 1,1$) лет с длительностью заболевания не более 5 лет с момента манифестации, в течение которых отмечалось не более трех психотических приступов, находящиеся на лечении в женском отделении «первого психотического эпизода» психиатрического стационара.

Контрольные группы составили 50 больных мужчин с параноидной шизофренией (F20.0) в возрасте ($25,6 \pm 0,7$) лет, находящихся на лечении в мужском отделении «первого психотического эпизода» психиатрического стационара, и 30 больных женщин с параноидной шизофренией (F20.0) в возрасте ($43,4 \pm 1,8$) лет, имеющих длительный стаж заболевания (более 5 лет), находящихся на лечении в отделении «общего» типа психиатрического стационара. Все пациенты на момент обследования выведены из острого психотического состояния. Общее количество обследованных – 130 человек.

В соответствии с поставленными в работе задачами использовались следующие методики: психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) (методика ТОБОЛ); «Индекс жизненного стиля» (методика ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ярышева и Е.Б. Клубовой; диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (методика УСК) в адаптации Е.Ф. Бажина,

С.А. Голынкиной, А.М. Эткинда; Дембо–Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан; диагностики уровня социальной фрустрированности (методика УСФ) Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко; Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голькиной, Г.Л. Исуриной и Б.Д. Карвасарского; копинг-тест Лазарус (адаптация методики WCQ).

Кроме выше перечисленных методик, в протокол исследования были включены вопросы, касающиеся особенностей анамнеза обследованных. При статистической обработке результатов применялись сравнительный анализ по t-критерию Стьюдента и корреляционный анализ. В статье представлены средняя арифметическая величина и ошибка средней величины.

Результаты и их обсуждение. В структуре ВКБ у женщин с первыми приступами шизофрении, как и у мужчин, доминируют сенситивный (18,16±1,75 у женщин; 16,9±1,68 у мужчин) и эргопатический (17,54±2,06; 17,42±2,31 соотв.) типы отношения к болезни (ТОБ), а также высоко представлены гармоничный (15,12±2,42; 11,18±2,55 соотв.) и анозогностический (14,42±2,6; 12,58±2,61 соотв.) типы. У женщин с длительным течением шизофрении преобладает нарастающий по мере прогрессирования болезни сенситивный ТОБ (27,36±2,06; $t=3,393$; $p<0,001$).

То есть, вслед за первым психотическим эпизодом шизофрении у женщин, как и у мужчин, по механизмам самостигматизации формируется чрезмерная ранимость, уязвимость и озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни. При этом с увеличением длительности заболевания показатели самостигматизации у женщин имеют тенденцию к росту, что в значительной степени обуславливает нарастающее с возрастом снижение уровня социальной адаптации больных.

Характерная для женщин и мужчин с первыми приступами шизофрении, а также женщин с длительным течением заболевания чрезмерная уязвимость в отношении своего заболевания сопровождается у них ростом показателей тревожности ($r=0,596$, $p<0,001$; $r=0,522$, $p<0,001$; $r=0,689$, $p<0,001$ соотв.), раздражительности ($r=0,46$, $p<0,001$; $r=0,335$, $p<0,05$; $r=0,469$, $p<0,01$ соотв.) и эгоцентричности ($r=0,457$, $p<0,001$; $r=0,425$, $p<0,01$; $r=0,418$, $p<0,05$ соотв.), а у пациентов с первыми приступами заболевания – усилением сосредоточенности на субъективных болезненных ощущениях ($r=0,468$; $p<0,001$ у женщин; $r=0,412$; $p<0,01$ у мужчин).

Иначе говоря, опасаясь неблагоприятного отношения к себе и боясь из-за болезни потерять расположение близких, больные шизофренией проявляют чрезмерное беспокойство в отношении возможных осложнений заболевания и неэффективности лечения, требуют к себе особого внимания родственников и медицинского персонала, демонстрируя вспышки раздражения при болях и неудачах лечения. Причем у пациентов с первыми приступами заболевания, не имеющих опыта перенесения психотических состояний и совладания с ними, эти реакции усугубляются состоянием растерянности и страха перед заболеванием с тщательной фиксацией всех субъективных неприятных ощущений и сосредоточением на них.

Связанное с реакцией самостигматизации поведение больных шизофренией различается в зависимости от их половой принадлежности и длительности заболевания. У мужчин с первыми приступами шизофрении опасение пренебрежительного отношения к себе окружающих взаимосвязано со снижением уровня притязаний (УП) в отношении собственной внешности ($r=-0,32$; $p<0,05$) и авторитета у сверстников ($r=-0,314$; $p<0,05$), а у женщин – с нарастанием подозрительности и недоверчивости ($r=0,293$; $p<0,05$), ростом уровня социальной фрустрированности (УСФ) ($r=0,284$; $p<0,05$), ухудшением настроения ($r=0,417$; $p<0,01$) и представления о своей социальной репутации ($r=-0,3$; $p<0,05$), а также активизацией копинг-стратегий (КС), направленных на самоконтроль ($r=0,424$; $p<0,01$) и принятие ответственности ($r=0,346$; $p<0,05$). Кроме того, боязнь женщин с первыми приступами шизофрении потерять расположение близких взаимосвязана с действием механизмов психологической защиты (МПЗ) по типу проекции ($r=0,285$; $p<0,05$) и реактивных образований ($r=0,37$; $p<0,01$), последний из которых доминирует в структуре защитного поведения женщин независимо от длительности заболевания (79,9% у женщин с первыми приступами; 88,3% у женщин с длительным стажем) и сопровождается ростом подозрительности ($r=0,283$; $p<0,05$) и недовольства ($r=0,339$; $p<0,05$) в отношении медицинской помощи, стремлением в идеале иметь лучшую социальную репутацию ($r=0,305$; $p<0,05$), а также активизацией КС, направленной на поиск социальной поддержки ($r=0,525$; $p<0,001$).

То есть, в результате переживания негативного отражённого самоотношения, у женщин с первыми приступами шизофрении формируется субъективное представление о своей социальной непривлекательности и невозможности реализации своих актуальных социальных потребностей, а у мужчин снижается уровень мотивационной активности в сфере межличностных контактов.

В отличие от мужчин, сторонящихся лидерства, связанной с ним ответственности и не проявляющих активности в решении проблем, женщины с первыми приступами шизофрении стремятся преодолеть вызванное болезнью состояние фрустрации, прилагая усилия к урегулированию своих чувств, осознанию своей роли в возникновении заболевания и предпринимают попытки для исправления сложившейся ситуации. Реакция самостигматизации сопровождается у них ростом недовольства поведением окружающих, недоверием к ним и стремлением во что бы то ни стало укрепить свою социальную позицию, добиться уважения в обществе. В этих целях женщины с первыми приступами шизофрении прибегают к самооправданию и активной критике окружающей действительности, снимают с себя ответственность за прогрессирование заболевания и перекладывают ее на родственников и врачей, пытаясь найти информационную и действенную поддержку в социальном окружении.

У женщин с длительным течением шизофрении чрезмерная уязвимость в отношении своего заболевания взаимосвязана с повышением агрессивности ($r=0,377$; $p<0,05$), снижением настроения ($r=0,425$; $p<0,05$) и социальной потенции ($r=0,378$; $p<0,05$), ухудшением представления о своей репутации у окружающих ($r=-0,387$; $p<0,05$), а также увеличением напряженности МПЗ по типу регрессии

($r=0,371$; $p<0,05$) и компенсации ($r=0,382$; $p<0,05$), последний из которых занимает одну из доминирующих позиций в структуре защитного поведения женщин с длительным течением заболевания (80,9%) и проявляется снижением УСФ ($r=-0,425$; $p<0,05$) и повышением уверенности в себе ($r=0,428$; $p<0,05$).

То есть, переживание женщинами с длительным течением шизофрении негативного отношения к себе окружающих сопровождается уже не растерянностью и стремлением укрепить свою социальную позицию, как у женщин с первыми приступами заболевания, а деструктивными реакциями на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровне с сопутствующим им снижением социальных навыков. Субъективное ощущение пренебрежительного отношения к себе окружающих способствует формированию у женщин с длительным течением шизофрении чувства собственной неполноценности с завистью и ненавистью к здоровым людям, включая родных и близких, и склонностью винить в своей болезни окружающих. Формирующееся в ответ на эти переживания защитное поведение заключается в уходе женщин от реальности в мир субъективных представлений и фантазий, что создает у них иллюзию преодоления фрустрирующих обстоятельств и повышает чувство самодостаточности.

Наряду со самостигматизацией, ещё одной характерной реакцией на болезнь для женщин с первыми приступами шизофрении является «уход в работу». Эргопатия также характерна и для мужчин, однако, механизмы ее формирования у женщин и мужчин различны.

У женщин высокие показатели эргопатии взаимосвязаны с высокой сенситивностью к своему заболеванию ($r=0,279$; $p<0,05$) и сопровождаются снижением неудовлетворенности взаимоотношениями с родителями ($r=-0,294$; $p<0,05$), ростом уровня самооценки (УС) своего авторитета у сверстников ($r=0,36$; $p<0,05$), своих умений ($r=0,397$; $p<0,01$), а также повышением уровня притязаний (УП) в отношении здоровья ($r=0,298$; $p<0,05$), планированием решения возникших проблем ($r=0,333$; $p<0,05$) и желанием в идеале обладать положительной социальной репутацией ($r=0,295$; $p<0,05$). То есть, стремление женщин с первыми приступами шизофрении как можно быстрее приступить к работе не только способствует улучшению их отношений с родителями, так как предполагает определенную степень социальной активности и финансовой независимости пациентов, но и позволяет, не смотря на тяжесть заболевания, воспринимать себя полноценными членами общества и планировать варианты выхода из сложившейся ситуации.

Следовательно, эргопатический ТОб, формирующийся у женщин с первыми приступами заболевания параллельно с сензитивностью, имеет целью не допустить идей самоуничтожения в связи с болезнью и доказать окружающим свою дееспособность.

У мужчин эргопатический ТОб взаимосвязан с ростом показателей анозогнозии ($r=0,367$; $p<0,01$), снижением выраженности МПЗ по типу регрессии ($r=-0,423$; $p<0,01$) и КС, направленной на избегание ($r=-0,546$; $p<0,001$), повышением уровня субъективного контроля (УСК) ($r=0,556$; $p<0,001$), УС ($r=0,384$; $p<0,01$) и УП ($r=0,298$; $p<0,05$), а также улучшением настроения ($r=-0,467$;

$p < 0,001$) и представления о своей социальной репутации ($r = 0,362$; $p < 0,01$). Полагаем, что стремление мужчин продолжить трудовую деятельность связано не с сенситивностью из-за своего заболевания, как у женщин, а с не критичностью по отношению к нему. Видя перед собой цель в виде денежного заработка, они отбрасывают мысли о болезни, возможных ее последствиях и проявляют активность в виде поиска работы, что способствует выравниванию аффективного фона и улучшению представлений о себе и своей социальной репутации.

Кроме того, и у женщин, и у мужчин с первыми приступами шизофрении «уход в работу» сопровождается снижением безразличия к себе и своей судьбе ($r = -0,335$, $p < 0,05$; $r = -0,383$, $p < 0,01$ соотв.), что способствует повышению активности и расширению сферы интересов больных. Значит, высоко представленный в структуре ВКБ пациентов с первыми приступами шизофрении эргопатический ТОб, в отличие от сенситивного, играет стабилизирующую роль в процессе психологической адаптации к заболеванию, способствуя поиску путей выхода из сложившейся ситуации, выравнивая настроение пациентов и улучшая их отношение к себе и своему ближайшему окружению.

Выявленные у женщин и мужчин с первыми приступами шизофрении высокие показатели не критичности к своему состоянию взаимосвязаны с ростом УСК ($r = 0,509$, $p < 0,001$; $r = 0,43$, $p < 0,01$ соотв.), УС ($r = 0,327$, $p < 0,05$; $r = 0,424$, $p < 0,01$ соотв.), УП ($r = 0,325$, $p < 0,05$; $r = 0,295$, $p < 0,05$ соотв.), а также улучшением настроения ($r = -0,393$, $p < 0,01$; $r = -0,31$, $p < 0,05$ соотв.) и снижением УСФ ($r = -0,335$, $p < 0,05$; $r = -0,32$, $p < 0,05$ соотв.). Кроме того, и у женщин, и у мужчин анозогнозия сопряжена со снижением выраженности таких личностных характеристик, как тревожность ($r = -0,56$, $p < 0,001$; $r = -0,491$, $p < 0,001$ соотв.), подавленность ($r = -0,382$, $p < 0,01$; $r = -0,513$, $p < 0,001$ соотв.), апатичность ($r = -0,288$, $p < 0,05$; $r = -0,399$, $p < 0,01$ соотв.), ипохондричность ($r = -0,479$, $p < 0,001$; $r = -0,479$, $p < 0,001$) и агрессивность ($r = -0,381$, $p < 0,01$; $r = -0,476$, $p < 0,001$ соотв.).

При этом отбрасывание мысли о болезни у женщин сопровождается снижением выраженности МПЗ по типу регрессии ($r = -0,426$; $p < 0,01$), а у мужчин – увеличением напряженности МПЗ по типу отрицания ($r = 0,381$; $p < 0,01$), который наряду с интеллектуализацией (69,3%) доминирует в структуре защитного поведения пациентов (66,3%) и проявляется ростом УСК ($r = 0,383$; $p < 0,01$) и УС ($r = 0,303$; $p < 0,05$), снижением УСФ ($r = -0,403$; $p < 0,01$), а также повышением открытости в межличностных отношениях ($r = 0,287$; $p < 0,05$) и улучшением представления о своей социальной репутации ($r = 0,383$; $p < 0,01$).

То есть, недостаточно критично воспринимая проявления своего заболевания, и женщины, и мужчины с первыми приступами шизофрении не фиксируются на связанных с болезнью проблемах и не пытаются ограничивать себя в чем-либо, что придает им уверенности в себе, и они начинают проявлять активность в различных сферах жизнедеятельности, получая удовольствие от жизни. При этом отсутствие переживаний по поводу трудностей предстоящего лечения обуславливает выравнивание аффективного фона пациентов и ослабление агрессивных тенденций по отношению к окружающим.

Кроме того, у женщин анозогнозия сопровождается повышением эмоционально-волевого контроля, а у мужчин – повышением уровня социальной активности, связанного с отрицанием своей безынициативности и неуверенности.

В целом, структура ВКБ и совладающего поведения у женщин с первыми приступами шизофрении отличается от таковых у мужчин с первыми приступами и женщин с длительным течением заболевания.

Женщины с первыми приступами шизофрении, в отличие от мужчин, склонны к оптимистичной оценке перспектив своего лечения ($5,26 \pm 1,13$ у женщин, $8,72 \pm 1,31$ у мужчин; $t=1,985$, $p<0,05$). При этом для них характерно поведение по типу «раздражительной слабости» ($9,38 \pm 1,05$ у женщин, $6,48 \pm 0,88$ у мужчин; $t=-2,104$, $p<0,05$), связанное с действием МПЗ по типу регрессии ($r=0,343$; $p<0,05$) и сопровождающееся ростом УСФ ($r=0,348$; $p<0,05$) и ухудшением представления о своей привлекательности для окружающих ($r=-0,375$; $p<0,01$).

По сравнению с мужчинами, женщины с первыми приступами шизофрении в большей степени склонны верить в успех своего лечения. В связи с этим они проявляют большую активность в реабилитационных мероприятиях и строят планы на будущее. Не смотря на это, они менее терпеливы к болям и неприятным ощущениям, для них характерны вспышки раздражения, что связано с более низким, по сравнению с мужчинами, уровнем эмоционально-волевого контроля и способствует ухудшению их отношений с окружающими, так как раздражение часто изливается на родственников и медицинский персонал.

В отличие от женщин с длительным течением шизофрении, женщины с первыми приступами заболевания в меньшей степени фиксированы на субъективных болезненных ощущениях ($8,16 \pm 0,94$ у женщин с первыми приступами; $14,73 \pm 1,76$ у женщин с длительным течением; $t=-3,289$; $p<0,01$), менее заинтересованы поиском личных выгод в связи с болезнью ($8,88 \pm 0,71$; $13,76 \pm 1,25$ соотв.; $t=-3,385$; $p<0,01$), более активны ($3,66 \pm 0,68$; $7,76 \pm 1,5$ соотв.; $t=-2,485$; $p<0,05$) и оптимистичны в оценке перспектив лечения ($5,26 \pm 1,13$; $11,1 \pm 2,14$ соотв.; $t=-2,405$; $p<0,05$). Это подтверждается показателем гармоничного ТОБ, представленного у женщин с первыми приступами шизофрении в большей степени, чем у женщин с длительным течением заболевания ($15,12 \pm 2,42$ у женщин с первыми приступами; $4,73 \pm 2,25$ у женщин с длительным течением; $t=3,141$; $p<0,01$) и взаимосвязанного с ростом УП в отношении здоровья ($r=0,351$; $p<0,05$) и авторитета у сверстников ($r=0,432$; $p<0,01$), улучшением настроения ($r=-0,298$; $p<0,05$), а также активизацией КС, направленных на принятие ответственности ($r=0,327$; $p<0,05$) и планирование решения проблем ($r=0,301$; $p<0,05$).

Сочетая в себе типы отношения к болезни, для которых характерна как интрапсихическая, так и интерпсихическая направленность личностного реагирования, структура ВКБ женщин с длительным течением шизофрении отражает нарастающую с увеличением длительности заболевания социально-психологическую дезадаптацию пациентов.

В отличие от женщин с первыми приступами шизофрении, женщины с длительным течением заболевания не скрывают свои болезненные переживания, постоянно жалуются врачам на различные неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Более того, с целью

вызвать сочувствие и завладеть вниманием окружающих, они склонны манипулировать людьми, выставляя напоказ свои страдания. При этом желание лечиться и требования тщательного обследования противоречиво сочетаются у женщин с длительным течением шизофрении с неверием в возможное улучшение и безразличием к себе, своей судьбе и исходу болезни, что, возможно, отражает дезинтеграцию эмоционально-волевой и потребностно-мотивационной сфер больных.

По сравнению с женщинами с длительным течением шизофрении, женщины с первыми приступами заболевания адекватнее оценивают свое состояние и в большей степени стремятся содействовать успеху лечения. Предпринимаемые ими попытки объективно взглянуть на причины манифестации своего заболевания приводят к осознанию личной причастности ко всему происходящему и способствуют фокусировке на решении проблем, формированию установки на укрепление своего здоровья и сведению к минимуму негативных последствий заболевания: снижения собственной социальной репутации, ухудшения эмоционального состояния и собственного представления о себе.

В отличие от мужчин, в структуре совладающего поведения которых доминирует принятие ответственности (65,8%), связанное с ухудшением настроения ($r=0,3$, $p<0,05$), женщины с первыми приступами шизофрении в большей степени склонны к поиску положительных сторон в существующих проблемах ($t=2,815$; $p<0,01$), что позволяет им считать себя во многом ответственными за свои межличностные отношения ($r=0,364$; $p<0,01$) и улучшает их субъективное представление о своей социальной репутации ($r=0,364$; $p<0,01$). Доминирующей КС у них является поиск социальной поддержки (68,6%), сопровождающийся повышением настороженности к разговорам о себе ($r=0,343$, $p<0,05$) и усилением доминантности в межличностных отношениях ($r=0,315$, $p<0,05$). При этом у женщин с длительным стажем заболевания доминирует КС планирования решения проблем (73,5%), сопровождающаяся снижением безразличия к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения ($r=-0,374$; $p<0,05$).

В отличие от мужчин, обвиняющих себя за возникновение заболевания, и женщин с длительным течением шизофрении, проявляющих непродуктивную активность в попытках совладания с мнимыми последствиями заболевания, женщины с первыми приступами шизофрении обращаются за помощью к авторитетным людям, пытаются получить полезный совет и рекомендации к дальнейшим действиям. При этом в отличие от мужчин, женщины с первыми приступами шизофрении склонны придавать положительное значение случившимся с ними событиям, что позволяет им сохранять уверенность в себе и активно взаимодействовать с окружающими.

Таким образом, результаты данного исследования позволяют сделать следующие **выводы**.

Реакцией на манифестацию заболевания у женщин с первым психотическим эпизодом, как и у мужчин, являются растерянность и страх, что выражается в сензитивности и приводит к формированию самостигматизации.

В поведении женщин с первым психотическим эпизодом отмечаются попытки урегулирования своих чувств и отношений в связи с заболеванием посредством «ухода в работу», игнорирование мыслей о возможных его последствиях, а также стремление добиться уважения, признания и поддержки в обществе. Для мужчин с первым психотическим эпизодом характерно пассивное приспособление к снижению качества жизни из-за болезни, а для женщин с длительным течением заболевания – уход от реальности в мир субъективных представлений и фантазий.

Чрезмерная ранимость, уязвимость и озабоченность женщин с первым психотическим эпизодом в отношении своего заболевания, имеющая отчетливую тенденцию к росту с увеличением его длительности, отражает неконструктивность защитно-совладающего поведения больных и обуславливает негативный прогноз.

При составлении программ психотерапии для женщин с первым психотическим эпизодом необходимо учитывать их противоречивые переживания, выражающиеся в сочетании неприятия имеющегося у себя психического расстройства и самостигматизации, что негативно сказывается на представлении больных о себе, своих возможностях, эмоциональном состоянии и качестве личностно-средового взаимодействия.

Литература

1. Былим И.А. *Первый приступ шизофрении: проблемы и решения* / И.А. Былим // *Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. – 2009. – № 3. – С. 9-15.
2. 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.
3. *Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении): метод. рекомендации* / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Е.Б. Лобов [и др.]. – М., 2007. – 23 с.
4. *Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях: пособие для врачей* / А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Т.А. Аристова [и др.]. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 38 с.
5. Alvarez-Jimenez M. *Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis* / M. Alvarez-Jimenez, A.G. Parker, S.E. Hetrick [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. – 2011. – Vol. 37. – P. 619-630.
6. Bechdolf A. *Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states* / A. Bechdolf, M. Wagner, S. Ruhrmann [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 200. – P. 22-29.

Опыт применения краткосрочной групповой психотерапии в реабилитации женщин больных раком молочной железы

Хасанова К.Д., Шигакова Ф.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. По данным ВОЗ, в мире возрастает показатель частоты раковых заболеваний. Например, в Европе ежегодно выявляется почти 3,5 миллиона случаев, этот недуг становится причиной смерти более 1 миллиона человек. Эти показатели особенно высоки в странах с развитым производством и нездоровой экологической средой. Злокачественные новообразования женской репродуктивной сферы являются важной медицинской, социальной и клинко-психолого-психиатрической проблемой. Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женщин в Узбекистане, его доля составляет 34%.

В Узбекистане сохраняются стабильные показатели заболеваемости и смертности, так как в результате внедрения высоко эффективных методов диагностики и лечения, применения первичных профилактических и скрининг-исследований увеличивается число больных с ранними стадиями заболеваний. Благодаря этому растет эффективность специализированной помощи: показатели жизни в течение 5 лет возросли с 30-35 до 45-55%. Но современные методы лечения не могут гарантировать абсолютного выздоровления, сопровождаются побочными эффектами и могут приводить к функциональным нарушениям, что усугубляет страх перед болезнью и возможностью рецидива. Повышение выживаемости онкологических больных, а также ориентация современной медицины на поддержание качества жизни делают очевидной необходимость изучения психологических механизмов адаптации и разработки принципов психологической реабилитации данных больных.

Онкологические заболевания приводят не только к органическим нарушениям - помимо чисто физических страданий, данная категория заболеваний несет мощную отрицательную психическую нагрузку, онкологический пациент находится в серьезной стрессовой ситуации, зачастую длительной. Заболеваемость психическими расстройствами у онкологических больных выше, чем в популяции, что подтверждает актуальность психолого-психиатрической помощи данному контингенту больных.

Проведенное исследование является одним из этапов для дальнейшей научно-исследовательской работы над кандидатской диссертацией на тему «Психические изменения у женщин с раком молочной железы, на этапе адьювантной и неадьювантной терапии». В качестве практической значимости

данной работы нами будут разработаны психотерапевтические программы для женщин больных раком молочной железы.

Групповая психотерапия представляет широкие возможности для разрешения внутри личностных и межличностных конфликтов, решение проблем страхов (в процессе работы пациент понимает, что его проблемы и комплексы не являются уникальными), достижение катарсиса. Важным преимуществом данного метода, является возможность получения поддержки со стороны своих «товарищей по несчастью» (человек, понимает, что он не одинок в своей беде), возможность быть не только участником коррекционного процесса, но и зрителем.

Цель исследования: оценка эффективности краткосрочной групповой психотерапии в реабилитации женщин больных раком молочной железы в послеоперационном периоде после мастэктомии.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено в Областном онкологическом диспансере (г. Ташкент, Республика Узбекистан) в период с 15 сентября 2017 года по 18 февраля 2018 года.

В исследование были включены 72 пациентки, в возрасте от 18 до 56 лет, соответствовавшие критериям шифра по МКБ-10 – C50, находившиеся под наблюдением в онкологическом диспансере после радикальной мастэктомии по поводу рака молочной железы. В исследование включали пациентов, добровольно обратившихся за медицинской помощью. Протоколы исследования были одобрены независимым этическим комитетом и ко-миссиями по биомедицинской этике. Пациенты давали письменное информированное согласие на участие в проекте в соответствии с Хельсинской декларацией.

Выбор краткосрочной формы групповой психодинамической терапии был определен следующими обстоятельствами. Не все пациентки, получающие групповую психотерапию, готовы закончить полный курс лечения, они часто мотивируют прекращение курса лечения ухудшением самочувствия, а также началом химиотерапии в послеоперационном периоде, наличием детей, за которыми некому ухаживать, и т.д. Поэтому в течение ограниченного срока лечения метод краткосрочной групповой психотерапии позволяет, во-первых, максимально мотивировать больных на длительную, сопряженную с возможностью серьёзных разочарований работу, намного более сложную, чем они предполагают, в послеоперационный период. Во-вторых, техника краткосрочной терапии позволяет интенсивно воздействовать даже на тех пациентов, кто не способен адекватно оценивать реальность своего положения и не мотивирован на последующую реабилитацию.

Все больные случайным образом были поделены на две группы - исследуемую и контрольную. В исследуемую группу вошли 24 женщины, в контрольную группу - 48 женщин после радикальной мастэктомии. Пациентки исследуемой группы для проведения групповой краткосрочной психотерапии были распределены на 3 группы по 8 человек, группы были закрытыми. Пациенты контрольной группы не получали психотерапию, они посещали онкологический диспансер в связи с диспансерным учетом и наблюдением в послеоперационном периоде. Групповая психотерапия в исследуемой группе проводилась на 2-й неделе после операции. Сеансы проводились 3 раза в неделю, каждый сеанс

начинался в одно и тоже время, его продолжительность составляла 60 минут, общее число сессий - 10. Полный курс краткосрочной групповой психотерапии составил 25 дней. Программа психотерапевтической реабилитации также предусматривала арт-терапию, музыка-терапию, семейную психотерапию.

Медикаментозное лечение было стандартизовано в обеих групп пациентов. Метод контролируемого клинического эксперимента использовался при наборе общей группы пациентов, формировании основной и контрольной групп, а также при реализации терапевтического комплекса групповой психотерапии с использованием разработанных тех-ник в основной группе пациентов Процедура рандомизации выполнялась с помощью компьютера: каждый пациент при поступлении вносился в базу данных с присвоением индивидуального порядкового номера; распределение пациентов в основную и контрольную группу осуществлялся автоматически по принципу случайных чисел. Таким образом, рандомизация являлась истиной. Клинический эксперимент проводился согласно основным принципам современных сравнительных исследований в психотерапии.

Сеансы краткосрочной терапии на первом сеансе начинались с вводной беседы, в дальнейшем определялись сильные и слабые стороны пациента и его личностный профиль. Важным было информирование пациентов о психотерапии, также предлагалось вести дневник или фиксировать определённые события. Пациенты обучались методам релаксации и копинг-поведению (навыки совладания). Давались домашние задания.

Полученные данные обрабатывали с помощью компьютерных программ Microsoft Excel, STATISTICA 6 и Biostat. Отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал (95% ДИ) рассчитывали с применением логистической регрессии. Достоверность различий показателей оценивали с помощью непараметрического критерия χ^2 (критерий Пир-сона). Количественные показатели представлены в виде $M \pm SD$, а также медианы (Me) и 25 и 75 перцентили (IQR). Различия между группами считали статистически значимыми при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Участие в исследовании было предложено 85 пациентам, 72 из них подписали форму информированного согласия и были случайным образом распределены на 2 группы. Средний возраст женщин исследуемой группы составил $33,0 \pm 7,8$ лет; Me 33,0; IQR 28,0-36,3. Возраст женщин контрольной группы - $33,2 \pm 8,8$ лет; Me 32,0; IQR 27,0-36,8, мужчин - $35,5 \pm 7,5$ лет; Me 35,0; IQR 29,8-40,5.

По этнической принадлежности группы достоверно не отличались. Подавляющее большинство (85,0%) пациентов обеих групп - жители города. Более половины пациентов исследуемой (54,2% - ОШ 1,40; 95% ДИ 0,45-4,35; $p=0,77$) и контрольной (52,1% ОШ 1,18; 95% ДИ 0,53-2,63; $p=0,84$) групп не имеют собственной семьи, причем 7 (29,2%) женщин исследуемой группы и 16 (33,3%) пациентов контрольной группы не были замужем/женаты.

1. Оценка качества жизни, по данным опросника SF-36.

Анализ качества жизни показал, что самые низкие показатели, не превышающие 50 баллов в контрольной и исследуемой группах, отмечались по шкалам: телесная боль (83,3% и 87,5% соответственно) и общее состояние здоровья (50,0% и 41,7% соответственно). Эти данные отражают снижение оценки состояния своего здоровья и дальнейших перспектив реабилитации респондентами, ограничение повседневной физической активности из-за выраженности боли. Низкий общий физический компонент имели 50,0% и 45,8% пациентов соответственно (Таблица 1).

Таблица 1.

Показатели физического компонента здоровья качества жизни больных раком молочной железы в послеоперационном периоде после мастэктомии (в баллах).

| Шкалы SF-36 | Контрольная группа, n=48 | | Исследуемая группа, n=24 | |
|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------|
| | 1 неделя | 3 неделя | 1 неделя | 3 неделя |
| Физическое функционирование, PF | 69,0 61,8-75,5 | 71,5 55,0-83,3 | 75,0 55,8-80,0 | 72,5 64,8-78,3 |
| | | $p_1=0,75$ | | $p_1=0,66$ $p_2=$ |
| Рольное функционирование, RP | 56,0 43,8-69,3 | 56,5 49,0-63,0 | 54,0 40,0-68,8 | 56,5 49,0-61,5 |
| | | $p_1=0,60$ | | $p_1=0,74$ $p_2=$ |
| Телесная боль, BP | 37,0 29,8-45,0 | 44,5 27,0-52,3 | 34,0 26,8-42,8 | 50,0 30,8-57,5 |
| | | $p_1=0,39$ | | $p_1=0,02$ $p_2=$ |
| Общее состояние здоровья, GH | 47,0 38,8-57,3 | 55,0 48,4-56,0 | 51,5 41,5-55,5 | 58,0 51,8-66,3 |
| | | $p_1=0,10$ | | $p_1=0,006$ $p_2=$ |
| Общий физический компонент, PH | 50,1 44,7-54,3 | 51,9 48,4-56,0 | 50,8 44,5-53,9 | 53,3 51,2-60,0 |
| | | $p_1=0,08$ | | $p_1=0,007$ $p_2=$ |

Примечание: p_1 – достоверность по отношению к началу курса реабилитации; p_2 – достоверность по отношению к показателям контрольной группы (3 неделя).

Через 3 недели после начала курса психотерапии из показателей физического компонента здоровья КЖ отмечалось достоверное повышение шкалам **BP** - на 26,99%, **GH** – на 20,68% и остальные параметры увеличились, но не значительно (Рис.1).

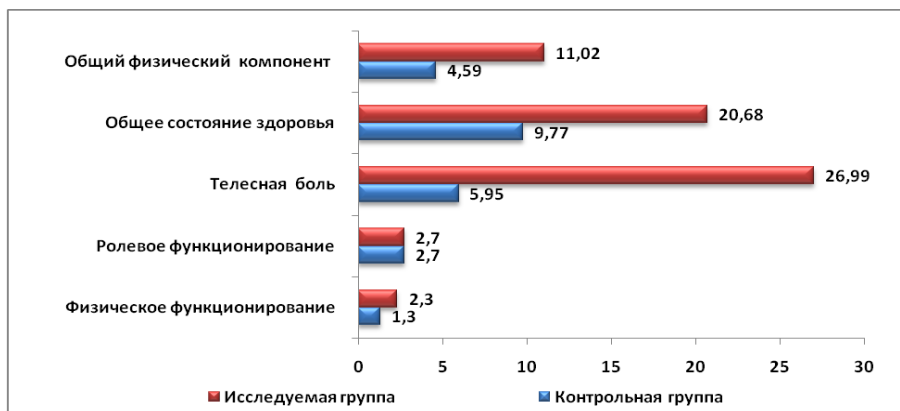


Рис.1. Показатели физического компонента здоровья качества жизни в динамике.

При анализе составляющих психологического компонента здоровья, установлено снижение жизненной активности у 24 (50,0%) и 11 (45,8%) пациентов контрольной и исследуемой групп соответственно показатели не превышали 50 баллов, т.е. эти респонденты меньше времени за последние 4 недели он ощущали себя бодрым и полным сил (Таблица 2).

Таблица 2.

Показатели психологического компонента здоровья качества жизни больных раком молочной железы после мастэктомии (в баллах).

| Шкалы SF-36 | Контрольная группа, n=48 | | Исследуемая группа, n=24 | |
|---|--------------------------|------------|--------------------------|----------------------|
| | 1 неделя | 3 неделя | 1 неделя | 3 неделя |
| Жизненная активность, VT | 49,5 | 60,0 | 50,5 | 62,0 |
| | 40,0-67,3 | 48,5-70,5 | 42,8-67,3 | 54,3-72,0 |
| | | $p_1=0,06$ | | $p_1=0,07$ $p_2=$ |
| Социальное функционирование, SF | 57,0 | 60,5 | 56,0 | 61,0 |
| | 48,0-64,0 | 46,8-69,3 | 44,8-64,0 | 42,0-69,0 |
| | | $p_1=0,56$ | | $p_1=0,62$ $p_2=$ |
| Рольное эмоциональное функционирование, RE | 62,0 | 67,0 | 64,5 | 70,5 |
| | 45,8-76,8 | 58,0-76,0 | 55,8-73,5 | 59,0-76,0 |
| | | $p_1=0,29$ | | $p_1=0,39$ $p_2=$ |
| Психическое здоровье, MH | 55,0 | 65,0 | 53,5 | 66,0 |
| | 49,0-67,3 | 52,8-75,0 | 49,0-68,5 | 59,5-75,0 |
| | | $p_1=0,05$ | | $p_1=0,03$ $p_2=$ |
| Общий психологический компонент, MH | 53,2 | 60,2 | 53,8 | 60,9 |
| | 49,6-59,5 | 50,8-64,4 | 49,0-59,8 | 55,0-64,4 |
| | | $p_1=0,02$ | | $p_1=0,02$ $p_2=$ |

Примечание: p_1 – достоверность по отношению к началу курса реабилитации; p_2 – достоверность по отношению к показателям контрольной группы (3 неделя).

Уровень своих социальных связей 27,1% (контроль) и 33,3% (исследуемая группа) респондентов оценивали как низкий. 35,4% (контроль) и 20,8% (исследуемая группа) считали, что эмоциональное состояние вмешивается в повседневную деятельность.

Через 3 недели после начала курса психотерапии из показателей психологического компонента здоровья КЖ отмечалось достоверное повышение шкале **MH** - на 15,45%, другие параметры увеличились, но не достоверно (Рис.2).

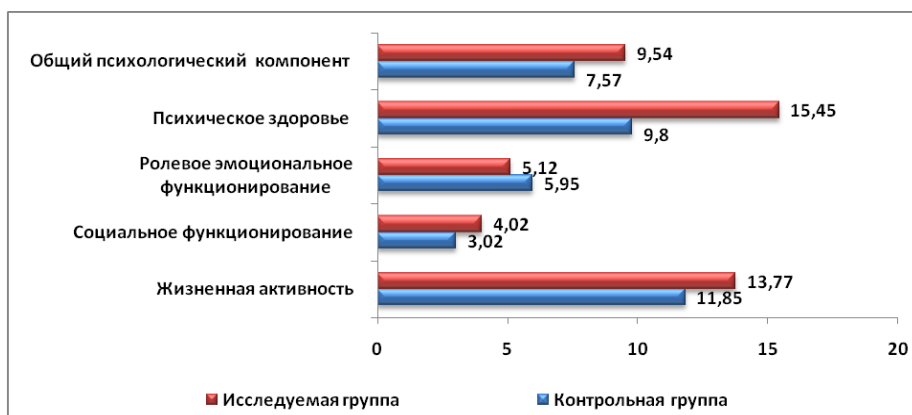


Рис.2. Показатели психологического компонента здоровья качества жизни в динамике.

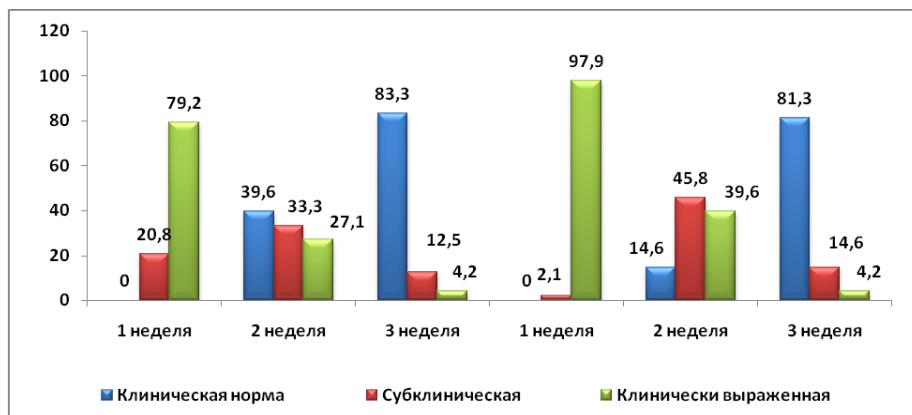
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии

Тестирование по вопроснику «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» выявило в начале курса психотерапии у подавляющего большинства больных исследуемой и контрольных групп клинически выраженную тревогу (79,2% и 83,3% соответственно) /депрессию (97,9% и 83,3% соответственно) (Рис.3).

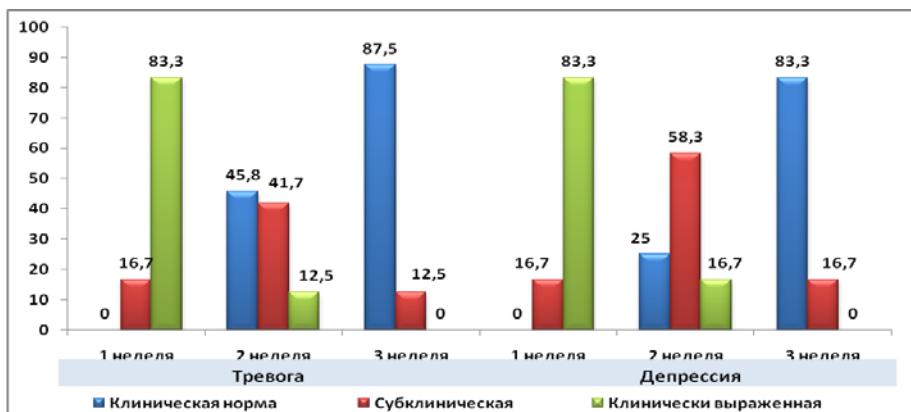
К концу 2 недели курса в исследуемой группе респондентов с клинически выраженным уровнем тревоги/депрессии было недостоверно, но меньше по сравнению с группой контроля (12,5% против 27,1% ОШ 0,38; 95% ДИ 0,10-1,51; $p=0,27/16,7\%$ против 39,6% ОШ 0,31; 95% ДИ 0,90-1,03; $p=0,09$).

Следует отметить, что, несмотря на проводимую коррекцию, у 2 больных контрольной группы сохранялся выраженный уровень тревоги/депрессии.

Заключение. Таким образом, у женщин в послеоперационном периоде после мастэктомии, получавших сеансы краткосрочной групповой психотерапии, было отмечено улучшение общего состояния здоровья, а также улучшение эмоционального состояния по сравнению с женщинами, не получавших психотерапию. Эффективность лечения не зависела от возраста и длительности заболевания.



Контрольная группа



Исследуемая группа

Рис.3. Выраженность тревоги и депрессии у больных раком молочной железы после мастэктомии в динамике.

Так, через 3 недели после начала курса реабилитации в исследуемой группе из показателей физического компонента здоровья КЖ отмечалось достоверное повышение по шкалам ВР - на 26,99%, GH- на 20,68% , из показателей психологического компонента здоровья КЖ отмечалось достоверное повышение шкале МН - на 15,45%, в сравнении с контрольной группой.

Полученные данные в отношении динамики выраженности аффективных расстройств в исследуемой и контрольной группы предоставляются неоднозначными, с учетом отсутствия достоверных показателей. В связи с этим они требуют продолжения детального исследования в области аффективных расстройств у женщин больных раком молочной железы, а также разработки эффективных методов психотерапии.

ТЕЗИСЫ

Оценка личностных особенностей у подростков с суицидальными тенденциями

Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Основная задача, поставленная перед специалистами, занимающимися суицидологическими проблемами — это ранняя квалифицированная диагностика суицидального поведения, предотвращение реализации аутоагрессивных действий и профилактика различных эквивалентных форм деструктивных тенденций. В зарубежной и отечественной литературе накоплен значительный материал, демонстрирующий наличие связи между различными аспектами социальной ситуации и депрессивностью у детей и подростков, склонных к суицидальным тенденциям. Сюда относятся: депрессивность родителей, особенности детско-родительских отношений, трудности во взаимоотношениях со сверстниками, состояние здоровья, академическая успеваемость и др. Некоторые исследователи предполагают, что эти проблемы являются вторичными по отношению к депрессии и суицидальным тенденциям, поскольку вызываются ею, другие считают, что они являются частью более широкой проблемы, которая предшествует депрессивному расстройству, коморбидному с личностными особенностями подростков, склонных к суицидальным тенденциям. Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации (Алексеева М.В., Ваулин С.В., 2016). Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью (Антропов Ю.Ф., 2013). Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения (Менделевич В.Д., 2014).

Цель исследования: изучить личностные особенности у девочек-подростков с суицидальными намерениями, возникающих на фоне аффективных расстройств.

Материал и методы: объектом исследования явились 48 девочек-подростков в возрасте 15–19 лет с непсихотическим уровнем психопатологических расстройств, с наличием в клинической картине аутоагрессивных действий,

возникающих в структуре синдрома уходов и бродяжничества. В группу вошли пациентки с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ10 – F91.2. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использовалась «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, для определения устойчивых личностных характеристик и особенностей эмоционального реагирования использовался тест-опросник Шмишека Леонгарда.

Результаты исследования и обсуждение. При исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что их личностные особенности 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 12 (25%), дистимический тип был выявлен в 40% (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. В процессе изучения клинической картины синдрома уходов и бродяжничества выявлено, что девочки с гипертимными чертами характера (7%) стали совершать первые побеги из дома в 11 лет, с неустойчивыми (62%) и истероидными чертами (31 %) – в 13–14 лет. Девочки совершали частые побеги на непродолжительное время от 3 до 7 дней. Анализ степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества показал, что уходы средней степени тяжести встречались в 69% случаев, уходы легкой степени в 23% случаев, и лишь у 1 пациентки были выявлены уходы тяжелой степени. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Гамильтона выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25% пациенток, в 61% случаев - депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявило, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69%) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у девочек-подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе.

В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием - у 42%, в 1/3 (33%) случаев пациентки с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Предпочтение отдавалось легкодоступным и

не жестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с противоположным полом (50% случаев), конфликты в семье (25%), конфликты со сверстниками (15%), внутриличностными проблемами (10%). Пациентка с депрессивным расстройством тяжелой степени отмечала наличие суицидальных мыслей до уходов из дома, при повторном уходе из дома была совершена суицидальная попытка, констатируемая как аутоагрессия психотического уровня депрессивного генеза. У 46% пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, 67% обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 33% случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациенток домой. В 21% случаев до первой попытки ухода из дома выраженных эмоциональных расстройств и суицидальных тенденций не наблюдалось, отмечались возникающие время от времени изменения настроения, причинами уходов становилось появление острого стремления к освобождению от стесняющего режима, к перемене обстановки. У этих пациенток депрессивная симптоматика появлялась после возвращения домой, для них характерным было появления чувства вины у 66% больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33% обследованных.

Выводы. Установлена прямая корреляционная взаимосвязь личностных особенностей девочек-подростков, склонных к суицидальным тенденциям, с уровнем и видом аффективных изменений. Тревожно-депрессивные и фобические расстройства невротического уровня наблюдались у подростков с дистимическим и тревожно-боязливым типом личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с демонстративным и эмотивным типом личности. Дисфорические нарушения определены у пациенток с застревающим типом личности. Клинические проявления аутоагрессивных действий у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, формируются на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня, в большинстве случаев имеют демонстративно-шантажный характер. У девочек-подростков синдром уходов и бродяжничества не протекал изолированно, а имел сложную связь с аффективными расстройствами; появление аутоагрессивного поведения усложняло клиническую картину синдрома.

Особенности кризиса идентичности при заболеваниях психотического регистра

Абрамов В.А., Голоденко О.Н., Грачев Р.А., Абрамов В.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, ДНР

Кризис идентичности определяется как несоответствие сложившейся к данному моменту структуры идентичности изменившемуся контексту ее существования. В отличие от возрастных конструктивных, потенциально нормативных кризисов, кризис идентичности у больных шизофренией сопровождается искаженным, дефицитарным переживанием себя и субъективно не переживается как состояние поиска новых возможностей и решения возникающих проблем, не приводит к достижению новой идентичности, более адекватной текущему опыту. Это состояние характеризуется потерей внешних и внутренних ориентиров (ценностных, смысловых, мотивационных), что порождает ощущения растерянности, «размытости» личностных границ, потери контроля над собой, неуверенности в себе, уход от реального мира, общей дезинтеграцией личности. Базовой предпосылкой формирования кризиса индивидуальной идентичности является невозможность индивида соотнести внутренний мир с внешним в ситуации «множащегося многообразия».

Неотъемлемым компонентом расстройств психотического круга является искаженное, дефицитарное, дезинтегративное переживание себя или нарушение идентичности личности. Различными авторами отмечается качественное своеобразие Я-концепции больных шизофренией, в частности, заниженная и неадекватная самооценка, слабая структурированность образа Я, искаженное отраженное Я, нарушение границы собственного Я, низкий уровень активности, слабая мотивация к социальным контактам. Эти изменения идентичности личности являются универсальным признаком, лежащим в основе разнообразных нарушений психосоциальной адаптации больных, их способности к адекватному функционированию, снижения качества жизни. При кризисе идентичности разрушается способность к самореализации, как необходимого условия активного участия пациента в реабилитационном процессе.

Различают несколько уровней кризиса: когнитивный, эмоциональный, ценностно-смысловой и социальный. Когнитивный уровень связан с невозможностью целостного восприятия Я, активизацией неадаптивных установок в отношении собственных возможностей, дисбалансом между личностной и социальной идентичностью. Эмоциональный уровень связан с такими эмоциональными состояниями как чувство неполноценности, трудности в адекватной оценке реальности, хроническим чувством покинутости, пустоты и скуки. Ценностно-смысловой уровень проявляется в распаде целостности ценностно-смысловых структур личности, на которые личность обычно опирается

при выборе личностно значимых целей и стратегий их достижения. Социальный уровень проявляется в нарушении межличностного взаимодействия, отсутствии доверия к значимым другим, чувстве одиночества, стереотипизации, отсутствии эмоциональной глубины социальных контактов, применении неадаптивных стратегий поведения.

Больному, переживающему кризис идентичности сложно понять, что он хочет, определить, что в сложившейся ситуации для него ценно, какой профессиональной, личностной или мировоззренческой линии следовать. Поэтому он старается избегать принятия решений.

Нарушаются ценностные переживания: больной перестает ощущать многообразие и разносторонность жизни, ее осмысленность. Переживание красоты порождает негативные эмоции, страх поделиться со значимым другим из-за боязни быть непонятым. Больной перестает доверять своим чувствам о мире, о нем самом, о том, что он воспринимает, проживает и делает. Собственное состояние воспринимается как усталость, отсутствие сил и энергии.

Кризис личностной идентичности характеризуется разрывом связи, нарушением непрерывности переживания «прошлое-настоящее-будущее», которое является одним из его обязательных индикаторов. Это происходит из-за распада целостности ценностно-смысловой структуры личности, искажения чувства времени. Базисным расстройством переживания времени при кризисе личностной идентичности у больных шизофренией является блокировка будущего. Такое восприятие времени сопровождается чувством отстраненности, пустоты, ощущением, что события проходят мимо. В сознании больного реальная ситуация предстает как отсутствие будущего, его ненужность и неопределенность, что выражается в словах «впереди ничего нет», «будущего не видно», «впереди нет смысла, нет почвы под ногами». Переживанию утраты будущего сопутствуют ощущения внутренней пустоты и бессмысленности.

Таким образом, трансформация идентичности личности или кризисное изменение идентичности у больных шизофренией характеризуется потерей чувства самого себя, невозможностью приспособиться к собственной роли в сложившейся в результате болезни ситуации, ощущением потери контроля над собственной жизнью, дезинтеграцией самости. Возможность преодоления кризиса идентичности зависит от социальных обстоятельств и саморегуляционных навыков личности. При наиболее пессимистическом варианте его развития происходит полное разрушение существующего представления о себе и утрата способности действовать.

С учетом вышесказанного, нами разработан оригинальный опросник для определения уровня интеграции и профиля идентичности (Абрамов В.А. и др., 2011), который позволил выделить три уровня интеграции идентичности: 1) целостный уровень; 2) диффузно-фрагментарный уровень; 3) уровень спутанности или кризис идентичности личности. С помощью этого опросника были обследованы 80 больных параноидной шизофренией с различной давностью заболевания: 1-я группа (25 человек) – перенесли первый эпизода психоза, 2-я группа (20 человек) – с длительностью заболевания до 2-х лет, 3-я группа (35 человек) – с длительностью заболевания от 3-х до 10 лет.

У 80,0% больных шизофренией после первого психотического эпизода сохраняется целостно-дифференцированный уровень интеграции идентичности и только у 20,0% он снизился до уровня диссоциированного или диффузно-фрагментарного. Кризиса идентичности мы не наблюдали ни у одного из больных этой группы.

При рецидивной динамике болезни с относительно непродолжительной ее длительностью, но с достаточно интенсивными формами традиционного психиатрического вмешательства значительно сокращается число больных с целостно-дифференцированным уровнем интеграции идентичности и значительно нарастает количество пациентов с дезинтегрированными формами идентичности. У больных с более длительной продолжительностью болезни (до 10 лет) и выраженной зависимостью от психиатрических служб в 100% случаев наблюдался распад Я – концепции с утратой ценностно-дифференцированных свойств идентичности.

В этой группе у 57,1% больных установлен диффузно-фрагментарный (диссоциированный) уровень интеграции идентичности, а у 42,9% - спутанный уровень или кризис идентичности.

Приведенные данные об уровнях интеграции идентичности у больных шизофренией с различной длительностью заболевания имеют корреляционную зависимость с уровнем выраженности показателя самостигматизации у обследованных больных, что свидетельствует о патогенетической сопряженности стигматизационных процессов с деструктивными изменениями идентичности личности.

Возможность преодоления деструктивной трансформации идентичности, а, следовательно, «смягчения» стигмы, на наш взгляд, непосредственно связана с особенностями личностных ресурсов (личностного потенциала). Оценка различных его составляющих в контексте преодоления дезинтеграции идентичности является необходимым элементом функционального диагноза больных с различными психическими расстройствами, важным аспектом поиска новых социально-психологических и психотерапевтических подходов и реабилитационных стратегий при заболеваниях психотического регистра, а также служит основой личностно-ориентированных подходов к оказанию психиатрической помощи.

Психиатрия как социально-гуманитарная сфера познания человеческих проблем

Абрамов В.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, ДНР

Психиатрию принято считать естественно-научной, медицинской дисциплиной. Вся ее методология и лечебно-диагностические аспекты непосредственно связаны с представлениями о биологической природе человека и с принципами соматической медицины. Значительно меньше внимания уделяется индивидуальным личностным характеристикам больных.

В историческом аспекте это противоречие представлено дискуссией между соматиками и психиками, а сегодня – дискуссией между сторонниками естественно-научных взглядов и психиатрами, которые придерживаются гуманитарного личностно-ориентированного мировоззрения. Исходным методологическим основанием для выбора приоритетного направления в этой дискуссии является отношение к объекту познания в психиатрии. Как известно, этот объект в медицине и психиатрии общий – человек. Однако человек состоит из двух реальностей: биологической – организма, естественной физической природы человека, биологической организации материи, и социальной – личности как социально организованной материи, собственно человеческой социальной сущности.

Предмет соматической медицины – естественная природа человека, физическое здоровье, болезни объективно существующего организма. Это отражает естественно-научные представления о человеке как биологическом объекте и предполагает органоспецифическую методологию исследования и лечения.

Предмет психиатрии – психическое здоровье, нарушения внутреннего мира человека, субъективного психологического пространства личности, субъективной психической реальности, имеющих социальную обусловленность. Поэтому предмет психиатрии выходит за рамки медицинских знаний и представляет собой в значительной степени гуманитарную, социально-психологическую сферу. Соответственно, лечебно-диагностические подходы к больному должны иметь преимущественно психосоциальную, а не биологическую направленность.

Основанием для личностно-ориентированного подхода в диагностике психических расстройств (ПР) являются два обстоятельства. По данным ВОЗ, базисным критерием психического расстройства является не критерий отклонения от нормы, а критерий нарушения психического здоровья. Этот критерий идентифицирует психическое расстройство с широким комплексом дисфункциональных личностных состояний, нарушений целостности личности, внутреннего мира человека, его психического опыта и находит выражение в таких

гипотетических конструктах как нарушение осознания собственной идентичности, критичности к себе и своей деятельности, включенности в социум, способности планировать собственную жизнедеятельность, способности самоуправления поведением. С другой стороны, МКБ-10 рассматривает ПР как совокупность аномальных переживаний (страданий) и личностных дисфункций, т.е. как субъективные проявления болезни. Из этого следует, что объектом познания в психиатрии является не столько человек как биологический организм, на основе которого возникает расстройство, сколько человек как уникальная, неповторимая, саморегулируемая личность, как социально обусловленная социальная структура, социальная сущность человека. Дисфункция личности не является непосредственным результатом нарушений функций организма, хотя и возникает на его основе.

Однако, несмотря на различия предмета познания, соматическая медицина и психиатрия по факту используют одну и ту же естественно-научную методологию соматической медицины, ориентированную на нарушение функций организма. Сложилась парадоксальная ситуация, когда используемая методология лечебно-диагностической помощи не соответствует представлениям о сущности объекта, которому эта помощь оказывается. И это положение воспринимается как абсолютная данность, которая реализуется и в МКБ-10, и в стандартах психиатрической помощи.

В качестве теоретической основы психиатрии в этом случае используются естественно-научные (нейрофизиологические) данные о механизмах психической деятельности и ее нарушениях. Однако реальный естественно-научный уровень современной психиатрии характеризуется: неопределенностью мировоззренческого статуса, самоидентичности; отсутствием научно обоснованной классификации ПР; отсутствием валидных биологических тестов и нейровизуализационных диагностических маркеров для большинства ПР; отсутствием эмпирических подтверждений генетической обусловленности ПР; отсутствием доказательной базы эффективности психотропных средств.

Согласно законам познания, объективно можно изучать только внешне наблюдаемое (чувственно-воспринимаемое). Субъективные переживания непосредственно наблюдать нельзя. Поэтому в сознании врача-психиатра в процессе клинко-психопатологического исследования в принципе не могут сформироваться адекватные представления о содержании подлинных переживаний пациента, его актуальном психическом статусе. То, что обозначается формальным психопатологическим симптомом, не имеет ни чувственной, ни логически-смысловой связи с субъективными болезненными переживаниями и не отражает их содержания.

В рамках естественно-научных представлений единой теоретической базы психиатрии не существует; в настоящее время она соответствует гипотетическому уровню. Более того, в контексте исключительно медицинской методологии изучение современных биопсихосоциальных моделей психических расстройств в принципе невозможно. Такая возможность появляется только при одном условии: при рассмотрении пациента с позиции системного подхода, многоуровневой целостности личности, включая биологическую, психолого-гуманитарную,

социально-культурную сферы и их философско-онтологическое осмысление. Вне системного подхода не может быть ни науки, ни понимания сущности психической жизни человека, ни качественной клинической практики.

Как уже отмечалось, объект познания в психиатрии, личность пациента имеет биологическую основу (организм), но по своей сущности является социальным объектом. А если личность имеет социальную природу, если личность – это социально обусловленная структура человека, то и дисфункциональные личностные проявления по своей сущности также имеют социальную обусловленность, а их удельный вес является показателем общественного здоровья.

Таким образом, психиатрия непосредственно связана как с медициной, так и с социальными процессами, со многими, в т.ч. негативными, социальными факторами (в частности, трансформированными болезнью системой отношений, образом жизни, ролевыми функциями), влияющими на жизнедеятельность человека и его психическое здоровье. Это предполагает соответствующую методологию исследования нарушений социально обусловленных функциональных возможностей личности или личностного потенциала пациентов. В этом же контексте, психиатрическая помощь – это, прежде всего, социально-медицинская помощь, которая должна быть направлена не только на купирование симптомов, но и на субъективно-личностное восстановление больных, предупреждение их стигматизации и социальную интеграцию.

Учитывая предмет психиатрии (нарушение внутреннего мира человека), познание в психиатрии не может быть исключительно медицинским, естественно-научным. Медицинская методология не способна охватить сложный спектр психических состояний, состояний психической реальности пациента. Медицинские подходы, методология доказательной медицины, оперирующие медико-биологическими категориями, относящимися к патологии организма, не позволяют осмыслить сферу собственно человеческих проблем жизнедеятельности, особенности психосоциального функционирования человека.

Понимание и интеграция представлений о биологической природе и социальной сущности личности и ее дисфункциональных состояний как нарушения целостности ее внутреннего мира – это исключительная сфера философского, экзистенциально-онтологического осмысления этих представлений. Поэтому методологию психиатрии следует рассматривать в контексте единства естественно-научных представлений и философско-онтологического осмысления проблем пациента с психическим расстройством как проблем человека.

Сексуальность в пожилом возрасте

Алексеев Б.Е.

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

Секс считается привилегией молодости, и это мнение можно истолковать как вежливый намек на то, что с возрастом люди теряют сексуальность. Однако, согласно результатам исследований, пожилые люди не только продолжают испытывать сексуальные желания, но и наслаждаются сексуальными отношениями.

Было показано, что готовность пожилых людей к проявлению сексуальности зависит от представлений, бытующих в обществе. Данные представления формируют так называемый сценарий сексуального поведения в пожилом возрасте. Так, обследование населения 106 стран обнаружило, что в 70% этих стран пожилые люди сохраняют сексуальную активность.

Согласно опросу пожилых людей в возрасте 65-97 лет, 52% мужчин и 30 % женщин сохраняют сексуальную активность. На вопрос об удовольствии, полученном от сексуальных контактов, 80% мужчин и 50% женщин ответили, что испытывают оргазм (Mark Clements Research, 1996).

Женщины (в возрасте 61-82 лет) удовлетворены своей сексуальной жизнью не меньше или даже больше, чем в прежние годы (Croze & Drake, 1993). Невзирая на партнерский статус или сексуальную активность, 61% сообщили, что они удовлетворены - на среднем уровне (26,6%) или - очень удовлетворены (34,2%) своей сексуальной жизнью в целом.

Кроме того, эмоциональная близость во время секса ассоциировалась с более частым возбуждением, смазкой и оргазмом, в то же время не было выявлено связи этих реакций с заместительной терапией эстрагеном. Наиболее удивительным, было не только то, что старшие женщины в высокой степени удовлетворены в целом, но те из них, кто сохраняет сексуальную активность, испытывают удовлетворенность оргазмом с такой же частотой как и более молодые.

В США 37% женатых людей в возрасте старше 60 лет занимаются сексом 1 раз в неделю, а 16% - занимаются сексом чаще. 9 из 10 человек, занимающихся сексом, по меньшей мере, 1 раз в неделю, находят своего супруга «весьма привлекательным», а 55% полагают, что их супруг «искусный любовник». 2/3 супружеских пар сообщают, что они продолжают экспериментировать с сексом (Greely, 1992; Sbrocco, Weissberg, & Barlow, 1995).

Эрнст Борнеман (1994) полагает, что источником сексуального и чувственного удовольствия для младенцев является вся поверхность тела, и лишь затем, в процессе развития, сексуальные ощущения локализируются в области половых органов. Он утверждает, что с возрастом этот процесс начинает

развиваться в обратном направлении и, благодаря ослаблению генитальной ориентации, пожилые люди получают возможность заново открыть для себя чувственность своего тела.

Пожилые люди получают сексуальное удовлетворение от поцелуев, объятий, прикосновений, от физической и эмоциональной близости. Поэтому они свободны от многих проблем, которые связаны с сексуальной близостью в более молодые годы. Для пожилых людей близость – это нечто большее, чем половой акт.

Детерминанты сексуальной активности у пожилых людей множественны и вариативны, меняются во времени.

Например, среди мужчин и женщин, которым 70 лет исполнилось в 2001 году, сексуальная активность (количество половых актов) возросла, по сравнению с 70-летними мужчинами и женщинами 1971 года, с 47% до 66% у мужчин, и с 12% до 34% у женщин.

Их сексуальная активность коррелировала с позитивным отношением к сексуальности, с сексуальным дебютом до 20 лет, наличием очень счастливых взаимоотношений, наличием физически и психически здорового партнера, хорошей самооценкой собственного общего здоровья, хорошим психическим здоровьем (по результатам интервью), браком или уходом, удовлетворенностью сном, употреблением алкоголя чаще, чем 3 раза в неделю.

Наличие более старшего партнера и депрессия демонстрируют сильную негативную связь с сексуальной активностью в когорте 1970 года. Балл по шкале физического здоровья имеет более сильную негативную корреляцию в когорте 2001 года.

Различия по полу выражаются в том, что сексуальная активность у мужчин в большей степени связана с позитивным отношением к сексуальности, сильным сексуальным влечением в 20-30-летнем возрасте и с более молодой партнершей, а у женщин - с брачным статусом или уходом, с разводом в прошлом.

Сексуальная активность, в зависимости от брачного статуса, определяется в когортах такими детерминантами как самооценкой хорошего общего здоровья, сексуальным дебютом до 20-летнего возраста, добрачной сексуальностью, разводом в прошлом, удовлетворенностью сном.

При позитивной корреляции, они имеют более сильную связь у не состоящих в браке. Хроническая обструктивная болезнь легких и курение более сильно негативно коррелируют с сексуальной активностью у состоящих в браке.

Хорошо известно, что брачный статус является важной детерминантой сексуальной активности пожилых людей, особенно это касается женщин. Для состоящих в браке все партнерские факторы важны, хотя возраст партнера оказался важным для более ранней когорты – 1970 г.

Пагубное влияние на сексуальные функции пожилых людей оказывают определенные заболевания.

Выявлена строгая линейная зависимость общего количества хронических заболеваний и низкого интереса или низкой удовлетворенности сексуальной активностью.

Депрессия в особенности связана с низким сексуальным желанием, проблемами с сексуальным возбуждением у мужчин и женщин. Депрессия и недержание мочи четко связаны с ухудшением сексуального функционирования женщин независимо от наличия других хронических заболеваний.

Надо отметить, что женщины с комбинацией диабета, болезни сердца, гипертонии и гиперлипидемии чаще испытывали трудности с оргазмом, чем женщины только с одной из этих болезней или без них. Это указывает на синергический эффект множественных типов кардиометаболических состояний на оргазмическую функцию женщин.

Общая способность получать наслаждение от сексуальной активности находится под бо́льшим контролем общего состояния здоровья, чем возраста!

Медикаментозное лечение нередко оказывает негативное воздействие на половые функции. 43% пожилых людей жалуются на то, что прописанные им медикаменты оказывают побочное воздействие на сексуальные функции (Mark Clements Research, 1996). Поскольку считается, что сексуальность не имеет никакого значения для пожилых людей, им часто прописывают препараты для лечения артрита, гипертонии, депрессии, не принимая во внимание то обстоятельство, что эти медикаменты могут угнетать сексуальные функции.

Принимая во внимание критическое значение депрессий для сексуальности пожилых людей, следует обратить внимание на выбор антидепрессантов. В этом смысле препаратом выбора является тразадон. Тразадон обладает целым рядом преимуществ: обеспечивает выраженный анксиолитический эффект, улучшает качество и продолжительность сна, не влияет на когнитивные функции, не увеличивает массу тела, восстанавливает эректильную функцию и в целом обладает просексуальным эффектом, восстанавливая также половое влечение. Препарат выбора у больных, страдающих глаукомой или доброкачественной гиперплазией предстательной железы

На половую потенцию в старости влияют также следующие факторы:

1. Сексуальные ценности и установки. Современные пожилые люди выросли во времена негативного отношения к сексуальности, и многие из них сохранили приобретенные тогда представления до пожилого возраста, в котором эти представления могут стать самоисполняющимися пророчествами.

2. Осведомленность в вопросах секса. Невежество в сексуальных вопросах встречается повсеместно, как среди молодых, так и среди пожилых людей. Неинформированность часто приводит к сексуальным расстройствам. Вместе с тем пожилые люди хотят расширить свои познания в этой области.

3. Сохранение чувства собственного достоинства и идентичности. Пожилым людям приходится мириться с тем, что в их жизни происходит множество неприятных физиологических, эмоциональных и материальных изменений. Способность адаптироваться к новым условиям жизни зависит от того, как индивид воспринимает свою собственную сексуальность. Неудовлетворенность сексуальной жизнью влечет за собой депрессию и чувство неполноценности.

Мифы и предрассудки, связанные с сексуальностью в пожилом возрасте, находят свое наиболее полное выражение в том, что пожилым людям рекомендуют

отказаться от сексуальной активности или просто запрещают заниматься сексом. Чаще всего это происходит в больницах, домах престарелых.

Отношение персонала к фактам проявления сексуальности среди пожилых людей часто бывает негативным, а изменения в этом направлении происходят крайне медленно из-за недостаточной поддержки со стороны администрации, врачей и родственников.

Изменение правил в таких учреждениях может иметь положительные последствия. Увеличение возможностей для физического и эмоционального контакта создает более здоровую и жизнерадостную атмосферу и вызывает существенные улучшения в социальном поведении пожилых людей. Персонал часто забывает, что их клиенты – взрослые люди, имеющие полное право на уединение и общение (Goldstein-Lohman & Aitken, 1995).

За рубежом в некоторых домах престарелых и в больницах появились курсы полового просвещения для пожилых людей и программы, призванные помочь пожилым людям получить полное представление о своей сексуальности. Количество пожилых людей постоянно увеличивается, поэтому значение таких образовательных центров и программ возрастает.

Разработка инструментария для оценки качества лечения и качества жизни пациентов психиатрического стационара

Ахмадова Г.

NOVA Medical School
Баку, Республика Азербайджан

Введение. Качество оказания медицинской помощи в психиатрических лечебных учреждениях является серьезной проблемой в современной психиатрии. Люди с психическими расстройствами часто сталкиваются с нарушением своих прав, нередко они подвергаются физическому и сексуальному насилию, пренебрежительному отношению, стигматизации, дискриминации.

Несмотря на внедрение принятой в Азербайджане в 2011 году Национальной стратегии в области охраны психического здоровья, ощущается нехватка инструментов мониторинга и оценки предоставляемых услуг в этой сфере.

Цель исследования – разработка инструментов мониторинга и оценки качества услуг в области психического здоровья в Азербайджане, в контексте обеспечения прав человека, и определение образцовых показателей, связанных с высоким качеством оказания услуг.

Методы исследования. В исследовании для оценки соблюдения прав человека, качества жизни пациентов и их удовлетворенности медицинскими услугами в Психиатрической больнице №1 использовался опросный метод. Всего участниками исследования стали 160 человек (100 пациентов психиатрического стационара, 30 родственников, 30 сотрудников). В качестве основных инструментов были использованы: Руководство по правам человека ВОЗ (The WHO Quality Rights Toolkit), Шкала качества жизни при Шизофрении 4-го пересмотра (The Schizophrenia Quality of Life Scale-Revision 4) и Анкета удовлетворенности клиента услугами (Client Satisfaction Questionnaire).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что права человека (права пациентов) в психиатрической больнице не соблюдаются в полной мере, что, в свою очередь, препятствует предоставлению комплексных и высококачественных услуг лицам с тяжелыми психическими расстройствами. Неудовлетворенные потребности были наиболее отчетливы в таких областях дееспособность, право на личную свободу и безопасность, право на независимое проживание и интеграцию в сообщество. Также определена необходимость в разработке мер для удовлетворения потребностей пользователей помощи в отношении права на достаточный жизненный (экономический) уровень, обеспечение наивысшего достижимого уровня здоровья, свободы от пыток или жестокого, бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания. Удовлетворение этих потребностей тесно увязано с оценкой качества психиатрической помощи в целом.

Выводы: Несмотря на то, что полученные данные исследования говорят о невысоком уровне качества жизни пациентов и их удовлетворенности оказываемыми услугами, отмечается позитивная динамика этих индикаторов, в сравнении с проводившимися ранее аналогичными исследованиями. Результаты работы могут быть использованы для дальнейшего улучшения качества психиатрических услуг в Азербайджане.

Полиморфизм гена серотонинового рецептора 5-HT_{2A} (rs6313) ассоциирован с набором веса при приеме антипсихотиков

Ахметова Л.Ш.¹, Толмачев М.Ю.², Ершов Е.Е.³,
Кравцов В.В.⁴, Насырова Р.Ф.^{2,3}

¹ Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева
(Казань)

² НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ

³ Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет
(Санкт-Петербург)

Введение. Основными препаратами для терапии психических расстройств шизофренического спектра являются антипсихотики. В основе эффекта антипсихотиков первой генерации лежит блокирующее влияние на центральные дофаминергические и адренергические рецепторы. Тем не менее, помимо серьезных побочных эффектов (в т.ч. экстрапирамидных расстройств) лечение сопровождается усугублением негативной симптоматики.

Антипсихотики нового поколения воздействуют также и на сертонинергическую систему. Благодаря широкому спектру эффективности и низкому риску развития экстрапирамидных расстройств, антипсихотики второй и третьей генерации во многих странах были рекомендованы для лечения ряда не связанных с шизофренией психоневрологических расстройств у взрослых, детей и подростков, что в еще большей степени характеризует широту и значимость их применения (Ananth et al., 2004; Hasan et al., 2013). Появляется все большее число работ, указывающих на значительный спектр антипсихотик-индуцированных метаболических расстройств, затрагивающих серотонинергическую систему гомеостаза (Manu et al., 2015). Среди возникших осложнений можно выделить: набор веса, дислипидемии, диабет 2-го типа, риск развития смертельно опасных сердечно сосудистых осложнений (Ananth et al., 2004). Чрезмерный вес и ожирение являются основной причиной нарушения режима терапии или полного отказа от нее. Риск антипсихотик-индуцированного набора веса (АИНВ) во многом определен генетическими особенностями индивида, что следует учитывать для оптимизации подбора антипсихотика.

Целью данного проспективного фармакогенетического исследования является выявление ассоциации полиморфизма гена серотонинового рецептора 5-HT_{2A} (rs6313) с антипсихотик-индуцированным набором веса.

Материалы и методы. В исследование было включено 117 человек – 95 мужчин (81,2%) и 22 женщины (18,8%), постоянно проживающих на территории Северо-Западного региона Российской Федерации и Республики Татарстан. Все пациенты имели расстройство категории F20 по международной классификации болезней. Период наблюдения за пациентами в среднем составил 8,36±1,13 недель. В ходе исследования 40 (34%) и 77 (66%) человек принимали в режиме

монотерапии антипсихотики первой и второй генерации соответственно. При этом, Галоперидол принимали 28 (23,93%) пациентов, Оланзапин – 15 (12,82%), Рисперидон – 16 (13,67%), Кветиапин – 12 (10,25%), Азенапин – 5 (4,27%), Клозапин – 11 (9,4%), Рисполепт Конста – 1 (0,85%), Зуклопентиксол (Клопиксол-Депо) – 5 (4,27%), Палиперидон – 4 (3,42%), Арипипразол – 3 (2,56%), Сертиндол – 5 (4,27%), Ксеплион – 2 (1,7%), Сульпирид – 1 (0,85%), Трифтазин – 6 (5,12%), Амисульпирид – 1 (0,85%), Зуклопентиксол – 1 (0,85%), Аминазин – 1 (0,85%). Из общей выборки пациентов, были выделены группы больных, принимающие атипичные и типичные антипсихотики. Затем были выделены группы, согласно критерию изменения массы тела – больше 6% на момент окончания проспективного наблюдения по сравнению с исходным показателем.

Выделение ДНК из венозной крови осуществлялось набором реагентов для выделения РНК/ДНК «РИБО-преп» (ИнтерЛабСервис). Генотипирование проводилось на приборе Rotor Gene 6000 (Quagen), набором реагентов для определения полиморфизма T102C гена *HTR2A*rs6313 (Синтол).

Статистический анализ проводился с использованием пакета статистических программ SPSS 19.0. Уровень значимости во всех тестах принимался на уровне 0.05.

Результаты и их обсуждение. Для проверки гипотезы на соответствие выборки закону Хадри-Вайнберга ее объем был дополнительно увеличен (до 221 пациента) за счет пациентов, подходящих по критериям включения в исследование, но не принимающих препараты в режиме монотерапии. Результаты теста χ^2 Пирсона: $\chi^2=1.109$; $df=1$; $p.value=0.292$. При принятом уровне значимости, результаты не позволяют отвергнуть гипотезу о соответствии распределения закону Харди-Вайнберга. Распределение генотипов среди пациентов проспективного исследования не имело статистически значимых различий в группах, принимающих типичные и атипичные антипсихотики. В проспективном исследовании выявлены частоты генотипов для полиморфного варианта гена серотонинового рецептора *5-HT_{2A}* (rs6313) при лечении типичными антипсихотиками: C/C – 5,12% (6); C/T – 23,93% (28); ТТ – 5,12% (6); атипичными: C/C – 9,4% (11), C/T – 41,9% (49), ТТ – 14,52% (17), $\chi^2=0.84$; $df=2$; $p.value=0,65$.

Анализ величины эффекта носительства определенных аллелей на изменение массы тела производился вычислением OR, RR. Для аллеля С гена *HTR2A* (rs6313) получены следующие значения: OR=0.49, CI=[0,25; 0,95]; RR=0,58, CI=[0,35; 0,97]. Для аллеля Т гена *HTR2A* (rs6313) установлены значения: OR=2,03, CI=[1,05; 3,94]; RR=1,7, CI = [1,02; 2,81].

Заключение. Предварительные результаты проспективного фармакогенетического исследования при изучении ассоциаций полиморфных вариантов генов рецептора серотонина *HTR2a* полиморфизма rs6313 с риском развития антипсихотик-индуцированного набора веса позволили установить predisponирующий в отношении антипсихотик-индуцированного набора веса аллель Т. Продолжение данного исследования и увеличение выборки позволит установить валидные фармакогенетические маркеры риска развития антипсихотик-индуцированного набора веса.

Исследование поддержано Грантом Президента Российской Федерации для поддержки молодых российских ученых – докторов наук (МД-7471.2016.7)

Оценка уровня комплайенса у пациентов с БАР I и II типа

Ашенбреннер Ю.В.^{1,2}, Петрова Н.Н.²

¹ Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко

² Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Введение. Социальное функционирование является важнейшим аспектом в реабилитации психических больных, для восстановления которого необходима не только фармакотерапия, но также психообразовательные мероприятия и психотерапевтическая работа, что также улучшает комплайентность. Понятие комплайенса у пациентов с биполярным расстройством (БАР) в последние годы приобрело особую актуальность в связи с акцентом на предупреждении рецидивов.

Цель исследования: оценить уровень комплайенса у пациентов с БАР I и II типа.

Материалы и методы. Исследование включало изучение двух групп пациентов.

Пациенты первой группы были изучены в 2016 г. архивным методом - путем просмотра 1900 амбулаторных карт: 34 пациента были с БАР I типа, в соответствии с критериями DSM-V; БАР II типа выявлено не было. Возраст начала заболевания $22,59 \pm 3,21$ года, продолжительность болезни, в среднем, $13,29 \pm 7,13$ лет.

Набор второй группы осуществлялся подбором пациентов на базе дневного и круглосуточного стационаров СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» в 2018 г. На данный момент в этой группе 23 пациента: с БАР I – 17 пациентов, с БАР II типа – 6 пациентов. Возраст начала заболевания $25,44 \pm 4,93$ лет, продолжительность болезни, в среднем – $11,65 \pm 5,03$ лет.

Результаты. Выявлено, что несоблюдение дозировок или нерегулярный прием терапии в анамнезе встречались у 31 пациента (91,2%) из первой группы и у 14 пациентов (60,9%) из второй группы. Пациенты связывали данный факт с субъективными ощущениями - «уже стал здоровым» (70,6% / 39,1%), с ухудшением состояния (32,6% / 43,5%), отсутствием хорошего контакта с врачом (26,5% / 17,4%), наличием побочных эффектов терапии (17,7% / 17,4%), отсутствием препарата (8,8% / 26,08%), финансовыми проблемами (8,8% / 30,43%), алкоголизацией (8,8% / 17,4%).

В первой группе у 29,5% пациентов регулярность обращения к участковому врачу нарушалась в первый же месяц. Нарушения режима после последней госпитализации отмечались у 67,7%: нарушение режима посещения (29,4%), нарушение приема терапии (11,8%), комплексное нарушение режима (26,5%). Нарушения приема терапии проявлялись нерегулярностью приема (40%), полным отказом (10%), несоблюдением дозировок (50%). Во второй группе после выписки только один пациент высказывал намерение прекратить прием терапии, однако, в

связи с большим числом нарушений, в первой группе можно предполагать большее число «нарушителей».

У 55,9% пациентов с БАР в первой выборке в ремиссии наблюдались резидуальные симптомы, во второй группе – у 65,2%. Установлена связь между нарушением приема терапии и такими резидуальными симптомами как нарушения сна (первая группа - $R=0.57$; $p<0.001$; вторая группа - $R=0.54$; $p<0.05$), нарушения аппетита ($R=0.43$; $p=0.01$ / $R=0.5$; $p<0.05$), транзиторные аффективные колебания – только в первой группе (отдельные депрессивные симптомы, субсиндромальная депрессия и т.д.) ($R=0.66$; $p<0.008$). В батарее тестов, проведенных группе пациентов из второй выборки, использовалась шкала побочных эффектов лекарственных средств (УКУ): пациенты отмечали снижение либидо (56,5%), астению (47,8%), нарушение концентрации (30,5%), сонливость (21,7%), нарушение аккомодации (17,4%), напряжение (17,4%), увеличение количества сновидений, головные боли, усиленное потоотделение (по 13%), прибавку в весе, нарушения памяти (по 8,7%), вагинальную сухость, эректильную дисфункцию, усиленное слюноотделение, мышечную ригидность, уменьшение продолжительности сна или, наоборот, ее увеличение, запоры (по 4,3%). Только 1 пациент был полностью доволен своим состоянием.

Заключение. Выявлена высокая частота резидуальных симптомов у пациентов вне острого состояния (что не соответствует общеизвестным данным), а это, в свою очередь, обуславливает нарушение социальной адаптации. Большое число нарушений режима (посещения участкового психиатра, прием терапии) может свидетельствовать о низком качестве комплайенса. Необходимо продолжение данного исследования с целью разработки новых подходов к ведению пациентов с БАР, с проведением психообразовательных мероприятий, направленных на формирование критического отношения к болезни и продуктивное взаимодействие с врачом, что, в свою очередь, приведет к улучшению качества жизни и восстановлению адекватного уровня функционирования пациентов.

Синдром тревоги и депрессии во взаимосвязи со статусом курения и употреблением алкоголя в популяции студентов-медиков

Ашуров З.Ш., Шадманова Л.Ш., Бабаев Ж.С., Убайдуллаева Г.А.

Ташкентская Медицинская Академия
Ташкент, Узбекистан

Цель: выявить распространенность синдрома тревоги и депрессии и изучить взаимосвязь с курением и употреблением алкоголя среди студентов Ташкентской медицинской Академии.

Материалы и методы: проведено одномоментное сплошное эпидемиологическое обследование студентов 2-го курса ТМА в январь-феврале 2018г. Обследовано 120 первокурсников (мужчин 100%), что составило 85,6% от списочного состава. Средний возраст студентов 20,4 лет ($\sigma = \pm 2,3$). Анкетирование проведено с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (A.S. Zigmond, 1983), выявление статуса курения и употребления алкоголя – по опроснику CINDI (Копенгаген, 1996). Статистический анализ материала проводился с помощью программы SPSS 17.0. Для оценки достоверности различий использовался критерий Стьюдента, для выявления корреляции – коэффициент Спирмана. Полученные результаты представлены в виде $M \pm m$. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты: среди опрошенных студентов 2-го курса синдром тревоги выявлен у 44,6 \pm 3,1% респондентов: субклинический уровень у 19,4 \pm 2,3%; клинический - у 16,7 \pm 2,2%. Синдром депрессии выявлен у 17,8 \pm 1,4% студентов: субклинический уровень - у 9,6 \pm 1,7% первокурсников, клинический - у 4,1 \pm 0,6%. Среди второкурсников курят 19,6 \pm 1,6%, алкогольные напитки употребляют 54,8 \pm 2,3% студентов. Выявлена прямая умеренная корреляционная связь между синдромом тревоги и статусом курения ($r=0,4$, $p=0,0001$), употреблением алкогольных напитков ($r=0,3$, $p=0,001$). Выявлена прямая сильная корреляционная связь между синдромом депрессии и статусом курения ($r=0,8$, $p=0,0001$), прямая умеренная корреляционная связь между синдромом депрессии и употреблением алкогольных напитков ($r=0,6$, $p=0,0001$).

Выводы: среди студентов 2-го курса выявлена высокая распространенность синдрома тревоги (44,6%) и депрессии (17,8%). Установлены сильные и умеренные корреляционные связи между наличием синдромов тревоги и депрессии и курением и употреблением алкоголя.

Комплексная оценка когнитивных нарушений у детей и подростков с легкой степенью олигофрении

Бабаев Ж.С., Ашуров З.Ш., Убайдуллаева Г.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: комплексная оценка когнитивного дефекта психологическими методами у детей и подростков при олигофрении легкой степени.

Методы исследования: психометрическая диагностика – тест Векслера, нейропсихологическая диагностика – комплекс нейропсихологических проб Лурия А.Р.–Цветковой Л.С. (оценка дисфункции подкорковых структур, нарушения межполушарного взаимодействия, функциональной несформированности или дисфункция корковых отделов). Всего тестом Векслера было обследовано 45 больных в возрасте от 6 до 15 лет, дополнительно 15 из них прошли нейропсихологическую диагностику.

Основные результаты. Нейропсихологическая оценка больных по выделенным параметрам показала, что на первое место по степени выраженности симптомов несформированности или дисфункции выходит недостаточность межполушарного взаимодействия, далее – дисфункция подкорковых структур; функциональная несформированность или дисфункция корковых отделов – на последнем месте. В нейрокогнитивном дефиците имеется дисфункция подкорковых структур для всех типов интеллекта. Более чем у 50% детей выявлена диссоциация вербального и невербального интеллекта.

Вывод. Комплексная нейропсихологическая и психометрическая диагностика когнитивного дефекта при легкой степени олигофрении у детей и подростков позволяет более тонко определить структуру и особенности когнитивного дефекта.

Височное расстройство личности или расстройство интеграции идентичности (к вопросу о развитии концепции психофизиологического изоморфизма)

Бадалов А.А.¹, Бровкина С.Н.², Суманов Е.В.³

¹ Кыргызско-Российский Славянский университет

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

³ Медицинский центр нейрофизиологических и сосудистых исследований
Бишкек, Кыргызия

Введение. Приоритет использования понятия «изоморфизм» в исследовании личности принадлежит школе гештальтпсихологии, и обозначает соответствие объективной структуры мозговых процессов субъективной структуре ментального опыта как имеющих аналогичные признаки и свойства, выраженные в биекционно-коррелирующих связях. В данной работе мы собираемся проиллюстрировать возможности междисциплинарного подхода в исследовании свойств такого психического образования как «синдром Икара» с позиции психофизиологического изоморфизма.

В названии работы сам термин «синдром Икара» (СИ) отсутствует, так как различные авторы давали самые разные перечни его свойств. Первоначально в «комплекс Икара», введенный Г.А. Мюррем в 1936 г., входили: катексис пламени, история недержания мочи, нарциссизм, высокие амбиции с низкой толерантностью к фрустрации. «Синдром Икара» - концепт Н. Вилкунда (1978 г.), выделенный на основании описания лиц, обладающих высокой амбициозностью, стремлением к достижениям и творческой активностью в случае наличия у них снов с полетами, «зачарованности огнем» и энуреза. В последующем СИ описывался Ц.П. Короленко в составе различных психических расстройств, и, что особенно важно, в составе выделенного им совместно с В.Ю. Завьяловым (1975 г.) «височного расстройства личности», феноменологически связанного с проявлениями височной эпилепсии. К его признакам относились: развитость пассивного воображения, яркие сновидения с полетами, эмоциональное возбуждение при созерцании огня, гиперсенситивность к запахам. Мы предпочитаем использование более широкого понятия «расстройство интеграции идентичности», обоснованность которого и продемонстрируем.

Цель исследования. Охарактеризовать особенности психофизиологического изоморфизма лиц с «расстройством интеграции идентичности» на основании корреляций их когнитивных и нейрофизиологических показателей.

Материалы и методы. В течение 5 лет нами было обследовано 2516 пациентов в возрасте от 15 до 60 лет, проходивших лечение в отделении 3/1 Республиканского Центра Психического Здоровья (РЦПЗ) г. Бишкек, из которых было отобрано 118 человек с СИ с различными психическими расстройствами в

качестве коморбидной патологии – они составили клиническую группу. С целью создания группы сравнения были обследованы 2433 студента 1-5 курсов Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызской государственной медицинской академии, у которых СИ был представлен без коморбидной патологии. В группу сравнения вошли 82 человека в возрасте от 17 до 28 лет с признаками СИ без коморбидных психических расстройств. С целью объективации исследования была подобрана группа из 43 студентов (группа «нормы»), у которых не было зафиксировано признаков СИ и признаков психической патологии. Для патопсихологического обследования была использована батарея методик, отобранных в качестве общереспубликанского стандарта профессором В.В. Соложенкиным, позволяющая всесторонне оценить качественные признаки когнитивных функций обследуемых лиц. Кросскорреляционный анализ ЭЭГ проводился с помощью программного обеспечения аппаратного комплекса «Mitsar EEG Studio», при этом проводилось определение коэффициента кросс-корреляции (ККр), являющего показателем синхронности работы различных отделов головного мозга – чем выше данный коэффициент, тем сильнее связь. Для статистической обработки использовался пакет программ SPSS, версия 16.

Результаты и обсуждение. Основными показателями особенностей нейрофизиологического функционирования головного мозга лиц с СИ являются:

1. Нарушение работы ассоциативных областей головного мозга (снижение связей между большинством отделов и правой теменно-височно-затылочной областью, что проявляется достоверным снижением ККр между ними: $P < 0,05$);

2. Интенсивное усиление синхронности работы лобных и затылочных отделов головного мозга, а также повышение синфазности их функционирования (повышение ККр в межполушарных отведениях: $P < 0,05$), что указывает на усиление активации подкорковых неспецифических систем.

Описанные изменения нейрофизиологических паттернов демонстрируют искажение работы интегративных процессов в коре головного мозга обследуемых лиц: заметна комбинация не имеющих в норме возможности быть объединенными элементов (одновременное снижение и увеличение синхронности), что опровергает гипотезу Ц.П. Короленко и подтверждает концепцию «расстройства интеграции идентичности» как смешанной формы психопатологического диатеза на уровне нейрофункционирования. Показатели внимания и памяти обследованных респондентов не несут признаков снижения даже при наличии достаточно выраженной психической патологии, оставаясь в рамках популяционной нормы.

Качественный анализ мнестических и аттенционных процессов лиц с СИ выявляет характерные их особенности, заключающиеся в большом значении потребностно-мотивационной сферы при их функционировании, такие как: склонность к формированию состояний, трактуемых как «аутотелический опыт потока», множественность и высокая гибкость системы селекции внимания, диссоциация энграмм вследствие изменения активации лимбической системы и т.д. Уровень интеллекта у лиц с СИ в основном превышает показатели средние по популяции. Тем не менее, основной особенностью их интеллекта является не

показатель IQ, который всегда вызывает много споров в отношении его релевантности в качестве детектора уровня интеллектуального развития, а такие его свойства как высокие ингенитивность, версативность и рапидность, определяющие соответственно «глубину», «широту» и «быстроту» индивидуального ума.

При исследовании качественных показателей мышления было обнаружено, что для лиц с СИ, в целом, характерна тенденция, свидетельствующая о снижении уровня избирательности, обусловленной ограниченностью регулирующего влияния факторов социального опыта на мыслительную деятельность с преобладанием детализации используемых признаков, их «латентности» и разнообразия группировок, носящих смешанный характер и в совокупности не могущих быть отнесенными к особенностям группирования, присущим какому-то одному кругу психической патологии мышления. Для иллюстрации особенностей мышления лиц с СИ, заключающихся в активизации латентных признаков объектов и снижении детерминации селективности переработки информации социальными факторами, нами была переструктурирована методика «Исключение объектов» («Четвертый лишний») по принципу модификации Ю.Ф. Полякова. Результаты исследования показали отсутствие статистически достоверного отличия между студенческой и клинической группами, и наличие данного отличия между этими группами и группой «нормы»: $P < 0,001$. Указанные особенности когнитивных функций обследованных лиц иллюстрируют искажение процессов интегративного синтеза и в целом подтверждают данные нейрофизиологического исследования.

Заключение.

1. Основной особенностью нейрофункционирования лиц с расстройством интеграции идентичности является искажение у них процессов интегративного синтеза в ассоциативных областях коры головного мозга;

2. Нарушение интегративных процессов проявляется также в системе высших психических функций, отражаясь на работе всех без исключения когнитивных процессов;

3. Подобное соотношение протекания когнитивных процессов и физиологических показателей работы головного мозга лиц с СИ указывает на теоретическую и практическую обоснованность концепции психофизиологического изоморфизма, обозначающую тождественность структуры объективного нейрофункционального и субъективного нейрокогнитивного индивидуального опыта.

Изучение телесных проявлений в процессе ТДТ в психиатрической диагностике и психосоциальной реабилитации

Борисова Д.Ю.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко
Санкт-Петербург

Актуальность. В последние годы танцевально-двигательная психотерапия (ТДТ) получает все более широкое распространение в программах психосоциальной реабилитации. В свою очередь, наблюдения танцевального терапевта за особенностями моторики и невербальных коммуникаций в процессе ТДТ может существенно дополнить клиническую картину заболевания.

Цель работы: изучение телесных проявлений пациентов в процессе ТДТ для целей психиатрической диагностики.

Материалы и методы. ТДТ в психиатрической больнице им П.П. Кашенко проводится, начиная с 2008 г.; к настоящему времени накоплен опыт ее использования в групповой и индивидуальной формах ТДТ у 2 000 пациентов с различными психическими и поведенческими расстройствами - шизофрения, аффективные, органические и соматические расстройства и т.д. Используются методики «Мотоскопия» Озерезкого и Гуревича и «Телесный анализ» Н.Ю. Оганесян.

Результаты. По материалам наблюдения за 300 пациентами различных нозологических групп в процессе ТДТ нами отмечены характерные типы телесных проявлений.

1. «Телесная картина» при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах.

У 60 % у пациентов - моторная скованность, неловкость, нарушение координации, ритма, стереотипии. Голова опущена или наклонена в сторону, вниз; взгляд в пол или «бегающий», расфокусированный. Плечи опущены, спина «сутулая». Руки полусогнуты в локтевом суставе, ноги подогнуты или сниженный тонус ног; стоит на одном месте, мелкая моторика затруднена. По качеству движения слабые, неактивные, «угловатые». Отмечается эмоциональная монотонность, ослабление выразительности мимики, жестикуляции, интонаций. Особенности невербальных коммуникаций: трудности в установление зрительного контакта, преобладание бесконтактных импровизаций, в некоторых случаях избегание телесного контакта, отгораживание себя.

Цель ТДТ: двигательная, эмоциональная и речевая активизация, снижение телесного и эмоционального напряжения, коррекция нарушенных коммуникаций, развитие эмоционального интеллекта.

2. «Телесная картина» при биполярном аффективном расстройстве.

Мания (гипомания): усиление двигательной активности, суетливость, эмоциональная оживленность, повышенная жестикуляция, разговорчивость,

неутомимость, дурашливость. Зачастую нарушение ритма, танец исполняется в собственном ритме. Подбородок параллелен полу или поднят вверх, грудь выставлена вперед, плечи приподняты, спина прямая; из частей тела в танце часто использует руки, ноги, бедра. Использует размашистые движения, пальцы напряжены. По качеству движения быстрые, активные, зачастую несвязанные, «слышимые/ шумные движения», хлопки и т.д. Использует большое пространство вокруг себя. Часто нарушает правила группы, зачастую не может имитировать движения в силу дефицита внимания, повышенной возбудимости. Особенности невербальных коммуникаций: взгляд пристальный «глаза в глаза»; долго фиксируется на партнере, в парном взаимодействии стремится установить телесный контакт, не чувствителен к эмоциональному состоянию партнера.

Цель ТДТ: стабилизация настроения, установление границ, телесная и эмоциональная разрядка, усвоение правил и норм группы.

Депрессивные состояния: отмечается нежелание двигаться, не может повторить, имитировать движения, двигательная заторможенность, бедность поз, общий вид подавленный. Слабая концентрация внимания, быстрая утомляемость. Выражение лица - безразличие, печаль или тревога. Жалобы на боли, плохое самочувствие. Может проявлять раздражительность, недовольство, нежелание вступать в коммуникации. Тяжелая депрессия с выраженной суицидальной тенденцией может явиться противопоказанием для ТДТ.

Цель ТДТ: стабилизация настроения, отреагирование, повышение самооценности через принятие и установления контакта с собственным телом.

3. «Телесная картина» при умственной отсталости.

У большинства пациентов - неуверенность в движениях, вялость, движения рассогласованные, отмечаются нарушения пространственного представления, моторная недостаточность, характеризующаяся слабыми, нечеткими движениями, нарушениями равновесия. Испытывают выраженные затруднения в формировании «алгоритма движения», недоразвитие пальцевого праксиса, нарушение зрительно-моторной координации, выключение одной руки. Охотно вступают в невербальные коммуникации, идут на контакт, при этом испытывают трудности в удержании зрительного контакта, повторении и имитации различных танцевальных движений.

Цель ТДТ: развитие моторики (развитие координации, пространственной ориентации, освоение схемы тела), обсуждение и рефлексия сведены к минимуму, в зависимости от степени выраженности интеллектуального нарушения. Когнитивные тренировки посредством разучивания танцевальных связок (память, внимание и т.д.). Отработка навыков коммуникации, парные, групповые танцы.

4. «Телесная картина» пациентов соматопсихиатрического отделения.

У большинства пациентов отмечаются пассивные, стереотипные движения. Из частей тела в основном задействованы руки, когда ноги, корпус, плечи не используются. Танец исполняется стоя на одном месте, что обусловлено страхом потерять равновесие, упасть или физическими ограничениями. Высокий уровень телесного напряжения, движения хаотичные по организации. При работе с предметами отмечается недостаток физической силы, скорости реакции: пациенты

не могут поймать мяч, крепко удерживать в руках предметы, в связи с ограниченной амплитудой движения, работа с предметами (ткань, лента) затруднена; больше ориентированы на индивидуальное функционирование, чем работу в парах. Уровень вербализации - от алекситимии до эмотивной лексики.

Цель ТДТ - профилактика гиподинамии, тренировка, усиление когнитивных функций, двигательная, эмоциональная и коммуникативная активизация.

Выводы. Наблюдения за особенностями моторных проявлений и невербальных коммуникаций в процессе танцевально-двигательной терапии могут существенно дополнить клиническую картину заболевания и служить обоснованием для лечебно-реабилитационных вмешательств.

Школа психиатрической грамотности для родственников пациентов психиатрического стационара

Бугорский А.В.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко
Санкт-Петербург

Семейное окружение – это один из основных факторов, влияющих на течение и исход заболевания, результаты реабилитации больных, страдающих тяжелым психическим заболеванием. 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.

В течение семи лет при Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П. П. Кашенко работает школа психиатрической грамотности для родственников пациентов, страдающих, преимущественно, шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, проходящих лечение в отделениях первого психотического эпизода.

Занятия проходят как в стационаре, так и в выездном режиме – в помещении психоневрологических диспансеров районов обслуживания.

Количество участников группы варьирует от 7 до 15 человек. Продолжительность одного занятия 2 часа, периодичность - 1 раз в неделю. Первые три занятия группа является «открытой», после чего ее «закрывают». Основное требование к участникам групп является строгое посещение занятий, соблюдение правил группы, которые принимаются на 4-м занятии.

За основу школы взята программа, разработанная в НЦПЗ РАМН (Солохина Т.А., Ястребов В.С., Цапенко А.И. и соавт., 2010). Программа рассчитана на 12 занятий, по окончании цикла всем участникам выдается необходимая литература.

Модель заключается в комплексном подходе, учитывающем потребности семей (в информации, психотерапии, психологическом консультировании, выработке новых социальных навыков). Инновационные отличия, привнесенные нами, 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 работы, не являясь в строгом смысле семейной терапией, использует ее средства, когнитивную терапию, нарративную, диалоговую и рефлексивную модели.

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. 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.

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%).

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 наших пациентов и проживали совместно с ними.

Мишени психотерапии при адаптационных расстройствах у матерей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Васильева А. В.^{1,2}, Баландова О. И.³

¹ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ

² Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ

³ Городская поликлиника № 114

Санкт-Петербург

Воспитание детей с ограниченными возможностями здоровья представляет собою сложную задачу, требующую мобилизации всего адаптационного потенциала семьи. Обращаясь в отделение медицинской реабилитации за комплексной специализированной помощью для своих детей, матери на приеме у психотерапевта нередко проявляют симптоматику, отвечающую критериям пограничного регистра нервно-психических расстройств. Наиболее распространены в этой группе расстройства адаптации (РА). Их клинические проявления могут быть вариабельны и включают подавленность настроения, настороженность, тревогу или беспокойство (или сочетание этих состояний), ощущение собственной несостоятельности, неспособности справиться с ситуацией, трудности проблемно-решающего поведения, а также снижение способности справляться с нагрузкой повседневной жизни. Для своевременного выявления и правильной постановки диагноза могут использоваться следующие методы: клинический (клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-патогенетический аспекты), экспериментально-психологический (опросник для выявления симптомов РА по критериям МКБ-10).

Клинические особенности проявления адаптационных расстройств.

У матерей с РА в психологическом статусе выражен дисбаланс в самооценке, усиливаемый чувством вины, связанным с наличием ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Для планирования психотерапии следует учитывать, что ситуации напряжения носят не острый краткосрочный, а длительный характер и затрагивают систему особо значимых отношений матерей, включая самоотношение. В рамках работы имеет важнейшее значение сохранение способности родителя ребенка к проблемно-решающему поведению и адекватной оценке ситуации, включающей знания об индивидуальных особенностях ребенка как личности, понимание его диагноза, его клинических проявлений, современных тактик лечения и реабилитации в соответствии с рекомендациями специалистов. В данном контексте необходимо рассмотреть стратегии копинг-поведения. Копинг-поведение - это форма поведения, отражающая готовность индивида решать жизненные проблемы, предполагающая сформированное умение использовать

определенные средства для преодоления эмоционального стресса. Совладающее поведение осуществляется посредством применения различных копинг-стратегий на основе ресурсов личности и среды. К ресурсам личности относят адекватную «Я-концепцию», позитивную самооценку, внутренний локус контроля, оптимистическое мировоззрение, эмпатический потенциал, способность к межличностным связям и другие психологические конструкты. К важнейшим ресурсам среды относится социальная поддержка (семья, родственников, педагогов).

Психотерапевтические мишени.

При выявлении симптомов РА основным лечебным подходом выступает психотерапия. Психотерапевтический процесс определяется взаимодействием врача и пациента, а его результаты зависят от степени сформированного соответствия «модели болезни и терапии» пациента и профессиональной «модели болезни и терапии» врача. Так, в начале терапии важен психообразовательный компонент, дающий родителям исчерпывающее представление о диагнозе ребенка, клинических проявлениях и предоставляющий ответы на волнующие их вопросы. Психотерапевтический метод при этом может полностью соответствовать актуальной модели «болезни и терапии», соответствовать частично или же значительно от нее отличаться. В первом случае содержание психотерапии родитель понимает и принимает безусловно и полностью. Во втором и третьем случаях при расхождении содержания проводимой психотерапии с актуальной «моделью болезни и терапии» возникает необходимость их «стыковки».

На начальных этапах работы с пациентом важно предъявление стыковочного сценария, восполняющего существующие семантические разрывы с «моделью болезни и терапии». Стыковочный сценарий планируемой терапии включает постановку целей, задач, нормативные роли, процедур, ожидаемых результатов; он может быть выполнен в структурированной форме перед началом занятий, либо прояснение сценария производится по ходу терапии, преимущественно в ее начале.

Родитель неизбежно привносит в психотерапевтический процесс свое собственное мировоззрение, семейные установки, что формирует субъективную систему с постоянным соединением текущих событий и ранее сформированных психологических структур.

Мишени психотерапевтических интервенций можно разделить на 5 групп:

1. Связанные с клиническими проявлениями (тревога за ребенка, раздражительность, утомляемость, вегетативные проявления и т. д.).
2. Специфичные личностные особенности родителя (низкая способность к заботе о себе и ребенке, недостаточная психологическая компетентность, алекситимия, перфекционизм, эгоцентризм, низкая фрустрационная толерантность, нарушения саморегуляции, нарушения самооценки, трудности в близких отношениях и непоследовательность в воспитании ребенка).
3. Мишени, направленные на психотерапевтическое взаимодействие (недостаточная мотивация к психотерапии, некорректные ожидания от психотерапии, несформированный запрос на психотерапию и т. д.).

4. Специфичные для микросоциальной ситуации (нарушение социальной адаптации, актуальная психотравмирующая ситуация, дефицит социальных связей и стигматизация выставленным диагнозом, семейные конфликты и т. д.).
5. Специфичные для метода психотерапии мишени, например, иррациональные убеждения, автоматические мысли для когнитивно- поведенческой психотерапии, недостаток осознания генетического плана своей личности (связи своих особенностей, конфликтов, переживаний со своей историей и условиями формирования своей системы отношений для личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии).

Балинтовские группы в работе с профессиональным выгоранием медицинских работников

Васильева Н.Г.¹, Винокур В.А.²

¹ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ

² Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ
Санкт-Петербург

Проблема выгорания является актуальной для субъект-субъектных профессий, к которым относятся и медицинские работники: врачи, психологи, медицинские сестры, социальные работники. Характер их профессиональной деятельности во многом определяется необходимостью вступать в большое количество эмоционально насыщенных контактов. Значительные эмоциональные перегрузки влекут за собой развитие профессионального выгорания (Карвасарский Б.Д., 2010). В основе структуры выгорания лежит истощение и искажение эмоций, а разворачивающийся во времени процесс выгорания сопровождается трудностью рефлексии своего состояния и, в конечном итоге, ведет к эмоциональной изоляции специалиста, снижению его профессиональной и личной эффективности.

В настоящее время синдром «выгорания» в помогающих профессиях и, прежде всего, у медицинских работников, признан проблемой, требующей медицинского вмешательства, и даже внесен в «Лексиконы психиатрии» ВОЗ (2001): «Синдром выгорания – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся снижением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, к употреблению алкоголя или других психоактивных веществ с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию зависимости. Этот синдром обычно расценивается как стресс-реакция в ответ на производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением другими сферами жизни, в частности, семейной, или отдыхом». По данным W. Schaufeli et al. (2009), в некоторых европейских странах, в особенности в тех, где существует развитая система медицинской и социальной помощи (Нидерландах, Швеции и некоторых других), «выгорание» является официальным медицинским диагнозом, что позволяет людям, страдающим этим расстройством, обращаться за медицинской и психологической помощью, включенной в систему медицинского страхования.

Истоки и определенный риск «выгорания» присутствуют в системе достаточно распространенных и нередко весьма иррациональных представлений о сути «помогающих» профессий, в частности, медицины, и о личностных особенностях тех, кто эти профессии для себя выбирает. Профессиональные установки формируются и глубоко укореняются в личностной сфере, поэтому в них отражаются и через них реализуются индивидуальные особенности носителя этих установок, не осознающего, что вместе с профессией мы выбираем и все ее

проблемы. Поэтому можно в полной мере отнести к медицинским работникам представление R. Newton (1995) о том, что профессиональный стресс есть, прежде всего, «...следствие особенностей и индивидуальных характеристик работающего в этой профессии человека». Синдром профессионального «выгорания» рассматривается сегодня как многомерный феномен, выражающийся в психических и физиологических реакциях на широкий круг ситуаций в трудовой деятельности. Его рассматривают в нескольких плоскостях – влияния на результаты труда, психическое и физическое здоровье самих профессионалов, описывая как рассогласование или несоответствие в системе «личность – профессиональная среда» либо как результат нарушенных (дисфункциональных) ролевых взаимоотношений самих медицинских работников со своими пациентами.

Необходимость адекватной «эмоциональной» супервизии в процессе профессионального развития специалиста очевидна. Эффекты балинтовской группы направлены на повышение осознанности профессиональной коммуникации и защищают специалиста от разрушающего действия ее неосознаваемых аспектов (Винокур В.А., 2015).

Из нескольких тысяч российских врачей, принявших в последние годы участие в обсуждении на Российском медицинском сервере проблемы профессионального «выгорания» врачей и других «помогающих» профессионалов, и способов его коррекции и предупреждения, около 87% респондентов отметили у себя его признаки, при этом 50% отметили, что рассматривают балинтовские группы как наиболее эффективное средство в предупреждении и коррекции синдрома профессионального «выгорания». После них по эффективности идут, по представлениям российских врачей, индивидуальное психологическое консультирование и различные социальные решения, улучшающие работу врачей и их профессиональное «самочувствие». Представление о высокой эффективности балинтовских групп в коррекции и профилактике профессионального «выгорания» подтверждено целым рядом вполне корректно проведенных исследований как у нас (Vinokur V., 2003), так и за рубежом (Addison R., 1994; Bobay K., 1998; Maoz V., 2003; Delbrouck M., 2008 и др.). Эти наблюдения очень образно и точно отражены в Нобелевской речи И. Бродского: *«И даже если весь мир, вероятно, спасти уже не удастся, то отдельного человека всегда спасти еще можно»*;

В основе представленной нами работы лежит многолетний опыт ведения и оценки эффективности балинтовских групп, а также диагностики, предупреждения и коррекции профессионального выгорания у медицинских работников на разных этапах их профессионального становления.

Балинтовская группа действует в формате аналитической профессиональной супервизии. Она ставит в фокус рассмотрения профессиональную коммуникацию и позволяет понять, почему те или иные переживания, ожидания, мотивы пациентов игнорируются, подавляются, вытесняются специалистом и как это связано с его собственными реакциями контрпереноса по отношению к пациенту. В балинтовской группе происходит коррекция ошибок, связанных с игнорированием сильных эмоциональных переживаний, своих и пациента. Анализ работы балинтовских групп показывает их эффективность в устранении ошибок установления терапевтического альянса с пациентом, в планировании и

осуществлении терапевтического процесса. Реакции, возникающие у «помогающих» специалистов (игнорирование, подавление, вытеснение) являются естественными и даже неизбежными и связаны с работой психологических защит, предохраняющих от сильных эмоций.

Необходимым условием профессиональной эффективности является развитие коммуникативной компетентности специалиста в той части, где он учится осознанно взаимодействовать с собственными эмоциями, возникающими в ситуации профессионального общения, и использовать их в качестве инструмента в работе. Если профессионал не занимает активной позиции в отношении сохранности своей эмоциональной сферы, то неизбежным образом он сталкивается с последствиями выгорания, поскольку практикующий специалист находится в ситуации интенсивного профессионального общения.

Ядром профессионального выгорания является эмоциональное истощение, огрубление эмоций и снижение профессиональной самооценки. Их формирование происходит постепенно в контакте с факторами профессиональной среды, основным из которых у медицинских работников является эмоционально напряженная профессиональная коммуникация с пациентами, их родственниками, коллегами в условиях дефицита ресурсов: временных, организационных, личных. В разных профессиональных подгруппах выгорание проявляется разными симптомами в зависимости от характера ведущего психотравмирующего фактора. У врачей выражены четыре симптома: неадекватное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей, эмоционально-нравственная дезориентация и переживание психотравмирующих обстоятельств (Васильева Н.Г., 2016). Личность специалиста реагирует на ситуацию насыщенного профессионального общения включением психологических защит, которые действуют через сокращение профессионального общения. На практике это проявляется разной степенью включенности в общение с пациентами, которые получают внимание и помощь в зависимости от настроения специалиста, а не от объективной потребности.

Важнейшей стороной балинтовской работы является воссоздание ситуации профессионального контакта в безопасной и эмпатийной обстановке супервизии. Балинтовская группа учит на практике осознавать и использовать свои эмоции в применении к реальным профессиональным задачам и этим отличается от всех остальных групп коммуникативной направленности. В ней есть погруженность в привычную деятельность, развитие происходит с учетом актуальных целей, результаты могут быть немедленно использованы в работе. При нахождении в таких условиях у действующего специалиста возникает реальная мотивация к изменению.

В анализе влияния балинтовской супервизии на профессиональный и личностный рост участников балинтовских групп и на выраженность их профессионального выгорания представляют интерес результаты исследования, проведенного Tom Stockman (2015). В этой работе изучались реакции большой группы молодых врачей-психиатров в Великобритании после периода их активного участия в балинтовской группе, направленного на повышение осознания и тем самым улучшение их коммуникативных навыков, во взаимодействии с

пациентами, осознание своих эмоциональных реакций на них, снижение уровня своей «профессиональной алекситимии». Участникам этого исследования был предложен опросник, в котором необходимо было выразить степень своего согласия с шестью утверждениями по шкале оценок от 0 до 9 баллов:

1. *Группа помогла мне почувствовать себя более уверенным в своей работе.*
2. *Работа в группе улучшила мои коммуникативные навыки в общении с пациентами.*
3. *Группа помогла развить в себе целостное понимание пациента и его реакций в процессе взаимодействия с ним.*
4. *Группа помогла мне в развитии самопонимания и саморефлексии.*
5. *Группа позволила мне получить поддержку коллег.*
6. *Группа помогла мне почувствовать больше удовлетворения от своей работы*

Результаты исследования показали, что работа в балинтовской группе, по мнению ее участников, привели к заметным для них позитивным изменениям. Наиболее высокие показатели отмечены в согласии участников этих групп с утверждениями 4 («Группа помогла мне в развитии самопонимания и саморефлексии») (8,4 балла) и 3 («Группа помогла мне развить в себе целостное понимание пациента») (7,8 баллов). Можно также отметить, что эти данные тесно связаны с показателями согласия с другими утверждениями опросника Т. Stockman, – «Группа помогла мне почувствовать больше удовлетворения от своей работы» – 7,0 баллов и «Группа помогла мне улучшить мои коммуникативные навыки в общении с пациентами» – 6,8 баллов.

Группа своей целостностью позволяет врачу достигать его большей внутренней интеграции и одновременно с этим более успешно интегрировать систему его взаимоотношений с пациентом, переживающим в этих отношениях свою собственную дезинтеграцию (вспомним, что слова *исцелять*, *целитель* и *целостный* в русском языке происходят из одного корня). Группа помогает успешнее избегать ситуаций профессиональной и межличностной конфронтации с пациентами, например, в случаях, когда врачи демонстрируют по отношению к ним агрессивный, равнодушный, пассивный, формальный, авторитарный, импульсивный, аффективно-ригидный и другие неэффективные в терапевтической практике стили реагирования и взаимодействия.

Балинтовская группа создает врачам новую среду для профессионального роста, для взаимного обучения, построенного на тесном сотрудничестве и сплочении ее участников в совместных усилиях по достижению целей своего профессионального развития. В социальной психологии такие цели называются *экстраординарными*, или общими целями, требующими совместных усилий для их достижения, при этом различия между людьми, их споры и разногласия по отдельным вопросам успешно устраняются в процессе диалога и сотрудничества или просто перестают замечаться как незначимые. Балинтовская группа создает у своих участников изменения, которые осознаются ими и адекватно интегрируют цель, процесс и результаты изменений, становящихся источником развития этих специалистов, поскольку изменения без развития возможны, а развитие без изменений – нет.

Эффекты балинтовской группы направлены непосредственно на основные проявления выгорания. Новый опыт, когда каждый представленный случай получает все внимание группы, противостоит неосознаваемому выборочному эмоциональному реагированию. Погружение в эмоционально-насыщенное поле исследования профессионального контакта заменяет отстраненность и равнодушие, характерное для симптоматики редукции профессиональных обязанностей. В результате «эмоционального штурма» (в противовес мозговому) происходит знакомство с широким спектром своих чувств по отношению к пациенту. Их осознание открывает дорогу более спокойным переживаниям, становится доступной эмпатия. Пациенту, обезличенному в глазах специалиста в результате его эмоционально-нравственной дезориентации, возвращается истинное значение и ценность. Благодаря сложным процессам участник балинтовской группы проходит через «перезагрузку» эмоций, они становятся ярче, палитра реагирования расширяется, появляется энергия для реализации творческого потенциала в работе. Балинтовская группа способствует профессиональному росту и повышению профессиональной самооценки и является эффективным инструментом, направленным против выгорания.

Основываясь на данных литературы, посвященной анализу работы балинтовских групп, и наших собственных многолетних наблюдениях и впечатлениях, можно совсем кратко подытожить позитивные аспекты этой работы и то, что она дает ее участникам, врачам и психологам:

- они становятся более мотивированными (и эта мотивация становится ими более осознанной) на оказание помощи другим людям;
- они становятся более чувствительными, восприимчивыми и открытыми к эмоциональным реакциям других людей;
- они лучше понимают и анализировать свои собственные эмоциональные реакции в процессе коммуникации с пациентами и коллегами;
- у них развивается умение устанавливать конструктивные ограничения в межличностном взаимодействии;
- у них развивается умение, основанное на более глубоком и конструктивном понимании, использовать различные ситуации профессионального взаимодействия в терапевтических целях и четче структурировать процесс терапии, достигая его согласованного понимания с пациентом.

На практике выгорание сопровождается неопределенностью профессиональной роли, снижением профессиональной самооценки, стойким отрицанием своих сложных эмоциональных переживаний. Балинтовская группа дает уникальный опыт анализа эмоций в понимании профессиональной коммуникации и направленно противодействует основным проявлениям профессионального выгорания, способствуя тем самым повышению эффективности работы врачей и улучшению их профессионального «самочувствия».

Аспекты межличностного взаимодействия пациентов с расстройствами шизофренического спектра, находящихся под гиперопекой своих родственников

Васильева А.В.¹, Лемешко К.А.^{2,3}

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ
Санкт-Петербург

¹ Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

^{2,3} Российский государственный гуманитарный университет
Москва

Введение. Учёт психосоциальных факторов, в том числе особенностей внутрисемейных отношений, является неотъемлемым компонентом реализации реабилитационных программ для лиц с психическими расстройствами (Хасан А. и др., 2013). Биопсихосоциальный подход при этом не исключает генетически предрасположенной возможности медикаментозного воздействия на медиаторные системы головного мозга. Напротив, он дополняется анализом и психосоциальным воздействием на особенности взаимодействия пациентов со значимыми близкими. Учёт подобных факторов приобретает особую актуальность, поскольку близкое окружение лиц с психическими расстройствами рассматривается в качестве единственной опоры при организации лечения больного человека. Таким образом ряд авторов рассматривает образ родственника в качестве активного, обладающего правом на получение полной информации и принятия решений участника терапевтического процесса (Семёнова Н.Д. и др., 2016). Однако такой подход предполагает, что межличностные отношения с ближайшими родственниками является нормативными и не подвержены влиянию патологических феноменов или поведенческих паттернов, в то время как теоретическое осмысление выявляет особенности взаимоотношений родственников лиц с психическими расстройствами, которые характеризуются континуумом - от совладания до хронического стресса (Benishek, L.A. et al., 2011).

Цель. Ранее нами представлялись результаты наблюдения за группой взрослых пациентов, чьё взаимодействие с родителями характеризуется явлениями гиперопеки со стороны последних, а также сверхзависимостью и дефицитом автономии первых (Лемешко К.А., Пудиков И.В., 2016). В настоящей работе мы обозначим основные аспекты клинического взаимодействия с подобными пациентами, разработка реабилитационных программ для которых существенно затруднена особенностями их внутриспсихической структуры и представляется малоизученной (Лемешко К.А., 2017). При этом мы разделяем представление о безусловной ценности личностной автономии как инструмента достижения самореализации личности.

Материалы и методы. Краткая характеристика группы. В условиях медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева» нами

наблюдались 34 взрослых пациента, чья несамостоятельность и сверхзависимость от гиперопекающего родительского объекта были выражены чрезмерно, полностью определяя поведение не только субъекта медицинской помощи, но и опекающей фигуры. Эти особенности на межличностном уровне проявлялись следующим образом: 1) взрослый пациент постоянно сопровождается родителем; 2) родитель стремится присутствовать при первичном клиническом обследовании и дальнейших диагностических и терапевтических процедурах; 3) родитель пытается навязать врачу и опекаемому индивиду собственное представление о функционировании опекаемого (включая субъективные психопатологические феномены); 4) родитель пытается навязать врачу собственное представление о лечении (как медикаментозном, так и психосоциальном), механизмах действия препаратов, а также спектре побочных явлений; 5) элементы автономного поведения взрослого опекаемого (далее – пациента) родитель трактует как ухудшение его психического состояния; 6) попытки разделения пациента и родителя переживаются членами семьи чрезвычайно болезненно, приводя к усилению базовой тревоги, часто вплоть до психотического уровня.

Подобная активность родственника и пассивность самого пациента определяют особенности терапевтического взаимодействия с ними в амбулаторных условиях.

Результаты. Рассмотрим эти аспекты подробнее.

Правовые аспекты вне стационара (включая информирование о сверхзависимости).

Из представленного краткого описания видно, что любые проявления автономии взрослого пациента блокируются и искажаются объектом, который психиатрической службой рассматривается как активный участник лечебного процесса. Несомненно, что расстройства шизофренического спектра проявляются дефицитом волевых функций, которые формально позволяют врачу-психиатру игнорировать требования статьи 9 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Однако статья 5 этого закона позволяет информировать и пациента, и родственника о явлениях, характере гиперопеки, а также возможных средствах и способах её преодоления. Наш опыт позволяет рассматривать реакцию родителя на информирование как дифференциально-диагностический критерий при разработке целей психосоциальной терапии. Очевидно, что, с этой точки зрения, гиперопекающее поведение также должно рассматриваться как проявление психопатологии, но уже родителя.

С правовых позиций пациент также имеет право знать, что может выразить отказ от сотрудничества реабилитационной бригады с гиперопекающим родственником. Согласно нашим наблюдениям, врачи-психиатры также трактуют такое намерение как ухудшение состояния пациента.

Межличностные отношения как уровень дименсиональной диагностики.

Психофармакотерапия редуцирует поведенческие и субъективные патологические переживания, но не затрагивает собственно психогенез указанных расстройств (Вид В.Д., 2000). Медикаментозное лечение тем более не способно повлиять на дефицит автономии, свойственный всем пациентам рассматриваемой группы. Следовательно, основными средствами обретения автономии для данных

пациентов являются психосоциальные терапевтические методы (психообразование, тренинг навыков самостоятельного проживания и бытовых навыков, индивидуальная и групповая психотерапия, тренинг коммуникативных навыков, арт-терапия, содействие рациональной трудовой занятости и образованию). Представляется вполне обоснованным, что как медикаментозная терапия, так и мероприятия психосоциальной терапии показаны и для обретения автономии опекающим родителем.

Вместе с тем подобные вмешательства должны следовать за тщательной диагностикой. С нашей точки зрения диагностической оценке подлежат не только психопатологические феномены, но и уровень организации и типология личности (Пудиков И.В., Лемешко К.А., 2017).

Взаимная зависимость взрослого индивида и его родителя друг от друга зачастую игнорируются психиатрами или упрощённо воспринимаются как проявления «негативной симптоматики». Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10) не имеет соответствующей рубрики и диагностического инструментария для оценки этой особенности. Фокус МКБ смещён на пациента, в то время как неестественная связь взрослого человека с родителем носит интересубъективный характер и является важным элементом патогенеза. 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 [Кернберг О.Ф., 2014]. Учитывая лишь единичные описания сходных случаев в зарубежной литературе, методология исследовательского и терапевтического подхода к подобным пациентам представляется неразработанной.

На данном этапе нашего наблюдения мы можем указать на патогномичные черты союза гиперопекающего родителя и взрослого пациента с дефицитом автономии: 1) постоянное сопровождение родителем; 2) высокий уровень тревоги при попытке разделения; 3) использование местоимения «мы» при описании субъективного опыта; 4) высокий уровень симметричного контроля, затрагивающий сферу влечений, гигиены, коммуникации, бытовую и социальную.

Выводы. Таким образом, явления родительской гиперопеки и дефицит автономии взрослого индивида являются малоизученными и требуют подбора соответствующего инструментария, объединения качественных и количественных исследовательских подходов, разработки полуструктурированных анамнестических интервью, применения специфических мультипараметрических мотивационных методик. Нам представляется актуальным дальнейшее исследование этой группы пациентов для создания чётких алгоритмов выбора эффективных стратегий терапии, а также их внедрение в психиатрическую практику.

Балинтовская супервизия в профессиональном развитии врачей-психотерапевтов – целесообразность и необходимость

Винокур В.А.

Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ
Балинтовская Ассоциация (Россия)
Санкт-Петербург

Во врачебной и консультативной деятельности существуют высокие требования не только к качеству подготовки специалистов, но и к последующей супервизии этих специалистов как процессу необходимому, неизбежному, постоянному и бесконечному.

Аргументом в пользу такого метода групповой аналитической супервизии, профессионального самоусовершенствования и эффективного предупреждения выгорания, как балинтовские группы, служит то, что врачебная и консультативная деятельность имеют ряд специфических особенностей, в частности таких, как влияние и взаимодействие многочисленных постоянно меняющихся факторов, которые нередко невозможно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы, а эффективность врачебных действий, особенно с точки зрения пациента, часто трудно оценить однозначно. Важными характеристиками нашей профессии, определяющие необходимость супервизии врачебной и консультативной деятельности, является и то, что специфика работы врача во многом определяется личностными особенностями самого профессионала, и эмоциональной насыщенностью межличностного взаимодействия в процессе работы.

Анализ профессионального «самочувствия» врачей показывает, что даже при их большом опыте и стаже работы необходимость в получении новой информации и квалифицированной обратной связи от коллег в различных неясных и трудных случаях достаточно велика. Выраженность этой потребности часто парадоксально зависит от величины профессионального стажа — более опытные врачи проявляют не только не меньшую, но даже большую заинтересованность в обмене опытом, в конструктивном обсуждении, и тем самым во внимании и поддержке коллег, чем врачи молодые.

Во врачебной профессии нередко существует дефицит возможностей профессионального общения с коллегами, что затрудняет оказание друг другу эмоциональной поддержки, которая многими исследователями рассматривается как один из важнейших факторов предупреждения профессионального стресса. В мировом опыте формирования системы подготовки врачей уже много лет акцент делается на актуальности изучения и, соответственно, супервизии различных аспектов практической коммуникации с пациентами, компетентность в которой рассматривается как один из важнейших показателей профессионализма врачей. При этом навыки эффективной коммуникации не улучшаются просто с

возрастанием продолжительности работы или профессионального опыта, а нуждаются в постоянном развитии и совершенствовании в процессе супервизии.

Помощь в балинтовской группе происходит не только или не столько от того, что ее участники получают новое для себя знание, сколько от того, что балинтовская супервизия дает им опыт нового и более конструктивного переживания той неизвестности или неопределенности, которая существует в работе каждого из врачей и в каждом случае его взаимодействия с пациентами. Группа положительно влияет на то, как сами пациенты воспринимают проводимую терапию и взаимодействие с врачами, что, соответственно, улучшает их взаимодействие в этом процессе. Группа повышает у врача его профессиональную самооценку и степень удовлетворенности своей работой, тем самым, способствуя предупреждению профессионального выгорания. Одновременно с этим происходит и параллельный процесс формирования у них внутреннего локуса субъективного контроля, оптимизма, формирования нового для них позитивного мышления и нового уровня самоэффективности как чувства собственной компетентности, что также позволяет этим профессионалам выйти на более высокий уровень устойчивости к различным фрустрирующим аспектам своей профессиональной деятельности.

Пространство и глубина супервизии в балинтовской группе гораздо больше приближены к реальной жизни, чем ситуация в индивидуальной супервизии, так как в групповой ситуации у участника сливаются в единую ткань его внутренняя и внешняя реальности, выражающиеся в виде множественных и очень разнообразных межличностных отношений, формирующихся в реальности группового взаимодействия.

Благодаря своим позитивным процессам балинтовские группы эффективно обеспечивают их участникам возможность (*среду, пространство*) для более глубокого и осознанного анализа своей работы и ее коммуникативных аспектов, развития саморефлексии, лучшего понимания психотерапевтами своих пациентов (и самих себя) в процессе сложного взаимодействия с ними. Это достигается активным развитием эмпатии в процессе такой супервизии. Балинтовские группы являются хорошим средством устранения у них чувства профессионального «одиночества» и успешной формой развития социальной поддержки для врачей. Участие в группах способствует развитию социального оптимизма, нового для них позитивного мышления и нового уровня самопонимания и коммуникативной компетентности, что в свою очередь позволяет этим профессионалам выйти на более высокий уровень устойчивости к различным фрустрирующим аспектам их профессиональной деятельности. Позитивное референтное влияние в группе действует очень продуктивно, поскольку воспринимается ее участниками, психотерапевтами и психологами, как результат активизации их внутренних ресурсов и поэтому – как их собственное саморазвитие.

В анализе влияния балинтовской супервизии на профессиональный и личностный рост участников групп представляют интерес результаты исследования, проведенного Tom Stockman (2015). В этой работе изучались реакции большой группы молодых врачей – психиатров в Великобритании после

периода их активного участия в балинтовской группе, направленного на повышение осознания и, тем самым, улучшение их коммуникативных навыков во взаимодействии с пациентами, осознание своих эмоциональных реакций на них, снижение уровня своей «профессиональной алекситимии».

Результаты исследования показали, что работа в балинтовской группе, по мнению ее участников, привели к заметным для них позитивным изменениям. Наиболее высокие показатели отмечены в согласии с утверждениями «*Группа помогла мне в развитии самопонимания и саморефлексии*» (8,4 балла) и «*Группа помогла развить в себе целостное понимание пациента*» (7,8 баллов)

Эффект балинтовской группы во многом заключен в активном и энергичном процессе возрастания осознанности у отдельных участников и у всей группы в целом. Это подтверждает представление о том, что объективное описание любого случая из практики, – это иллюзия нашего понимания «реальности» во взаимодействии врача и пациента. Гораздо более важно согласованное понимание в группе широкого диапазона различных возможностей толкования разных аспектов коммуникации между ними. Позитивное референтное влияние в балинтовской группе на ее участников воспринимается ими как источник активизации их внутренних ресурсов и, соответственно, их собственного профессионального и личностного саморазвития.

Факторы социальной дезадаптации пациентов, выписанных из психиатрического стационара

Гебель К.М.

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

Актуальность. Проблема утраты социальных связей и социальной изоляции психически больных представляет собой трудноразрешимую ситуацию. У пациентов, длительно находящихся на лечении, развивается чувство отчужденности, они, как правило, ожидают отвержения, не чувствуют себя частью социальной среды, испытывают потребность дистанцироваться от социального окружения (Reidy D., Shea K., 1990; Vecchio D. et al., 1997). Существуют и другие препятствия на пути к социальной интеграции - личностные особенности пациентов, материальные затруднения; отсутствие коммуникативных навыков и опыта и др. (Carling P.J., 1995). Социальная дезинтеграция ведет к росту частоты обострений заболевания (Ventura J., Nuechterlein K.H., Lukhoff D., Hardesty J.P., 1989; Malla A.K., Cortese L., Shaw T.S., Ginsberg B., 1990; Enache R.M., Simionescu V., Tuliuc S., Ababei C., 1999).

Цель работы – исследование проблем, возникающих у пациентов после выписки из психиатрического стационара.

Материалы и методы. Методом случайной выборки были анкетированы 100 родственников пациентов, выписанных из Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко. Анализ ответов позволил получить обобщенный социальный «портрет» анкетлируемых.

Результаты и обсуждение. Большинство анкетлируемых - женщины (88%), живущие в крупном городе - 93%. Ежемесячный доход позволяет «сводить концы с концами» - 79%. Забота о больном существенно отражается на финансовом положении его родственника - 90%. Работающих с полной занятостью - 36%, не работают более половины анкетлируемых - 52% (из них не могут работать из-за ухода за опекаемым родственником - 10%, из-за проблем со здоровьем - 7%, из-за пенсионного возраста - 23%).

Не удовлетворены объемом доступной информации о болезни опекаемого - 76 анкетлируемых, объемом информации относительно долгосрочных перспектив болезни опекаемого - 56. Возможность получить необходимую информацию в случае необходимости (например, от врача или самостоятельно) оценили неудовлетворительно - 47 чел.; «понятность» получаемой информации не устраивала 37 чел., объем доступности услуг (например, от медиков или от других специалистов) - 32. Информации о том, как можно получить экстренную помощь в случае необходимости, не имеют 43, о том, кому адресовать «обычные» запросы – 90 респондентов. 63 респондента считают, что не участвуют в принятии серьезных решений (например, подборе медикаментов, госпитализации).

Удовлетворены работой врачей 19% респондентов, удовлетворены работой медсестер - 13%. Об организации помощи больным, в том числе доступности лекарственного обеспечения, ни один опрошенный не высказался однозначно положительно. Работа социальной службы удовлетворила лишь 14% респондентов, фарминдустрии - 2%. Об организации трудовой занятости психически больных, в т.ч. инвалидов, не знают 99%.

Что родственники пациентов хотели бы получить от государства и общества? Анкетируемые указали на предоставление возможности общения со специалистами - лекции, консультации и др. (100%); создание альтернативного психоневрологическим интернатам жилья с социальной поддержкой и медицинским уходом (83%); возможность получения передышки в заботе о подопечном (69%); получение достаточной для проживания финансовой помощи (62%), практической медико-социальной помощи упомянули (44%); возможность встречаться с другими семьями с аналогичными проблемами для их обсуждения (11%).

Исследование проблем, возникающих у пациентов после выписки из психиатрического стационара, индивидуальных потребностей пациентов и общественной поддержки является необходимым условием для развития общественно-ориентированной модели психиатрической службы.

Расстройства мышления с точки зрения теорий развития

Гонжал О.А.

Институт повышения квалификации ФМБА
Москва

Мышление является основным и специфическим для человека познавательным процессом, в ходе которого диалектически устанавливаются внутренние (семантические) связи, характеризующие структуру объектов реальной действительности, их отношения между собой и к субъекту познавательной деятельности (Дунаевский В.В.). По представлениям У. Биона, это способность отражать в собственном сознании окружающий мир в полноте существующих связей, т. е. способность не только наблюдать, но и понимать суть происходящего. В отечественной психиатрии традиционно о расстройствах мышления принято думать, как о некоторой неизменной характеристике психической деятельности, том, что во взрослом возрасте не подлежит изменениям. Детально психопатологически они рассматриваются применительно к тяжелым психическим заболеваниям - шизофрении, аффективным психозам и органическим поражениям головного мозга, классифицируются по темпу и формальным признакам нарушения логической связанности ассоциативного процесса. Такое представление отвечает преимущественно диагностическим задачам и не предполагает каких-то возможностей для психологического понимания.

Открытие З. Фрейдом психического, а впоследствии разработка М. Кляйн и ее школой теории объектных отношений расширило возможности понимания субъективного. Блон определил мышление как стремление понять себя или другого, постичь их реальность, проникнуть в их природу. По мнению Биона, мышление возникает как результат нормального развития в диаде мать-ребенок. Символическое мышление возникает вследствие контейнирования, такого рода взаимодействия, в котором мать размышляет об аффектах младенца. Блон предположил, что мышление является способом контейнировать аффекты, создавая через понимание приемлемое, переносимое представление о себе и окружающей действительности. Собственно контейнирование составляет развитую часть психотерапевтического процесса.

Дальнейшая трансформация представлений о мышлении продолжает идеи У. Биона и Дж. Боулби о контейнировании и привязанности соответственно. Энтони Дж. Бейтман и Питер Фонаги предлагают понятие ментализации, как формы психической деятельности, направленной на постижение и интерпретацию поведения в связи с интенциональными психическими состояниями; авторы подчеркивают, что это преимущественно бессознательный (досознательный) процесс. Подавление ментализации выражается в следующих нарушениях символического мышления. *Псевдоментализация* (маскирует собой фантазии о триумфе, например, фантазии о сексуальных победах у подростков): речь

пациентов отражает диссоциацию аффекта и мышления и вызывает ощущение бессмысленности; попытки конфронтировать псевдоментализацию открывают пустоту и глубокий дефицит связи с реальностью. *Психическая эквивалентность* предполагает конкретность понимания психических состояний, безоговорочную уверенность в собственной правоте, отрицание субъективной реальности у себя и других людей, отрицание различий. Такие нарушения мышления сопровождаются аффектом враждебности и страха, объяснения неудовольствия принимают характер параноидных идей. *Телеологический режим* - наиболее грубое нарушение ментализации при ПРЛ: пациенты воспринимают реальность в отношениях, только если они могут манипулировать действиями другого человека и переживать ощущение контроля в тот или иной момент времени. В ходе психотерапевтической работы могут развиваться нарушения мышления по типу острой дезорганизации или обрывов мыслей, особенно в моменты проработки переноса. Эти процессы показывают регрессию в психотерапевтической ситуации, т.е. не только, а порой и не столько отражают уровень функционирования пациента, но и являются показателем динамики психотерапевтической работы, дают возможность символизации актуальных и интенсивных аффектов.

Можно предположить, что расстройства символического мышления создают определенный психопатологический континуум от тяжелых хронических форм до транзиторных в рамках невротического или пограничного функционирования. Представляется возможным и целесообразным их рассмотрение в динамической парадигме, с точки зрения теорий психического развития.

Взаимосвязь позитивных и негативных симптомов с когнитивными функциями у больных параноидной шизофренией

Даева Н.А.¹, Гвоздецкий А.Н.², Ершов Б.Б.³, Петров М.В.⁴

¹ Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко

² Городская психиатрическая больница № 7 им. акад. И.П. Павлова

³ Северо - Западный ГМУ им. И.И. Мечникова

⁴ Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Актуальность. В ряде исследований последних лет показано, что для больных шизофренией характерен нейрокогнитивный дефицит. Все большую популярность набирают исследования, в которые включены не только когнитивные характеристики, но и клинические, а также психосоциальные параметры. Позитивные симптомы, как считается, оказывают значительное влияние на когнитивные функции, хотя отношения между когнитивным дефицитом и отрицательными симптомами до конца неясны. Исследования, направленные на прояснение взаимосвязи между клиническими симптомами и когнитивными функциями могут повысить эффективность психологической диагностики во время лечения.

Цель исследования – изучение взаимосвязи между когнитивным дефицитом и позитивными и негативными симптомами у больных параноидной шизофренией. Гипотеза исследования – позитивные симптомы будут коррелировать с высшими психическими функциями, тогда как негативные симптомы с «основными, простыми» функциями.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 47 больных параноидной шизофренией, из них 68,1% мужского пола; средний возраст в группе 34,21±8,23 года; давность заболевания 9,04±5,66 лет. В качестве методик были использованы: «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS), тест комплексной фигуры Рея-Остеррита (ROCF), а также клиническая шкала позитивных и негативных симптомов PANSS.

Результаты. При анализе полученных данных было обнаружено, что в рамках группы позитивных симптомов были получены следующие результаты: показатели PANSS «бред» и «возбуждение» положительно коррелируют с показателями ROCF (копирование) «наличие» и «точность» ($p = 0,04$); оценка PANSS «идея величия» коррелирует с параметром BACS «скорость психических процессов» ($p = 0,01$); показатель «галлюцинации» PANSS связан с общим показателем «запоминание эмоционально незначимых слов» BACS ($p = 0,03$). Что касается негативных симптомов, то показатель BACS-A «эмоционально значимые слова» коррелирует с показателями «уплощенный аффект» ($p = 0,02$) и

«стереотипность мышления» ($p = 0,05$); «снижение эмоциональной вовлеченности» коррелирует с показателем «называние цвета» STROOP ($p = 0,03$), а также скоростью психических процессов ($p = 0,005$). Нарушение абстрактного мышления взаимосвязано с рабочей памятью ($p = 0,03$). Существенных корреляций между показателями «идеи преследования», «пассивной социальной отстраненностью», «снижение спонтанности» и оценкой BACS не установлено.

Выводы. Таким образом, наша гипотеза была подтверждена только частично. Найдены взаимосвязи между некоторыми отдельными позитивными, а также негативными симптомами и когнитивными функциями, однако взаимосвязь между ними не строгая. Высшие функции, как и простые («основные»), коррелируют как с позитивными, так и с негативными симптомами. Следовательно, нарушения высших функций связано не только с прогрессированием позитивной психопатологической симптоматики, а простых функций – с прогрессированием негативной, как это принято считать. Поэтому исследования, в которых учитываются только позитивные или только негативные симптомы (в их взаимосвязи с когнитивным функционированием) не дают полной картины, что, возможно, требует пересмотра способов оценки. Мы предполагаем, что для более полного и точного анализа необходим методологический переход от количественного к качественному анализу, что, возможно, позволит раскрыть взаимосвязи между симптомами и когнитивными функциями.

Нарушения мышления у родственников детей, больных ранним детским аутизмом

Дворянинова В.В.

Приволжский исследовательский медицинский университет МЗ РФ
Нижний Новгород

Роль наследственных влияний на развитие расстройств аутистического спектра подтверждается результатами различных отечественных и зарубежных исследований, что провоцирует интерес к особенностям психической сферы ближайших родственников больных детей.

Цель исследования – изучить частоту встречаемости и характер нарушений мышления у родственников детей, больных ранним детским аутизмом (РДА), в сравнении с контрольной группой.

Материалы и методы. В основную группу вошли 150 родителей детей с установленным диагнозом РДА - 30 (20%) мужчин и 120 (80%) женщин в возрасте от 23 до 49 лет. Средний возраст в данной группе составил $35,5 \pm 6,2$ лет. В группу сравнения вошли 60 родителей, имеющих типично развивающихся детей старше трехлетнего возраста – 20 (33,3%) мужчин и 40 (66,7%) женщин в возрасте $34,4 \pm 8,9$ лет. Особенности мышления участников оценивались с помощью с помощью тестов «Классификация предметов», «Исключение предметов» и «Толкование переносного смысла пословиц и метафор». Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (Statsoft Inc., USA). Для сравнения групп использовался классический критерий χ^2 по Пирсону. Диагностически значимый порог количества актуализированных латентных признаков при исключении четвертого лишнего определен с помощью ROC-анализа.

Результаты. Среди родителей детей, страдающих РДА, при классификации предметов искажение обобщения в форме объединения предметов с опорой на латентные признаки встречалось в 42,7% случаев, что является достоверно более частым в сравнении с контрольной группой (13,3%, $p=0,0001$). Использование конкретных признаков при классификации отмечалось у 12% участников основной группы и 10% родителей типично развивающихся детей, что не являлось статистически значимым ($p=0,4144$).

При исследовании мышления с помощью исключения предметов также обнаружены достоверные различия между группами. Среди родителей страдающих аутизмом детей доля актуализированных латентных признаков была статистически значимо большей – 32,7% при 27,5% среди родственников здоровых детей ($p=0,0148$). Опора на конкретные признаки при исключении статистически значимо чаще отмечалась в контрольной группе – 3,8%, в основной группе доля конкретных признаков составила 2,2% ($p=0,0308$). При анализе диагностически

значимого порога количества малосущественных признаков при исключении более чувствительным являлся показатель 4 признака, а более специфичным – 5. Актуализация 4 и более латентных признаков встречалась у 56% родственников детей с РДА и у 36,7% участников контрольной группы, что являлось достоверным ($p=0,0311$). Также и использование 5 и более малосущественных признаков статистически чаще выявлено в основной группе в сравнении с контрольной (29,3% и 15% соответственно, $p=0,0311$).

У 7 (4,7%) родителей детей, больных аутизмом, выявлены формальные расстройства мышления в виде соскальзывания в устной и/или письменной речи, резонерства.

При оценке мышления с помощью толкования переносного смысла пословиц и метафор достоверных различий между группами не обнаружено.

Заключение. Нарушения мышления в форме искажения обобщения с опорой на латентные признаки понятий при классификации и исключении лишнего встречаются среди родственников детей, больных РДА, статистически значимо чаще, чем среди родственников здоровых детей. Можно предположить, что данный феномен является фенотипической реализацией генетических нарушений, однако вопрос остается дискутабельным и требует дальнейшего изучения.

Когнитивный дефицит и клинические характеристики шизофрении

Дорофейкова М.В.¹, Петрова Н.Н.²

¹НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ

²Санкт-Петербургский государственный университет
Санкт-Петербург

Актуальность. Когнитивный дефицит рассматривается как третья значимая группа нарушений у больных шизофренией, наряду с негативной и позитивной симптоматикой, однако данные о взаимосвязи когнитивных нарушений с клиническими особенностями заболевания носят противоречивый характер.

Целью исследования явился анализ взаимосвязи когнитивных нарушений с клиническими характеристиками параноидной шизофрении.

Материал и методы. Обследованы 94 больных параноидной шизофренией в возрасте $34,8 \pm 9,4$ года на этапе становления ремиссии или на этапе стабильной ремиссии, среди них 54 лица мужского (57,4%) и 40 - женского (42,6%) пола. Длительность заболевания составила $11,4 \pm 8,0$ года.

В исследовании применялись Шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS), Шкала краткой оценки когнитивных функций при шизофрении (BACS). Полученные данные обработаны статистическим с использованием SPSS Statistics 17.0 («Statistical Package for the Social Sciences», версия 17.0). Корреляционный анализ осуществлялся с помощью коэффициента Пирсона.

Результаты. Показано, что начало шизофрении в более старшем возрасте связано с большей сохранностью рабочей памяти. Зрительно-моторная память лучше у больных с меньшей выраженностью психопатологической симптоматики. Способность к планированию опосредуется выраженностью резидуальной позитивной симптоматики. Выраженность структурных расстройств мышления усугубляет когнитивное функционирование больных в целом и, в частности, ухудшает речевую беглость и темп работоспособности. У больных с большей выраженностью негативной симптоматики обнаружен более тяжелый когнитивный дефицит в целом и в сфере вербальной памяти, моторики, темпа работоспособности, речевой беглости, в частности. Большая сохранность когнитивных функций сопряжена с меньшей социальной отгороженностью и большим показателем спонтанности речи. Аффективные нарушения в структуре шизофрении значимо не связаны с когнитивным функционированием больных.

Выводы. Имеется параллелизм между выраженностью продуктивной и негативной симптоматики и рядом когнитивных нарушений, что может быть обусловлено, в частности, методологией исследования, особенностями мотивации больных.

Показатели моноаминовых рецепторов в лимфоцитах периферической крови участвующих в формировании антипсихотиков-индуцированных экстрапирамидных симптомов у пациентов с расстройства шизофренического спектра

Ершов Е.Е.^{1,2}, Тараскина А.Е.², Насырова Р.Ф.²

¹Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко

²НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ
Санкт-Петербург

Введение. Вызванные приёмом антипсихотиков экстрапирамидные симптомы (ЭПС) являются важным фактором некомплаентности у значительной части пациентов с психическими расстройствами. Дисбаланс между допаминергическими и серотонинергическими / норадренергическими нейротрансмиттерными системами наиболее часто рассматривается как основа для ЭПС. Помимо их действия на центральную нервную систему, моноамины играют роль нервно-иммунных взаимодействий на периферии. Периферические биомаркеры на основе биогенных аминов следует рассматривать не столько как отражение патологических процессов в головном мозге, сколько как маркеры периферических дисфункций, связанных как с развитием острых психических состояний, так и с эффективностью антипсихотической терапии. Периферическое звено патогенеза психического расстройства может быть не менее важным, чем дисфункция нейротрансмиссии центральной нервной системы.

Цель исследования: определение роли аминергических рецепторов в лимфоцитах периферической крови (ЛПК) в феномене развития экстрапирамидных симптомов, вызванных антипсихотическими препаратами. Для достижения этой цели мы измеряли количество белка и уровень мРНК генов серотонина 2A, гистамина H1, адренергических альфа-1B, дофаминовых D1-D5 рецепторов.

Материалы и методы. В исследование было включено 95 пациентов (средний возраст 31,33±8,49 лет) с диагнозом расстройства шизофренического спектра, в соответствии с критериями F20.X по МКБ-10 (ранее не получавшие антипсихотическую терапию или бывшие некомплаентными не менее 3 месяцев): 57 пациентов с различными подтипами шизофрении (доминирующая параноидная шизофрения - 61%), 38 пациентов с коморбидным течением шизофрении и алкоголизма. Путем рандомизации пациенты разделились на подгруппы в зависимости от получаемой монотерапии антипсихотиком: галоперидолом (n = 49) или оланзапином (n = 46).

Психопатологическую симптоматику оценивали с помощью шкалы PANSS. Симптомы акатизии оценивали с помощью шкалы оценки BARS, паркинсонизма с помощью шкалы SAS. Акатизия диагностировалась, если пациент набрал 2 или более баллов по шкале BARS. Если у пациента набиралось 3 или более баллов по

шкале SAS, был выявлен паркинсонизм. Количество рецепторов определяли с помощью иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов ELISA (Cloud-Clone Corp, США) и представляли в общем количестве белка нг/мг; уровень мРНК анализировали с помощью количественной ПЦР в реальном времени с использованием флуорогенного зонда TaqMan. Все оценки проводились как до лечения (V1), так и на 28-й день приема препарата (V2). Статистический анализ проводился с использованием статистического пакета программы SPSS 21 (IBM, USA).

Результаты исследования. Паркинсонизм выявлялся у 33 (67,4%) пациентов, акатизия у 9 (18,4%) при терапии галоперидолом. При терапии оланзапином паркинсонизм выявлялся у 4 (8,7%), а акатизия у 3 (6,5%) пациентов. Как при развитии паркинсонизма, так и акатизии динамика трех изучаемых показателей различалась у пациентов с ЭПС и пациентов без антипсихотических индуцированных побочных эффектов: уровни мРНК гена ADRA1B, количество белка рецепторов DRD1 и 5-HTR2A. Паркинсонизм ассоциировался с достоверным снижением количества белка DRD1 на фоне антипсихотической терапии (V1 4.91 (3,33÷6,83) против V2 0.34 (0,01÷2,03), $p = 0.011$), когда как при терапии без развития ЭПС снижения количества DRD1 не происходило. Для белка 5-HTR2A и уровня мРНК гена ADRA1B достоверное снижение показателей происходило при антипсихотической терапии без развития нежелательных побочных реакций ($p < 0.0001$ и $0,020$, соответственно), тогда как при развитии паркинсонизма и акатизии изменений изучаемых показателей зарегистрировано не было ($p = 0,162$ для 5-HTR2A и $p = 0,683$ для ADRA1B при развитии паркинсонизма, и $p = 1,000$ для 5-HTR2A и $p = 0,157$ для ADRA1B соответственно).

Выводы: уровни мРНК гена ADRA1B и количества белка DRD1, 5-HTR2A рецепторов ЛПК, по-видимому, вовлечены в патогенез ЭПС, индуцированного приемом антипсихотических препаратов.

Исследование было поддержано грантом Российского научного фонда (14-15-00904).

Опыт отделений первого психотического эпизода в психиатрическом стационаре

Ершов Е.Е., Куликова Ю.С.

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

Процесс реформирования психиатрической помощи в России сопровождается активным изучением и заимствованием зарубежного опыта. В данной связи интересно взглянуть на опыт внедрения в систему психиатрических служб такого модуля, как «клиника первого психотического эпизода». Необходимость создания специализированных клиник первого психотического эпизода обусловлена рядом обстоятельств: первые психотические эпизоды (возникающие впервые в 5 лет болезни) сопровождаются нейротоксическим эффектом, с которым связано усиление нейрокогнитивного дефицита, третьего фактора, наряду с позитивными и негативными расстройствами, ответственного, в частности, за социальный исход болезни. С другой стороны, имеются данные, что рано начатая терапия атипичными нейролептиками оказывает нейропротективное действие и может оборвать этот процесс или, по крайней мере, его значительно затормозить. Кроме того, показано, что отрицательное влияние на выраженность нейрокогнитивного дефицита оказывает не только задержка биологической, но и психосоциальной терапии.

Хотя речь идет о помощи больным шизофренией в целях дестигматизации такие подразделения обычно называют клиниками первого психотического эпизода. В нашей стране первая подобная клиника открыта в ноябре 2000г. на базе Московского НИИ психиатрии МЗ РФ. К настоящему времени этот опыт распространён в более чем 30 регионах РФ. Каноническими постулатами идеологии клиник первого психотического эпизода является представление о том, что оказание данного вида помощи предполагается в наименее стигматизирующих условиях (амбулаторных, в крайнем случае, полустационарных). Согласно данным Л.Г. Мовиной, не менее половины больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра могут получать лечение амбулаторно в ДС или ПНД, однако для другой половины альтернативы стационарному лечению нет, что, с нашей точки зрения, позволяет считать необходимым открытия подобных отделений в рамках психиатрических стационаров.

Изложенные выше представления стали прологом открытия в психиатрической больнице им. П.П. Кащенко отделений первого психотического эпизода: первого - отделение в 2006 г. (женского), второго - в 2008 г. (мужского). В отделения направляются пациенты, страдающие шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с давностью заболевания не более 5-ти лет и перенесших не более 3-х приступов болезни. Общая коечная мощность двух отделений составляет 80 коек.

В фармакотерапии основной упор делается на применение атипичных нейролептиков: терапия современными антипсихотиками в 2006-2017гг. проводилась более чем у 80% выписанных пациентов с первыми тремя приступами шизофрении. Также широко используются антидепрессанты новых поколений, нормотимики.

Оказание психиатрической помощи в отделениях основано на принципе полипрофессионального бригадного обслуживания с проведением психосоциального лечения и реабилитации психически больных. Для этого в работе отделения задействованы: врач- психиатр, психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе. На этапе становления отделений были проведены тренинговые занятия со средним медицинским персоналом для подготовки в новых для них условиях, что позволило ввести медицинских сестер в состав полипрофессиональных бригад. Основные координирующие и лидерские пункты в составе нашей бригады возложены на врача-психиатра, в то же время сохранена самостоятельность каждого специалиста-участника в реализации поставленных перед ним целей и задач.

Мы используем принцип наиболее раннего присоединения психосоциального вмешательства, сразу после купирования острых проявлений психоза. На сегодняшний день устойчиво реализованы следующие виды психосоциального лечения: психообразование больных; тренинг когнитивных и социальных навыков; психообразование родственников; интегративная психотерапия - групповая и индивидуальная.

Психообразование и тренинг когнитивных, социальных навыков проводятся в виде закрытых групп, куда отбираются пациенты с первыми тремя приступами шизофрении. Занятия проходят одновременно с нарастающей интенсивностью, продолжаются в течение 3-х недель и имеют циклический характер. Следует отметить, что программа тренинга социальных навыков составляется с учетом заинтересованности пациентов и их родственников, определяемой в ходе постоянного анкетирования. Из числа выписанных пациентов с первыми тремя приступами шизофрении 80% принимали участие в психообразовании, тренингах когнитивных, социальных навыков, которые по показаниям могли повторяться. Исключение составили больные с неблагоприятным течением заболевания (кататоно-гебефренная и пропфшизофрения) и с достаточно благоприятными прогнозами, когда задержка выписки могла обусловить потерю работы, учебы и т.д. В этих случаях их образование проводилось в индивидуальном порядке.

С момента открытия отделений в них проводились индивидуальные психообразовательные занятия с родственниками пациентов, в которых участвуют, помимо врача-психиатра, психолог и специалист по социальной работе. После выписки пациентов их родственникам предоставляется специальная литература. В течение последних 7 лет в больнице реализована групповая психообразовательная программа для родственников пациентов.

Использование современных методов психосоциального лечения в совокупности с терапией атипичными антипсихотиками позволило достичь определенных успехов. Так, за последние 3 года из 1231 пациентов, получавших помощь в мужском и женском отделении первого психотического эпизода, 753

(61%) составили больные с первыми тремя приступами шизофрении. В этой группе удалось заметно сократить сроки лечения до 47-51 койко-дней, с учетом проводимых в отделении реабилитационных мероприятий (21 день). В 60% случаев удалось добиться качественных ремиссий; с повторными поступлениями в течение года - 8% случаев. Сохраняют трудовую адаптацию, источники доходов после выписки свыше половины пациентов отделения – 52%. Изначально неблагоприятный прогноз заболевания определяется у 10-11% пациентов (случаи ранней инвалидизации и выраженной социальной дезадаптации). Самой сложной является группа (37%) без грубых дефицитарных расстройств, но нетрудоустроенных в силу тех или иных причин, чаще социального порядка. Они требуют наибольшего внимания на амбулаторном этапе, продолжение реабилитационных мероприятий, помощи в трудоустройстве.

Является особо актуальной и организация преемственности работы отделений с амбулаторным звеном оказания психиатрической помощи. Дело в том, что ни в одном из районов обслуживания отделения первого психотического эпизода до сих пор не созданы. В этих условиях обеспечение непрерывности и последовательности лечебных и реабилитационных мероприятий происходят в форме традиционных взаимных консультаций врачей и других специалистов; к счастью, в нашем случае этому способствует сложившаяся в течение многих лет устойчивая практика.

Психопатология и антропология (теория Томаса, остенсия, моральная паника)

Зислин И.

Private Psychiatric Clinic
Иерусалим, Израиль

*Это так просто, что это даже можно доказать.
Думай правильно – и будет хорошо.
Идишисткая поговорка*

Одной из проблем современной психиатрии является упрощенное понимание и использование психопатологии. Из фундамента психиатрии, теоретическая психопатология превратилась в довольно плоскую одномерную систему, порождающую нечеткие, неформализованные определения и все новое число нозологий.

Попытаемся проанализировать несколько внепсихиатрических теорий, которые могут быть применены в психиатрии как для более полного понимания собственно психотических феноменов (индивидуальных и коллективных), так и для описания поведения диагноста (что мы, по сути, и называем антропологией психиатрии). Такой подход позволит рассмотреть психопатологические феномены в контексте общекультуральных явлений. Это необходимо, чтобы прояснить смысл психопатологического симптома, структуру его слома и логику его восприятия диагностом.

Теорема Томаса-Теорема, выдвинутая в начале XX в. американским социологом Уильмом Томасом [Thomas, 1928], гласит: «Если человек определяет ситуацию как реальную, то она станет реальной по своим последствиям. Например, если вкладчики боятся, что их банк прогорит и поэтому забирают свои деньги, банк действительно прогорит» [Merton, 1968]. Важно отметить, что Томас впервые представил свою идею именно на психиатрическом примере, описав историю сумасшедшего гангстера, расстрелявшего членов собственной семьи, потому что принял их за исчадия ада. Работа «Самоисполняющееся пророчество» (The Self-Fulfilling Prophecy) другого американского социолога – Роберта Мертона развивает теорию Томаса. Мертон, в частности, пишет: «... Самоисполняющееся пророчество – ложное определение ситуации, вызывающее новое поведение, которое превращает первоначальное ложное представление в реальность» [Merton, 1968].

Эффект плацебо в медицине вообще и в психиатрии в частности, на наш взгляд, может являться ярким примером решения теоремы Томаса-Мертона в клинике. Когда пациент / врач определяет ситуацию получения_пациентом пустышки как реальное лечение, последствием оказывается чистый плацебо эффект, успех которого может достигать 90 %.

Патологическое фантазирование (псевдология), бредовая уверенность, коллективные психозы, *folie a deux* являются наиболее полным выражением этой теоремы. Пациент, считающий себя пророком, действует как пророк; пациент в маниакальном психозе, считающий себя владельцем несметных богатств, ведет себя как богач, и т. д. На языковом уровне это выражается в придании максимальной успешности иллюкутивным речевым актам [Zislin, 2002].

Толпа, разогретая психозом, видит именно то, что ей внушают, и ведет себя в соответствии с этим. «... Никто не ждет, что параноик откажется от своих сложных искаженных представлений и заблуждений, узнав, что они не имеют под собой никаких оснований. Если бы заболевания психики можно было лечить просто раскрытием истины, психиатры в нашей стране страдали бы от недостатка работы, а не от ее избытка. Поэтому проведение «просветительских кампаний» само по себе не способно победить расовые предрассудки и дискриминацию» [Merton, 1968].

Нельзя исключить, что именно общность социальных предрассудков (свойственная врачам) и логики действия параноика, в рамках Мертоновского подхода, ставят диагноста в тупик, размывая границы нормы и патологии.

Последним примером из этой серии может служить анализ таких современных нозологических концепций как «множественная личность», «синдром хронической усталости» или «инцестуальная травма». Бытование этих концепций и вера в их существование позволяют эскулапам распознавать несуществующие явления, с легкостью их диагностировать и даже искать подходы к лечению¹ (То есть, по теории Томаса, убеждение, что такие болезни реально существуют, приводит к реальным последствиям. Так происходит в случае судебно-психиатрических заключений и признания обследуемого невменяемым в соответствии с тяжестью диагноза.).

Если, применяя теорию Томаса, мы говорим о возможном механизме воплощения субъективной уверенности, то на примере понятия «остенсия» рассматриваем, как больной из огромного набора сюжетных схем выбирает и воплощает конкретный сюжет своего нарратива.

Остенсия. Этот термин используется в фольклористике для исследования влияния легенд на поведение людей. Доказано, что сюжеты легенд не только существуют в мире литературы и фольклористики, но и сами формируют реальное поведение [Deh, 1983; Панченко, 2017]. «... Концепция остенсии подразумевает, что мотивы и сюжеты легенд не просто отражают или трансформируют реальность, но создают эту последнюю, прокладывая мостик между коллективным воображением и коллективным действием» [Панченко, 2017].

В литературе выделено несколько типов остенсии. Остановимся на наиболее важном для нас – *proto-ostension*, подразумевающим, что человек черпает сюжет из легенды, но утверждает, что это его собственный опыт. Ситуация в психиатрии более чем знакомая. В клинике ее можно наблюдать на примере нарушений памяти

¹ Мы считаем, что невозможно объяснить популярность такого диагноза просто как «brain washing эффект» [Мотов, 2005].

(конфабуляции и криптомнезии), проявляющихся неосознанно, и симулятивного поведения с целью получения определенной выгоды.

Использование и развитие определенных сюжетных схем уже не пациентом, а собственно врачебным сообществом может быть рассмотрено через призму концепции «моральная паника».

Моральные паники. Концепция была разработана в социологии в 70-х гг. XX в. [Cohen, 1972; Дмитриев, 2014] и определяется как «... непропорционально жесткая публичная реакция неодобрения, осуждения и страха, возникающая по поводу девиации». Такая озабоченность появляется внезапно и через какое-то время исчезает без видимых причин. Основными участниками моральной паники, в модели Коэна, становятся средства массовой информации, моральные предприниматели, агенты социального контроля и публика» [Дмитриев, 2014]. Применение этой концепции в психиатрии мы предполагаем рассмотреть на двух примерах.

Первый – опубликованная в 1989 г. книга канадского психиатра L. Pazder с анализом случая его пациентки Мишель Смит, у которой диагностировали Multiple Personality Disorder [Victor, 1993]. На сеансах психотерапии Мишель рассказывала, что в детстве была подвергнута сексуальному насилию и издевательствам со стороны тайной группы сатанистов, в которой состояли ее родители. Пациентка описывала ритуальные убийства других детей и расчленение зародышей как реальность и была уверена, что ее заставляли есть пепел расчлененных и сожженных жертв. По ее мнению, от сатаны ее спасло вмешательство девы Марии и Иисуса (однако журналист нашел двух сестер Мишель, которые все отрицали). Сам лечащий психиатр увлекался черной магией и некоторое время работал в Западной Африке, где наблюдал подобные ритуалы. Dr. Pazder'a как эксперта по сатанинским культам часто приглашали на радио, телевидение и научные конференции. История Мишель стала моделью для других самопровозглашенных жертв. Вскоре их количество возросло, они стали выступать на TV-шоу, в христианских радиопрограммах и в качестве «экспертов».

Иллюстрацией ситуации моральной паники в современной России служит работа «Суицидальное поведение среди несовершеннолетних в Забайкальском крае, проблема «групп смерти» [Сахаров, 2017], опубликованная в журнале «Сибирский вестник психиатрии и наркологии» и проанализированная нами ранее [Зислин, 2018]. Уверенность в наличии «групп смерти» приводит врачей к заключению, что именно эти группы служат причиной суицидного поведения (что не подтверждается клиническими данными).

Языки описания. Какими они могут быть на примере патобиографии. Вопрос, как и почему диагност описывает то или иное состояние, а именно, какими языковыми и неязыковыми категориями он пользуется, заслуживает особого внимания. Представляет интерес сравнение патобиографий Н. Гоголя, Д. Хармса и современного художника П. Павленского. Гоголь получил свой психиатрический диагноз много лет спустя после смерти (что особенно примечательно, степень тяжести диагнозов, выставленных ему, нарастает год от года). Диагноз «шизофрения» Даниилу Хармсу был дважды выставлен при жизни. Сегодняшние

же биографы подчеркивают, что Хармс болезнь успешно симулировал, диагноз для него был благом, а внешняя абсурдность его текстов является признаком гениальности. В противовес мнению биографов, психиатры, создававшие патобиографию Хармса, гораздо более категоричны: «... Игра в человека, совершающего экстравагантные и загадочные поступки, постепенно перестала быть игрой, стала сердцевиной личности Хармса. Речь идет о «амальгамировании» нажитых психопатических черт с шизоидным ядром личности, что также говорит в пользу эндогенности процесса. Личностная динамика, проделанная Хармсом, таким образом, укладывается в рамки псевдопсихопатии и имеет признаки процессуальности» [Бологов].

В отличие от Гоголя и Хармса современный художник Павленский удостоился реальной психиатрической экспертизы [Менделевич, 2016], но диагноза не получил. Отсутствие диагноза мотивировалось, в основном, тем, что психиатрия не должна вмешиваться в проблемы морали и искусства, т. е., по словам автора, ей следует избегать «медикализации жизни».

На наш взгляд, в семиотическом плане врачи рассматривают два вида текстов – текст произведения и текст поведения. Фундаментом для врачебного диагноза становится наивно-философская концепция о тождественности фантастического / абсурдного / нелепого / бессмысленного текста личности автора. Для биографа же эти две ипостаси справедливо разведены. Поскольку непосредственный анализ поведения невозможен (в случае Гоголя и Хармса), в сознании диагноста часто происходит слияние авторского текста и авторской личности. Именно это приводит врачей к диагнозу болезни. Напротив, там, где присутствует только текст поведения, т. е. возможность напрямую обследовать человека, психиатр следует другим путем.

Психотерапевтическая реабилитация больных шизофренией с коморбидным синдромом зависимости от ПАВ

Зуйкова Н.Л.¹, Бурыгина Л.А.², Белова М.Ю.², Костюк Г.П.³

¹ Российский Университет Дружбы Народов

² Клиническая психиатрическая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ

³ Психиатрическая клиническая больница им. Н.А.Алексеева ДЗМ
Москва

Актуальность. Последнее время многие исследователи и наши собственные наблюдения подтверждают факт накопления большого количества клинических случаев шизофрении с синдромом зависимости от ПАВ: до 65% пациентов с шизофренией страдают подобным сочетанием (Wobrock T., 2011). Эти расстройства взаимно изменяют друг друга, больные мало мотивированы на длительное лечение, следствием чего является большая трудность подбора и осуществления эффективной помощи. Психиатры и наркологи перенаправляют больных друг другу и беспомощно наблюдают, как пациенты мучают свои семьи и мучаются сами от тяжелых запоев-загулов, демонстративно-шантажных суицидов, асоциальности, нередко заканчивающихся трагично. Эти хронические тяжелые больные оказываются брошенными, они практически лишены наркологической помощи и по формальному признаку получают помощь только психиатров (Ross S., Peselow E., 2012; Софронов А.Г., 2013; Алексеева Д.Н., Бакулева Н.И., 2017). Существующая практика маршрутизации коморбидных больных не позволяет в полном объеме обеспечить специализированную помощь (Добровольская А.Е., 2013).

Литературные данные также свидетельствуют о том, что вопросы клиники, диагностики, особенностей течения коморбидного патологического процесса не до конца изучены (Гуревич Г.Л., 2009). Сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе терапевтических средств, что открывает проблему дефицита специальных подходов, учитывающих взаимовлияния расстройств. Руководства по лечению сконцентрированы на изолированном заболевании и имеют ограничения для данных пациентов. Зарубежные и отечественные исследователи видят решение в том, чтобы, наряду с адекватной психофармакотерапией, лечение включало психосоциальные и реабилитационные мероприятия (Краснов В.Н. и соавт., 2007; Brugha T.S., 1995; Mojtabai R. Et al., 1998; Hemsley D., Murray R.M., 2000). Проблемой остается недостаточное использование психиатрическими службами внешних ресурсов, потенциала взаимодействия с различными государственными и общественными институтами, а также с организациями потребителей помощи (Бабин С.М., 2006; Лиманкин О.В., 2015).

Исследуемый контингент больных обоснованно относится к категории «трудных пациентов», родные которых часто страдают зависимо-созависимыми

расстройствами, а персонал подвержен большому риску профессионального «выгорания» и снижению качества личностного функционирования. Лечить таких пациентов должны психиатры совместно с наркологами и психотерапевтами.

Основой нашего подхода является интеграция усилий профессионалов на принципах клиницизма и известной в психотерапии био-психо-социо-духовной парадигмы (Макаров В.В., Бурно М.Е., 2016), что позволяет соответствовать современному высокотехнологичному и гуманному уровню психиатрической помощи, как всеобъемлющему процессу, направленному на восстановление и развитие разных сфер жизни пациента, использовать «гуманитарную составляющую психиатрии» (Полищук Ю.И., 2008). В организационном плане помощь должна строиться с учетом тенденции деинституционализации, приближенности к обычным и домашним условиям (Костюк Г.П., 2016). Особое внимание мы уделяем духовности, понимая под этим не только веру в Бога, но и общечеловеческие ценности, творческое вдохновение, и стремление к добру, благородству, к сильной общественной пользе и к наполненной осознанным смыслом жизни (Мелехов Д.Е., 2003; Бурно М.Е., 2015).

Цель: научно обосновать и внедрить в практику систему психотерапевтической работы в рамках психосоциальной реабилитации больных шизофренией с синдромом зависимости от ПАВ; повысить качество терапии и психосоциальной реабилитации «микстов» путем внедрения и оценки эффективности клинко-интегративной модели психосоциальной реабилитации на основе принципов клиницизма, междисциплинарного взаимодействия и психотерапевтической био-психо-социо-духовной парадигмы; определить, насколько данная долгосрочно функционирующая программа, помогает больным достигать самостоятельного функционирования, удерживаться в рамках поведенческой нормы и лечебных программ, удлиняет ремиссию, позволяет создавать необходимую терапевтическую среду взаимодействия пациентов, их родственников и персонала.

Материалы и методы. В исследование включены 126 пациентов с верифицированным диагнозом, проходящие реабилитацию в течении 2-х последних лет, с примерно равным распределением по полу, в возрастном диапазоне от 20 до 59 лет. Большинство - инвалиды 2 группы, изначально характеризовались психопатоподобными проявлениями дефекта и низким реабилитационным потенциалом. Они посещали занятия по психообразованию и групповую психотерапию 1-2 раза в неделю. Применялся метод ТТС по М. Бурно, эффективной в терапии «микстов», и Трансактный Анализ Э. Берна, официально признанный ассоциацией наркологов России и МЗ РФ эффективным в лечении синдрома зависимости. Стандартная психообразовательная программа акцентировалась на злоупотреблении ПАВ, как нозогенном факторе. Проводились также психотерапевтические интервенции «Мотивационного интервью», «Стоп-контрактов» и «Планов безопасности». На ряд занятий приглашался нарколог и пациенты, ведущие трезвый образ жизни. Параллельно осуществлялась работа с родственниками и персоналом.

Результаты. Удалось организовать междисциплинарное взаимодействие и стабильное функционирование психотерапевтических групп. Была сделана и

удовлетворена заявка на выделение в штатном расписании ставки нарколога. Регулярная групповая психотерапия, психообразование, начатые в ранние сроки госпитализации, продолжающиеся в амбулаторном режиме, способствовали преодолению анозогнозии, осознанию негативного влияния злоупотребления ПАВ на психику; усиливалась мотивация на трезвость. Психотерапия и психообразование родственников, семинары и баллинтговские группы с персоналом позволили укрепить психотерапевтическую среду, поддерживать профессиональный и человеческий ресурс при взаимодействии со столь сложными больными. Больные лучше адаптировались после выписки из стационара, более осознанно участвуют в лечебных и реабилитационных программах. Более 60% вернулись в реальный социум, улучшили отношения в семье. Предварительные результаты показали, что только 8,9% больных были повторно госпитализированы с психозом. В группе пациентов, включенных в программу реабилитации (n=19), средний уровень госпитализации снизился с 1,2 до 0,5 в год.

Выводы. Коморбидная патология требует учета особенностей взаимовлияния, комплексного психотерапевтического характера помощи, обязательного привлечения нарколога, глубокой методической проработки. Следование данному алгоритму повышает шансы больных на улучшение нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов, обеспечивающих интеграцию в общество и ресоциализацию. Используемые психотерапевтические методики взаимно дополняют друг друга и целесообразно терапевтическим мишеням сочетаются; применяемые в начале госпитализации, они играют решающую роль в предотвращении повторных госпитализаций, минимизируют систему «вращающуюся дверь».

Феноменология пограничного переживания в опыте психотической организации личности

Ильясова А.Г.

Клиническая психиатрическая больница №1
Нижний Новгород

Данное сообщение представляет разбор клинического случая пациентки с диагнозом шизофрения. В процессе лечения и создания длительных отношений с терапевтом, при изначально психотическом уровне организации личности, формирует пограничный контакт с терапевтом как способ компенсации.

Анамнез жизни и заболевания. Пациент 1986 г. р. (32 года). Проживает совместно с матерью. Мать работает в школе учительницей. Второй ребенок в семье (есть старший брат, который проживает отдельно). Отец по характеру тихий, необщительный. Мать – напористая, активная, коммуникабельная. Пациент среди детей всегда держался обособленно, отстраненно, избегал активных игр и шумных компаний, часто являлся объектом насмешек и, со слов пациента, «издевательств» (толкали, могли ударить по лицу, девочки давали пощечины, обзывали) Говорит, что мать его била в детстве и давала пощечины, в контакте с ним использовала двойные послания. Не уважала отца и унижала его. Пациент боится обидеть мать и одновременно ненавидит ее, испытывает к ней отвращение. В старших классах стал более общительным, курил, употреблял алкоголь. После окончания школы поступил по настоянию матери в экономико-правовой колледж. Был тревожным, ипохондричным, конфликтным, раздражительным по отношению к близким. Проходил лечение у психиатра в стационаре в 2006 г. Нашел работу в общественной организации. По собственной инициативе поступил в ННГУ на филологический факультет. Близких эмоциональных связей ни с кем не формировал. В 2014 г. погиб отец. Смерть отца переживал сильно, но внешне эмоций не показывал. С течением времени стал более наярженным, тревожным, настроение неустойчивое. Часто конфликтовал с матерью. С февраля 2017 г. отмечались признаки смешанного аффекта с гневливостью, активными бредовыми высказываниями. Смешанный аффект сохранялся на протяжении нескольких недель. После эпизодов гнева становился подчеркнуто вежливым, просил прощения. С 15.03. 2016 г. проходит личную психотерапию.

Запрос на психотерапию: Пациент приходит с чувством аннигиляционной тревоги и ужаса. Невозможность построить отношения с людьми, найти себе девушку. Испытывает сильную внутреннюю боль и травматизацию (спрашивает «что такое травма»). Амбивалентные отношения с матерью (любовь и ненависть, отвращение). Суицидальные намерения, нежелание жить. Страх того, что он ненормален («я испытываю в своих сексуальных фантазиях и перверсиях садо-мазохистические чувства удовольствия и отвращения»).

В терапии использовались концепция гештальт-подхода, концепция Дж. Биона о контейнировании эмоций и концепция холдинга Д. Винникота, теория привязанности Дж. Боулби, Карла Бриша, теория развития М. Малер. Работа с травмой. Работа с переносом и контрпереносом.

Категории исследования характерологической проблемы: Этиология. Симптоматика. Когнитивный стиль. Формы защиты. Скриптовые решения и патогенные убеждения. Репрезентация Self. Репрезентация объекта и отношения с объектом. Эмоциональная характеристика.

Исследование причин формирования психического расстройства: Анализ патогенных условий среды в формировании психического расстройства (теория М. Малер, связанная с нарушениями развития). Значимая взаимосвязь структуры заболевания и психосоциальных факторов. Значимые факторы формирования клинической картины пограничного расстройства: фиксация на психотравмирующей ситуации. Особенность патогенных убеждений для формирования личности клиента и паттернов поведения. Смысл аффектов у пациента. Влияние семейной системы на формирование психогенного расстройства

Особенности паттернов поведения пациента в процессе взаимоотношений с терапевтом: пациент начинает проявлять черты пограничной личности и особенности пограничного контакта как компенсаторного механизма. В этот момент времени терапевт выбирает стратегии взаимодействия с пациентом как с ПРЛ. Нестабильные интенсивные отношения. Синдром диффузной идентичности. Невозможность интегрировать полярности своего опыта. Страх быть брошенным. Чувство пустоты. Эмоциональная нестабильность. Примитивная ярость и ненависть. Импульсивность. Суицидальное поведение. Нарушение идентичности. Декомпенсация тестирования реальности (эпизоды деперсонализации и дереализации). Примитивные защиты (расщепление, примитивная идеализация и обесценивание, проективная идентификация).

Терапевтические стратегии, используемые с данным пациентом: Создание безопасного и надежного окружения, стабильность времени и места. Работа с яростью (Пациент может безопасно гневаться на терапевта. Гнев не разрушает терапевта. Терапевт не наносит ответный удар. Помощь в исследовании его ярости). Выполнение функции вспомогательного ЭГО (терапевт временно берет на себя эту функцию, одалживает пациенту свое осознание; контейнирование побуждения к самоповреждению). Способствовать развитию и росту клиента (называть эмоции, изучать их оттенки; не поощрять упрощенное навешивание ярлыков; помочь пациенту исследовать, как он использует расщепление; помогать клиенту предугадывать последствия (моделирование ситуации, чтобы предупредить импульсивность; поощрение отделения и индивидуализации (поощрение своего выбранного пути и следование за интенцией пациента). Помощь в выстраивании самооценки (подчеркивание положительных черт, привлечение внимания к успехам, которые они делают в терапии). Помощь в реконструкции событий детства (исследование детского опыта, детских травм и хронической фрустрации; как они влияют на человеческое бытие и на конкретного пациента (материнская забота в опыте клиента не являлась «достаточно хорошей»,

а была по сути «неприятной и наказующей», что возникло буквальное отворачивание от общественных контактов, дистанция и разрыв; терапевт временно берет на себя функцию «достаточно хорошей» матери).

Предварительные итоги терапии: 1. Возвращение способности к контакту, диалогу с тем же терапевтом после перерыва на новых основаниях. Построение долгосрочных отношений. 2. Пациент стал способен выдерживать небольшую долю фрустрации. 3. Уменьшилась подозрительность, Ушел симптом психического автоматизма. 4. Появилась тонкая дифференциация эмоций, способность испытывать «средний» диапазон чувств. 5. Уменьшилась частота и сила выраженности аффекта. 6. Интеграция личности терапевта, его сильных и слабых сторон без идеализации и обесценивания. 7. Снизились аутоагрессивные тенденции самовыражения (пациент перестал бить себя по щекам, когда был недоволен собой или терапевтом). 8. Ушли суицидальные намерения.

Дальнейшее направление терапии: выход из созависимых отношений в родительской семье, умение отстаивать собственные границы; уменьшение чувств вины, ярости, ненависти; уменьшение использования примитивных защит: расщепления, проективной идентификации. Увеличение рациональных защит; научить не избегать боли в процессе контактов и близости с другими людьми; увеличение чувства безопасности в контакте с людьми; выработка более зрелого подхода, интегрированного понимания вещей такими, какие они есть; развитие контакта с собственным SELF

Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами

Ирмухамедов Т.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутизмом. Выделены первые признаки аффективного неблагополучия, дающие возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до очевидного проявления синдрома во всей его полноте (Лебединская К.С., 1989), а также определенные сочетания этих признаков, позволяющие предсказать формирование того или иного типа синдрома (Баенская Е.Р., 2000, 2007; Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2006).

Цель исследования - изучить клинико-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (29 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет. Обследованные больные находились на стационарном и амбулаторном лечении в Городском детском психоневрологическом центре (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков), учеников массовых школ от 6 до 10 лет. В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ историй развития детей с аутистическими расстройствами и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру.

Выводы.

Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития аффективной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами, о дефицитности условий становления их собственного положительного опыта жизни в окружающей среде, и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими

расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

Особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами

Ирмухамедов Т.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутизмом. Исследования, последовательно развивающие данное направление, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском аутизме (первизивные нарушения развития) связаны с первичной дефицитностью аффективной сферы. Описаны наиболее характерные варианты аутистического дизонтогенеза, отражающие трудности формирования базовых механизмов аффективной организации поведения и сознания (Никольская О.С., 2005).

Цель исследования - изучить клинико-психологические особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Все обследованные больные находились на стационарном лечении в Городском детском психоневрологическом центре г. Ташкента (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков). В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования и обсуждение. Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Сравнительный анализ эмоциональной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности малыша в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводит к

тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные не начинают привлекать внимание. В контрольной группе особенности эмоциональной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка, которое происходит под эмоциональным контролем взрослого. При синдроме аутизма ограниченность возможностей саморегуляции ребенка, выраженная тенденция преобладания негативной избирательности приводят к патологическому развитию его индивидуальных аффективных механизмов адаптации.

Выводы. Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития эмоциональной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами о дефицитности условий становления его собственного положительного опыта жизни в окружающей среде и при меняющихся обстоятельствах. Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

Метакогнитивная терапия больных шизофренией

Карякина М.В.¹, Lysaker Paul H.²

¹ Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского
Москва

² Indiana University School of Medicine
Индианаполис, США

В настоящее время активно изучается метакогнитивный дефицит при шизофрении. Результаты исследований показывают, что данные нарушения в большей степени выражены у пациентов с психозами, чем у пациентов с аффективными или тяжелыми соматическими расстройствами (Lysaker et al., 2014; Tas et al., 2014), и присутствуют как у пациентов с первым психотическим эпизодом, так и на отдаленных этапах заболевания (Lysaker et al., 2005; Lysaker et al., 2007; Hamm et al., 2012; Vohs, Lysaker, 2014).

Под термином «метакогниции» разные авторы понимают различные явления: от отдельных навыков, например, способность правильно интерпретировать содержание социальных ситуаций до сложных представлений о себе и других в широком контексте окружающего мира (Bennett, Wells, 2010; Semerari et al., 2003; Wells, 2000). Было предложено рассматривать метакогнитивные способности как континуум от навыка распознавать отдельные психические акты до способности видеть, как психическая активность человека связана, влияет и изменяется под влиянием его поведения, личностных особенностей и окружающей социальной ситуации (Lysaker et al., 2013). В данной модели существует четыре метакогнитивных домена: представления о себе, о других, децентрация и способность использовать знания из других сфер, чтобы справляться с психологическими трудностями. Каждый из этих доменов можно представить в виде уровней с постепенным усложнением имеющихся у человека представлений.

В качестве примера можно привести представления человека о себе: на низких уровнях он понимает, что у него есть определенные мысли или эмоции. На высоких уровнях он видит, как его мысли, эмоции и поступки влияют друг на друга, и как они реализуются в той или иной жизненной ситуации на протяжении его жизни. Аналогичными являются представления человека о других людях. Домен децентрации оценивает понимание человеком того факта, что он не является центром психической жизни других людей, и многие происходящие события не имеют к нему никакого отношения. Способность справляться с психологическими трудностями рассматривает, насколько человек способен использовать имеющиеся у него метакогнитивные знания, чтобы справиться с психологическими проблемами.

У пациентов с шизофренией выявляют снижение способностей во всех метакогнитивных доменах (Bacon et al., 2001; Bacon et al., 2009; Fournier et al., 2002; Koren et al., 2004; Koren et al., 2006; Lysaker et al., 2002). Кроме того,

результаты исследований свидетельствуют, что уровень метакогнитивного функционирования может быть связан с приверженностью пациента лечению (Davis et al., 2011; Lysaker et al., 2005; Nicolò et al., 2012), с качеством его жизни (Kukla et al., 2013; Lysaker et al., 2010; Lysaker et al., 2011). Есть данные, что метакогниции в определенной степени предсказывают выраженность негативной симптоматики в будущем (Hamm et al., 2012; Lysaker et al., 2005; Minor, Lysaker, 2014; McLeod et al., 2014; Nicolò et al., 2012). Эти результаты делают метакогнитивные функции важной мишенью при терапии этой группы пациентов.

Отделом под руководством Paul H. Lysaker была разработана индивидуальная метакогнитивная терапия, Metacognitive Reflection and Insight Therapy (MERIT), ориентированная на улучшение способности пациента распознавать собственные психические процессы, а также строить более детализированные и точные представления о психической активности других людей (Lysaker, Klion, 2017). MERIT опирается на описанную выше модель метакогнитивных функций, все интервенции терапевта зависят от текущего уровня метакогниций пациента. Терапия состоит из восьми ключевых элементов: ориентация на текущий запрос пациента, обратная связь от терапевта, опора на связный нарратив, выявление психологических проблем, обсуждение терапевтических отношений, обсуждение изменений в ходе терапии, стимулирование размышлений о своих представлениях о себе и других, стимулирование размышлений о своей способности справляться с психологическими трудностями.

Ориентация на текущий запрос предполагает, что терапевт вместе с пациентом обсуждают текущие проблемы пациента, выявляя, что именно причиняет пациенту неудобства. Под обратной связью терапевта понимается, что терапевт на сеансе делится с пациентом возникающими у него переживаниями, мыслями относительно того, что происходит во время психотерапии, что пациент сообщает или как себя ведет. Опора на нарратив подразумевает, что терапевт предлагает обсуждать то, как пациент рассказывает о своей жизни, и помогает выстраивать связный рассказ. Принцип выявления психологических проблем подразумевает исследование психических переживаний пациента и возникающих в связи с этим трудностей. Например, сообщение пациента о том, что за ним следят соседи, не является психологической проблемой, тогда как испытываемое пациентом чувство одиночества и социальной изоляции уже может служить предметом исследования на сеансе терапии. Обсуждение терапевтических отношений позволяют обратить внимание пациента на его мысли и переживания, связанные с отношениями с другим человеком. Обсуждение прогресса (или его отсутствия) также призвано повысить осознание пациентом его психической активности и возможных изменений с течением времени.

Обсуждение представлений пациента должно происходить на том уровне метакогниций, который доступен пациенту в настоящий момент. Например, пациент сообщает, что соседи хотят его отравить. Если при этом в домене представлений о себе он находится на третьем уровне, т.е. осведомлен о своих когнитивных процессах, то ответом терапевта может быть привлечение внимания пациента к его мыслям: «Мысли о соседях Вас сейчас полностью поглотили». Если

пациент находится на пятом уровне и имеет представление о том, что его мысли, идеи, состояния, могут меняться с течением времени, то терапевт может пригласить пациента подумать, что с ним произошло, когда мысли о соседях полностью захватили пациента.

Целью MERIT является развитие у пациента комплексных и целостных представлений о себе и других людях, а не изменение собственно содержания этих представлений. В рамках данного подхода терапевт не пытается убедить пациента, что его переживания являются симптомами болезни, не оценивает, какие идеи являются ошибочными, а какие верными.

Опубликован ряд работ, исследующих эффективность MERIT. При сравнении со стандартным лечением (Vohs et al., 2018; de Jong et al., 2018), пациенты, прошедшие курс MERIT, лучше осознавали симптомы болезни, воспринимали свои мысли как что-то изменяющееся, а не как факт. При сравнении с поддерживающей психотерапией пациенты обеих групп сообщали о прояснении мыслей, повышении самооценки, уверенности в себе, способности ставить цели и противостоять стигматизации. При этом пациенты, получавшие MERIT, дополнительно демонстрировали более связную речь, способность справляться с аффективными переживаниями и определять свои затруднения, тогда как пациенты, получавшие поддерживающую психотерапию, дополнительно сообщали о снижении переживаемой боли.

Опубликованные работы носят предварительный характер, но уже в определенной степени могут свидетельствовать, что вмешательства, направленные на метакогнитивные способности пациентов с шизофренией могут войти в комплекс реабилитационных мероприятий.

Психокоррекционная и психообразовательная работа с больными шизофренией и их семьями

Кирсанова К.Р., Пьянзин Ю.Ф.

Психоневрологический диспансер №6
Санкт-Петербург

Актуальность. Представления о психических заболеваниях у ближайших родственников заболевших формируются под воздействием получаемой информации. Полнота и правильность этих сведений оказывают определенное влияние на отношение к больному члену семьи.

Результаты опросов свидетельствуют о том, что в большинстве случаев родственники больного информированы лишь случайными сведениями о психическом заболевании. Низкий уровень информированности членов семьи больного о психическом расстройстве снижает эффективность реализации реабилитационных программ. Зачастую родными не учитываются рекомендации врачей. Повышение психиатрической грамотности родственников, психологическая коррекция их отношения к больным, психологическая коррекция самих больных - всё это способствует улучшению состояния, формированию мотивационных установок заболевших на труд и трудоустройство, повышает уровень социальной адаптации психически больных.

Цели исследования: достижение понимания членами семьи сущности заболевания; коррекция связанных с ним установок и отношений, оптимизация психологической атмосферы в семьях, способствующей максимальной реализации сохранных трудовых и социальных возможностей больного и устранение конфликтных ситуаций, дезадаптирующих его; консолидация семьи и выработка взаимоприемлемых решений по основным вопросам семейной жизни; формирование семейных ресурсов для социальной адаптации больного.

Объектом исследования и психокоррекционной работы стали пациенты медико-реабилитационного отделения в период ремиссии, а также их семьи.

Методы: анкетирование, качественный анализ семьи; групповые методы семейной психотерапии («родительские собрания») (20 встреч), группа по психообразованию (10 встреч), индивидуальное консультирование (при необходимости при запросе со стороны членов семьи), индивидуальная и групповая психокоррекция больных (10 встреч).

Показателями для включения родственников в группу являлась низкая эффективность реабилитационных мероприятий у больного, связанная с нарушениями взаимоотношений в семье, конфликтные отношения между близкими, неблагоприятное отношение родственников к больному, проявления дезадаптации у членов семьи, обусловленные психическим заболеванием одного из них.

В семьях с гиперопекающим отношением близких не было больных, которые бы трудились в индивидуально созданных условиях. При таком типе отношений родственники не только неправильно расценивали состояние больного, но и излишне опекали его. У больных не была сформирована мотивация к труду. Из-за неправильной оценки состояния больного, при фактически сохранной трудоспособности заболевшего родственника, больные не работали и не допускали мысли о трудоустройстве. Они в большинстве случаев были максимально освобождены от домашних дел.

В основе семейной диагностики и качественного анализа лежали следующие элементы: 1) конституционально-психологические особенности семьи: состояние здоровья, род занятий, образ жизни, круг интересов, отношение к больному; 2) структура и фаза развития семьи, ее связь с первичными родительскими семьями; 3) распределение ролей, способы принятия совместных решений, стиль взаимодействия/руководства с больным; 4) коммуникации и отношения внутри семьи; 5) реалистичность требований и ожиданий, предъявляемых к больному; 6) нормы, ценности, отношение к общественным предписаниям; 7) понимание болезни и отношение к лечению; 8) отношения семьи с внешним миром и их динамика в связи с болезнью; 9) основные конфликты и дисфункции семьи.

Психокоррекционная работа строилась с учетом клинико-психопатологических, психологических и личностных особенностей больных.

Результаты.

Сформированы адекватная оценка членов семьи о сущности заболевания больного, трезвое и адекватное отношение к вопросам семейной жизни, которые ранее воспринимались как уникальные и некорректируемые.

Достигнуты интеллектуальное осмысление проблемы в сопровождении с эмоциональным переживанием, глубокая реконструкция отношений и способов взаимодействия между членами семьи. Перестроены установки и ожидания к больному со стороны членов семьи. Выработаны мотивации для формирования новых отношений в связи с выявлением в ходе работы негативных тенденций в семье.

У больных сформированы мотивационные установки на трудоустройство 32% пациентов; трудоустроены и успешны в своей деятельности - 45%.

У больных, прошедших психообразовательную группу, в большей степени, чем у лиц, не прошедших эти занятия, улучшалась комплайентность; это отмечалось и у членов их семей (57%).

Заключение. Развитие реабилитационных форм медицинского обслуживания психически больных предполагает понимание врачами, медицинскими психологами особенностей социального окружения пациентов, а также умение управлять внутрисемейными процессами в целях реабилитационного лечения и профилактической помощи близким. Создание консультативной, психокоррекционной службы в структуре психоневрологического диспансера способствует улучшению социальной адаптации психически больных, снижению эмоционального напряжения у родственников пациентов, а также гармоничным взаимоотношениям внутри семьи.

Использование фармакогенетического тестирования в психиатрическом стационаре

Курылев А.А.^{1,2}, Андреев Б.В.^{1,3}, Колбин А.С.^{2,3}, Лиманкин О.В.^{1,4}

¹ Городская психиатрическая больница №1 им. П.П.Кашенко

² Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П. Павлова

³ Санкт-Петербургский государственный университет

⁴ Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ
Санкт-Петербург

Актуальность. Фармакогенетические методы подбора терапии антипсихотиками (АП) являются сегодня одним из путей повышения эффективности и безопасности психофармакотерапии. Первая фаза метаболизма большинства АП осуществляется ферментами системы цитохрома P450, а именно изоферментами CYP2D6 и CYP3A4; при этом фармакогенетическое тестирование полиморфизмов CYP2D6 предоставляет врачу дополнительную информацию, помогающую осуществить выбор АП и его стартовых суточных доз. Однако регуляторный статус фармакогенетического подхода в разных странах не однозначен. Это связано отчасти и с недостаточной доказанностью клинических преимуществ фармакогенетического подхода при выборе АП, и с недостаточным количеством клинико-экономических исследований. Так, фармакоэкономические исследования использования генотипирования CYP2D6 в психиатрии остаются на сегодняшний день единичными.

Цель исследования: оценить фармакоэкономическую целесообразность применения фармакогенетического тестирования CYP2D6 в практике психиатрического стационара. Работа является продолжением ранее выполненного исследования и базируется на результатах проведенного нами расширенного фармакогенетического исследования эффективности и безопасности АП.

Материалы и методы. В исследовании были включены 298 пациентов, находившиеся на лечении в психиатрической больнице №1 им. П.П.Кашенко, с диагнозом параноидная шизофрения (F 20.0).

Пациентам генетическими методами была проведена идентификация аллелей *3, *4, *5, *1xN, *6 гена цитохрома P450 CYP2D6. Группы медленных (ММ), быстрых (БМ) и ультрабыстрых (УМ) метаболизаторов различались по средним суточным дозам АП и длительности пребывания в стационаре. На основании этих данных была построена фармакоэкономическая модель в рамках которой оценивали прямые затраты на госпитализацию с применением фармакогенетического алгоритма и без него.

Фармакоэкономическая модель принятия решений была построена в соответствии с рекомендациями Международного общества фармакоэкономики и научного анализа исходов, рекомендациям по оценке медицинских технологий, а также отраслевого стандарта РФ. Модель начинали с выбора применения или отказа от применения фармакогенетического подхода (генотипирования CYP2D6)

до момента начала терапии АП при поступлении пациента в стационар. В последующем пациентам назначали терапию АП и при необходимости корректорами экстрапирамидных нарушений (ЭПН). Конечной точкой модели была выписка пациента из стационара. Расчет стоимости терапии в течение госпитализации проводили путем расчета стоимости 1 мг действующего вещества для каждого из применяемых АП. В модели были рассмотрены следующие сценарии: 1) никому из пациентов не выполняется генотипирование CYP2D6 (стандартный алгоритм), 2) генотипирование CYP2D6 проводится всем пациентам (фармакогенетический алгоритм, 100% пац.), 3) генотипирование CYP2D6 проводится 30% пациентам (фармакогенетический алгоритм, 30% пац.). Для сравнения суммарных затрат на госпитализацию при использовании фармакогенетического подхода и без его использования рассчитывали суммарные прямые медицинские затраты, которые включали: затраты на пребывание в стационаре (койко-день), лекарственную терапию, проведение фармакогенетического тестирования и коррекцию ЭПН.

Результаты. Средние затраты на одного пациента при выполнении фармакогенетического алгоритма на 0,8%, превысили затраты без выполнения фармакогенетического, т.е. затраты на выполнение генотипирования несравнимо малы в общей доле расходов на стационарное лечение. Суммарные затраты при применении фармакогенетического алгоритма у 100% и 30% пациентов характеризуется меньшими суммарными прямыми затратами, преимущественно за счет меньшей стоимости пребывания пациента в стационаре (количество койко-дней).

При проведении анализа чувствительности мы искусственно изменяли значение стоимости генотипирования и разницы в длительности госпитализации между группами ММ, БМ и УМ. Результатом анализа чувствительности явился расчет значений параметров, при которых стоимости госпитализации для всех стратегий становятся равными. Порог разницы длительности госпитализации при выполнении его 100% и 30% пациентов составил 5 дней и 1 день, соответственно, т.е. при увеличении средней длительности госпитализации в группе ММ и УМ по сравнению с группой БМ на не менее чем 5 дней в среднем, общие затраты на госпитализацию с выполнением генотипирования не превосходят таковые без выполнения генотипирования.

Еще одним фактором, свидетельствующем об экономической целесообразности применения фармакогенетического алгоритма при назначении антипсихотической терапии является то, что это исследование проводится 1 раз в жизни и не требует повторения при повторной госпитализации в стационар. Учитывая, что около четверти госпитализаций в психиатрические стационары осуществляются повторно в течение года, доля пациентов, которым требуется выполнение генотипирования, с каждым последующим годом будет снижаться, что повышает экономическую эффективность фармакогенетического тестирования.

Выводы. Применение фармакогенетического подхода (генотипирования CYP2D6) перед началом психофармакотерапии является экономически обоснованной стратегией, так как позволяет получить дополнительную важную

клинико-фармакологическую информацию, оптимизировать сроки подбора терапии, что выражается в снижении прямых медицинских затрат на пребывание пациента в стационар

Вортиоксетин (Бринтелликс®) в терапии депрессивных расстройств

Лиманкин О.В.^{1,2}, Бугорский А.В.¹, Грицевская Е.М.¹, Иванова Т.В.¹,
Куликова Ю.С.¹, Лозинская О.И.¹, Синева А.И.¹, Отмахова У.А.³, Отмахов А.П.¹

¹ Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко

² Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ Санкт-Петербург

³ НИУ «Московский институт электронной техники»

Москва

Актуальность исследования. В структуре экономического бремени психических расстройств прямые затраты на фармакотерапию возрастают, в том числе и в связи с широким использованием препаратов новых поколений, как правило, более дорогих, в сравнении с конвенциональными. Учитывая это, внедрение новых лекарственных средств должно быть обоснованным с точки зрения эффективности – получения ответа на терапию у большинства пациентов, в более короткие сроки и на уровне, достаточном для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Целью исследования было изучение возможностей фармакотерапии депрессивных состояний новым антидепрессантом вортиоксетином (Бринтелликсом®).

Материал исследования составили 32 пациента с различными расстройствами, включавшими депрессивную симптоматику - 16 мужчин и 16 женщин, находившихся на лечении в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко.

Методы. Динамика состояния пациентов объективизировалась по шкалам глобального клинического впечатления CGI-S и CGI-I, шкале Гамильтона HDRS-17 - на начало исследования и по его завершению.

Результаты.

Средний возраст пациентов составил $50,6 \pm 12,3$ лет (мужчин - $48,1 \pm 9,4$ лет; женщин - $53,2 \pm 14,2$ года). Длительность заболевания и психиатрического лечения колебалась от нескольких месяцев до 31 года; в среднем, $16,2 \pm 15$ лет (у женщин - $17,8 \pm 16$ лет, у мужчин - $14,6 \pm 13,8$ лет).

По нозологической принадлежности пациенты распределились на 3 группы: депрессии в рамках эндогенной патологии – 15, органические аффективные нарушения – 11, реактивные состояния с депрессивным компонентом – 4; депрессивный эпизод тяжёлой и средней степени - 2. Приведённые характеристики свидетельствуют о приблизительно равном делении, по исходному уровню депрессивных расстройств, на психотический и субпсихотический. По выраженности депрессивной симптоматики, по шкале Гамильтона, пациенты распределились следующим образом: лёгкое депрессивное расстройство (8-13 баллов) – 2 пациента; депрессивное расстройство средней степени тяжести (14-18

баллов) – 12; депрессивное расстройство тяжелой степени (19-22 балла) – 10; депрессивное расстройство крайне тяжёлой степени (более 23 баллов) - 8. Средний балл по шкале Гамильтона составил $20,1 \pm 6,6$ (у женщин депрессия была более выражена - $22,3 \pm 7,6$, в сравнении с мужчинами - $18 \pm 4,5$).

Распределение по шкале общего клинического впечатления, в целом, соответствовало распределению по шкале Гамильтона: «лёгкое расстройство» (CGI-S = 3 балла) - 2 пациента; «умеренно выраженное расстройство» (CGI-S = 4) – 14; «выраженное расстройство» (CGI-S = 5) – 9; «тяжёлое расстройство» (CGI-S = 6) – 5; «очень тяжёлое расстройство» (CGI-S = 7) – 2.

У пациентов, включенных в исследование, выявлялись характерные, преимущественно для эндогенных депрессий, психопатологические симптомы, такие как тоскливый аффект, его витализация, суточная ритмика состояния с ухудшением в утренние часы, анестетические расстройства. Представленность указанных феноменов у пациентов была различной (один из симптомов наблюдался у 9 пациентов, сочетание двух симптомов - у 10; три или четыре симптома – у 13). Наиболее часто выявлялся аффект тоски – у 24 пациентов; витализация аффекта - у 22; анестетические расстройства – у 17; отчётливое ухудшение состояния в утренние часы - у 14.

Назначение вортиоксетина проводилось как в качестве препарата первой линии, так и после предшествовавшей терапии, изучение влияния которой не являлось целью исследования. Способ применения и дозы соответствовали инструкции по применению препарата; диапазон доз составлял от 10мг до 20мг в сутки, средняя дозировка составила $13,8 \pm 5\text{мг}$ (у женщин – $15,6 \pm 4,6\text{мг}$, у мужчин - $11,9 \pm 4,6\text{мг}$, что может быть объяснено тем, что у женщин отмечалась более глубокая депрессия). Наиболее часто применявшаяся суточная доза (20мг) у женщин также была выше, чем у мужчин (10мг).

После назначения препарата наблюдение за пациентами продолжалось до 60 дней; выписка пациентов из стационара до завершения этого срока расценивалась как получение положительного результата, достаточного для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

У 7 пациентов терапия была отменена в стационаре (длительность приёма вортиоксетина составила от 13 до 48 дней). Это было связано: с развитием нежелательных явлений - в 5 случаях (отёк лица, сильная головная боль, выраженное головокружение, тошнота, появление тремора рук); с ухудшением психического состояния – в 2 (инверсия аффекта; нарастание тяжести депрессии до раптоидного состояния).

25 пациентов продолжили лечение до истечения запланированного периода наблюдения (60 дней). Из них были выписаны – 21, после клинически значимого достижения улучшения состояния, с рекомендацией продолжения лечения в амбулаторных условиях, в том числе, приёма вортиоксетина. 3 пациента, оставшиеся в стационаре после истечения срока исследования, обнаруживали явную положительную динамику – уменьшение тяжести депрессии до нормы (2-5 баллов по шкале Гамильтона), изменение состояния по шкале CGI-I (1-2 балла - «очень хорошее улучшение» и «хорошее улучшение»). У 1 пациента с выраженной депрессией в структуре органического поражения головного мозга к моменту

завершения исследования сохранялись депрессивные расстройства, оцененные в 14 баллов по шкале Гамильтона (исходные 20 баллов), в 4 балла по шкале CGI-S (умеренно выраженное расстройство) при исходных 6 баллах (тяжёлое расстройство).

В группе 25 пациентов, у которых прием препарата не сопровождался значимыми нежелательными явлениями, проведено статистическое изучение динамики оценки депрессии по шкале Гамильтона - от назначения вортиоксетина до завершения исследования. Для выявления различий между выборками применялся непараметрический статистический критерий Манна-Уитни, используемый для сравнения двух независимых выборок по уровню какого-либо признака, измеренного количественно. Оценка депрессии по шкале Гамильтона в этой группе в начале лечения составляла, в среднем, $18,92 \pm 5,1$ балла, к завершению исследования - $6,89 \pm 4,0$. По результатам применения критерия Манна-Уитни, можно утверждать, что к моменту завершения исследования оценка депрессии, по шкале Гамильтона, статистически достоверно уменьшилась ($p=0,01$).

Особое внимание было уделено эффективности вортиоксетина при терапии пациентов с наиболее тяжёлыми, психотического уровня депрессивными расстройствами - с исходной оценкой депрессии по шкале Гамильтона от 19 баллов и выше, соответствующей клинической оценке депрессивного расстройства как тяжёлой и крайне тяжёлой степени. В эту группу были включены 18 пациентов (7 мужчин и 11 женщин).

Отследить изменения в состоянии в ходе терапии удалось у 13 пациентов, у 5 из них терапия была прекращена в стационаре (в 1 случае - из-за инверсии аффекта, в 4 - по причине развития нежелательных явлений). 11 пациентов были выписаны в связи с утратой актуальных депрессивных расстройств до истечения 60 дней лечения. Состояние 2 оставшихся пациентов оценивалось с положительной динамикой. Анализ назначения вортиоксетина показал несколько более высокие дозировки у пациентов с оценкой депрессии по шкале Гамильтона от 19 баллов и выше, по сравнению с оставшимися ($14,4 \pm 4,9$ мг и $12,1 \pm 4,9$ мг соответственно), но без статистической значимости по критерию Манна-Уитни.

Сходные результаты были получены при оценке результатов лечения пациентов с более тяжёлыми симптомами депрессии, с учетом психопатологической структуры депрессивного синдрома. Все пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от характерных для эндогенных депрессий симптомов - тоскливого аффекта, его витализации, суточной ритмики состояния с ухудшением в утренние часы, анестетических расстройств. В первой группе (19 чел.), которую мы оценили как более лёгкую, у пациентов встречались 1-2 из указанных симптомов, во второй группе (13 чел.) у пациентов отмечались 3-4 феномена. У пациентов первой группы применялись более низкие дозировки, чем у пациентов второй группы ($12,1 \pm 4,7$ мг и $15,4 \pm 4,6$ мг соответственно). В ходе лечения пациентов второй группы инверсии аффекта не зафиксировано, все были выписаны для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Выводы.

Предварительные результаты использования препарата вортиоксетина («Бринтелликс») в психиатрическом стационаре показали его высокую

эффективность. Препарат хорошо переносился почти в 80% случаев (даже без оценки влияния предшествующей терапии); ухудшение состояния отмечено только у 2 пациентов; при этом, в одном случае нет достаточных оснований утверждать, что инверсия аффекта была обусловлена действием вортиоксетина.

Эффективность вортиоксетина отмечена, в том числе у пациентов с более тяжёлой депрессией - при адекватно более высокой применявшейся дозировке. С учетом первоначальной оценки эффективности, можно предположить, что приближающиеся к классическим эндогенным формам депрессии реагируют на терапию вортиоксетином более предсказуемо, что подтверждает перспективность его применения не только в стационарной практике.

Семья и её ресурсы при оказании помощи пациентам с психическими расстройствами

Лухсе Л.

НКО «Вильяндимаа Сингель»
Вильянди, Эстония

В современной психиатрии комплексное лечение психических заболеваний включает психотерапию, семейную терапию, психообразовательные программы. Многочисленные научные исследования доказывают, что реадaptация невозможна без попыток изменить патологических взаимоотношений в семье. В связи с этим, важным является вопрос о том, кто может быть партнером в процессе лечения, и что могут сделать члены семьи, не имеющие профессиональных знаний, для создания благоприятного психологического климата и поддержания процесса выздоровления.

Целью работы является исследование возможностей положительного влияния традиций на межперсональные отношения и эмоциональное состояние человека, мотивирования к воскрешению и созданию традиций.

Взяв за основу стадии психосоциального развития и достигаемые на каждой стадии базовые добродетели (по Эриксону), мы рассматриваем возможность их развития и восстановления в контексте создания и укрепления семейных традиций, в частности, застолья и традиционных семейных объятий.

Ценное качество, достигнутое на каждой стадии развития, восприимчиво к новым внутренним конфликтам и к изменяющимся условиям. На протяжении всей жизни важным является сохранение и поддержание цельности личности. Традиции - это предсказуемость и стабильность. Внешняя предсказуемость дает внутреннюю уверенность, именно то, что, по Эриксону, способствует развитию базисного доверия и развивает ценное качество – надежду.

Традиции - это действия, которые создают ощущение единства, чувство поддержки и понимания. Они укрепляют семейные узы, делают жизнь насыщенной и интересной, создают воспоминания на долгие годы. Можно предположить, что таким образом традиции могут поддерживать и чувство идентичности и близость, восстанавливая и развивая ценные качества - верность и любовь.

Семья выполняет множество социальных функций, являясь необходимым компонентом социальной структуры общества. Одна из главных функций семьи заключается в передаче из поколения в поколение системы ценностей и норм, включение членов семьи в социальную среду и социальные связи. Семья с добрыми семейными традициями является ценностью для личности и общества. Семейная психологическая атмосфера благополучия является важным фактором психического здоровья. Цельность и гармоничность личности - это важный фактор устойчивости к различным заболеваниям.

Тренинг социального интеллекта с элементами коррекции нейрокогнитивного дефицита лиц, страдающих шизофренией, состоящих под АДН

Максимова Н.Е.¹, Васильева Т.М.¹, Ремизова С.С.²

¹ Областной клинический психоневрологический диспансер

² Областной клинический психоневрологический диспансер» ОСП Бурашево
Тверь

Большинство общественно опасных действий психически больных, страдающих шизофренией, совершается не по бредовым мотивам, а в связи с неадекватной оценкой поведения в проблемных ситуациях, слаборазвитым прогнозом последствий взаимодействия с окружающими людьми.

Нейрокогнитивный дефицит является одним из основных механизмов, лежащих в основе расстройств когнитивных функций у этих лиц. Оставаясь в наличии даже в ремиссиях заболевания и при исчезновении симптомов, он может препятствовать реинтеграции в общество (Sharma T., 1999), являясь своеобразным «фактором ограничения» адаптационных возможностей пациента, снижения его коммуникативных способностей. Тренировка когнитивных функций в рамках реабилитационных программ способна улучшить и показатели социальной адаптации пациентов (Hagvey P.D., 1999).

Сочетанием медикаментозной терапии с длительными реабилитационными и коррекционно-воспитательными мероприятиями можно добиться снижения общественной опасности лиц, страдающих шизофренией (Бульгина В.Г., Мирошниченко А.Е., Абдразякова А.М., 2006). В то же время, несмотря на широкие исследования в области психосоциальной реабилитации, в научной литературе не приводится конкретной программы психологической коррекции, направленной одновременно на развитие социального интеллекта и коррекцию нейрокогнитивного дефицита.

Целью нашего исследования являлось установление взаимосвязи выраженности нейрокогнитивного дефицита и социального интеллекта у лиц, страдающих шизофренией, а также разработка тренинга социального интеллекта с элементами коррекции нейрокогнитивного дефицита для повышения качества лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. В ходе эмпирического исследования были использованы такие методы как анализ истории болезни; «краткая схема нейропсихологического обследования по шкале оценки когнитивных процессов» (Н.К. Корсакова, Т.В. Филатова) под редакцией Магомедовой; тест «Социального интеллекта» Дж. Гилфорда; метод математической обработки «Статистический пакет для социальных наук».

Результаты и их обсуждение. В ходе проведения обследования, было выявлено, что при нарастании нарушения нейрокогнитивных функций социальный

интеллект снижается. Был обнаружен ряд отрицательных взаимосвязей между показателями нейрокогнитивного дефицита и социального интеллекта: чем выше уровень нейрокогнитивного дефицита, тем ниже социальный интеллект. В наибольшей степени социальный интеллект зависит от уровня нарушений зрительной памяти, мышления, слухоречевой памяти, нарушения способности выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану.

На основе проведенного экспериментально - психологического исследования и с учетом имеющихся данных литературы нами был разработан тренинг социального интеллекта с элементами коррекции нейрокогнитивного дефицита для лиц, страдающих шизофренией, находящихся под АДН.

Тренинг имеет следующую специфику: структурность (повторения и разъяснения), системность проведения занятий, неоднократная повторяемость изучаемого материала (нарушение долговременной памяти является одним из выраженных), положительное подкрепление, выполнение упражнений для создания мотивации на работу (у лиц, страдающих шизофренией, мотивация снижена), использование музыкального сопровождения во время проведения упражнений (в ходе эмпирического исследования выявлено, что акустический невербальный гнозис является сохранной функцией), а также включение в тренинг упражнений на снятие мышечного и психофизиологического напряжения (вследствие длительной работы в группе снижается мотивация к выполнению упражнений по причине усталости).

Общее количество занятий, включённых в программу - 21. Занятия проводились 1 раз в неделю, длительность одного занятия - 1 час. Некоторые занятия делились на лекционную часть, на которой давалась информация, каким образом поступают в конкретной ситуации, и практическая часть, где участники самостоятельно выполняли то или иное задание. Численность группы - 10 человек.

Под воздействием тренинга отмечается улучшение показателей НКД: запоминание 5 слов и 2-х групп слов в отсроченном виде (улучшилась оперативная память), улучшения в запоминании 2-х предложений при непосредственном воспроизведении (улучшение кратковременной памяти). Зрительная память в процессе тренировки не изменилась. Наблюдается незначительное снижение оптико-пространственного гнозиса, а именно, копирования с перешифровкой.

В развитии социального интеллекта также наблюдаются достоверно значимые улучшения, а именно, в субтесте «истории с завершением». Это означает, что члены группы улучшили способность предвидеть последствия поведения людей в определенной ситуации, предсказать то, что произойдет в дальнейшем, что важно для профилактики социально опасных действий.

В целом, в группе, которая принимала участие в тренинге, после его прохождения социальный интеллект остался средне-слабым, возможно, потому, что социальный интеллект тренируется в ограниченных пределах. Показатель общего социального интеллекта остался развит на уровне 2,1 балла, однако в субтесте « Истории с завершением» показатель социального интеллекта увеличился с 2,8 до 3 баллов, в субтесте «группы экспрессии» увеличился с 2,5 до

2,8 баллов, в субтесте «вербальная экспрессия» - увеличился с 2,3 до 2,5 баллов. Возможной причиной того, что общий социальный интеллект остался развит на уровне средне-слабого является несистематическое посещение занятий некоторыми участниками группы.

Выводы. Результаты исследования позволяют сделать вывод, что для пациентов, страдающих шизофренией, в психокоррекционную программу, направленную на развитие социального интеллекта, целесообразно включать упражнения на тренировку нейрокогнитивных функций.

Разработанный нами тренинг социального интеллекта с элементами коррекции нейрокогнитивного дефицита оказался эффективным для повышения качества лечебно-реабилитационных мероприятий. Упражнения, адаптированные для лиц, страдающих шизофренией, состоящих под активным диспансерным наблюдением, направлены на развитие способности предвидеть последствия поведения людей, способности правильно оценивать состояния, чувства и намерения людей по их вербальным и невербальным проявлениям, мимике, позам, жестам. Они направлены на развитие и коррекцию таких когнитивных функций, как память, внимание, мышление, что является как профилактикой общественно опасных действий, способствует улучшению социальной адаптации и умению грамотно выстраивать отношения с окружающими людьми.

Поддерживаемое трудоустройство больных с психическими расстройствами (модель трудовой реабилитации в Тверской области)

Максимова Н.Е., Царева Е.В., Климок Н.В.

Областной клинический психоневрологический диспансер
Тверь

Трудовая занятость, трудоустройство и социальное обеспечение пациентов психиатрического профиля – одна из наиболее проблемных задач психосоциальной реабилитации.

С 2010 г. в ГБУЗ Тверской области «Областной клинический психоневрологический диспансер» функционирует система по трудоустройству инвалидов в рамках деятельности отделения психосоциальной реабилитации. Сотрудничество между ГБУЗ ОКПНД и Центром занятости населения г. Твери позволяет помочь в трудоустройстве пациентам с хроническими психическими расстройствами. Создана модель трудоустройства больных, наблюдающихся у психиатров в диспансерной группе и получающих лечебно-консультативную помощь, инвалидов по психическому заболеванию и больных, испытывающих трудности в поиске работы, но не имеющих группы инвалидности. Социальный работник диспансера обеспечивает взаимодействие между специалистами самых различных служб (Центра занятости, медико-социальной экспертизы, психологов, врачей - психиатров, социальных работников) для помощи больным в поиске возможностей трудоустройства.

Модель представляет поэтапный процесс, начиная с получения информации об имеющихся в Центре занятости вакансий для трудоустройства больных - до выхода пациентов на новую работу. Основную координирующую роль берет на себя социальный работник диспансера, в дальнейшем пациенты находятся под постоянным контролем социальной службы. Социальный работник в своей деятельности по подбору необходимых кандидатур к вакансиям учитывает данные, содержащиеся в индивидуальной программе реабилитации инвалидов, составленной медико-социальной экспертизой, а также личные пожелания пациентов. Сотрудник тесно взаимодействует с амбулаторной службой, тщательно изучает психическое состояние каждого соискателя совместно с участковым психиатром, осуществляя полипрофессиональный, наиболее рациональный, подход к трудоустройству больных. Подбор рабочего места, сопровождение к нему и контроль за работой пациентов - являются главными составляющими поддерживаемого трудоустройства. На базе Центра занятости пациенты, стоящие под его наблюдением, могут получить новую профессию. Обучение длится от двух до четырех месяцев.

Важную роль в реализации мероприятий по содействию трудоустройству незанятых инвалидов играют региональные социальные программы Тверской области, стимулирующие работодателей к более активному сотрудничеству в данном вопросе. С января 2012 г. в Тверской области действует «Региональная программа по реализации дополнительных мероприятий по содействию трудоустройства незанятых инвалидов». Работодатели имеют возможность получить от Центра занятости населения 50 000 руб. за каждое специально оборудованное место для трудоустройства инвалидов. Контроль работающих пациентов осуществляется на основе договора между Центром занятости Тверской области, работодателем и работником, что даёт возможность требовать от руководства предприятий отчёта в соблюдении режимов неполного рабочего дня, перерывов, отпусков и прав инвалидов. К сожалению, продолжительность работы на одном месте у трудоустроенных пациентов составляет от одного месяца до года. Основные причины ухода больных с работы: по собственному желанию - 60%; увольнение после месячного испытательного срока - 35%; сокращение штатов - 5%.

С момента организации поддерживаемого трудоустройства до настоящего времени на предприятия Тверской области трудоустроено 118 человек; из них работают, на текущий момент, 54. Созданная в ГБУЗ ОКПНД модель трудоустройства психически больных показала свою эффективность и играет важную роль в трудовой реабилитации пациентов.

Социальные детерминанты, способствующие риску суицидального поведения

Маммадова М.Н.

Министерство юстиции Азербайджана
Азербайджанский медицинский университет
Баку, Республика Азербайджан

Проблема самоубийств носит междисциплинарный характер и находится на пересечении проблемных сфер социологии, философии, психологии, психиатрии. Каждая из них имеет свой подход к рассмотрению и обоснованию проблемы.

Первой важной фокусной группой в этом отношении являются дети и подростки. У них суицидальные мысли и намерения обнаруживаются чаще, чем сами попытки самоубийства. В связи с этим проблема диагностики и выявления факторов, увеличивающих риск суицидальной активности, является актуальной. Мы исследовали подростков, проходивших курс реабилитации в наркологической клинике.

С учетом социальных определяющих факторов, способствующих повышению риска суицидального поведения, все подростки были разделены на 3 группы, в зависимости от уровня суицидального риска: первую группу составили подростки, у которых имелись 1-2 признака суицидального риска, вторую группу – имеющие 3 признака суицидального риска, третью группу – подростки, имеющие 4 признака суицидального риска.

Были выявлены такие личностные предикторы саморазрушительного поведения как демонстративность, эмоциональность, низкая самооценка и чувство собственной неполноценности, социальный пессимизм, отсутствие стабильных целей в будущем, проблемы в межличностных отношениях, в том числе, с близкими родственниками, а также наличие признаков социальной дезадаптации.

В структуре девиантного (аддиктивного, делинквентного и преступного) поведения подростков обнаруживалось преобладание реактивной агрессии над упреждающей. В целом, реактивная агрессия в большей степени способна увеличить риск реализации суицидальных тенденций, в то время как упреждающая агрессия чаще встречается у людей с антиобщественной ориентацией поведения.

С учетом результатов исследования суицидального риска среди подростков, строится система предотвращения самоубийств и предоставления медицинской помощи в подростковых службах в сфере здравоохранения и консультирования. Это реализуется и в рамках национальной Программы повышения эффективности решения проблемы суицида среди молодежи.

Самоубийства являются значимой причиной женской смертности. Это происходит из-за постоянных оскорблений, клеветы, домогательств и издевательств, в результате чего эти женщины, не находя поддержки у других, совершают самоубийство. Девушки, ставшие жертвами насилия, часто беременеют

и при этом склонны к попыткам самоубийства, а также употреблению наркотиков, алкоголя. И, как правило, очень небольшая часть из них сообщала о подобных случаях компетентным органам, учителям или суду.

Важной является проблема суицидов в сельской местности, где рост числа самоубийств, безработицы, семейного стресса, доступа к огнестрельному оружию приводит к дополнительным расходам в области охраны психического здоровья.

Проблема предотвращения самоубийств и самоповреждений отдельно рассматривается и в рамках совершенствования системы исполнения наказаний, обеспечения безопасных условий содержания под стражей в тюрьмах. Министерство юстиции принимает меры для предотвращения самоубийств в тюремных учреждениях, раннего выявления заключенных с суицидальными намерениями - с помощью научных и рациональных методов, в частности, психоанализа и консультаций психологов. Говорится о необходимости обучения всех сотрудников тюрем распознаванию признаков психических заболеваний. Заключенные с более высокой склонностью к самоубийству, в том числе те, кто уже совершал попытку самоубийства в прошлом, круглосуточно контролируются или содержатся в помещениях с оснащенными системами видеонаблюдения, позволяющими контролировать их действия.

Особенности психотерапии эмоциональных нарушений у подростков

Матвеева А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность изучения особенностей психотерапии эмоциональных нарушений у подростков с расстройствами пищевого поведения обусловлена ростом числа заболеваемости данной патологией среди детско-подросткового контингента (Бережная Е.А, 2016). Интегративная танцевально-двигательная терапия (ИТДТ) – направление психотерапии, использующее танец и двигательную активность в качестве продуктивного способа коррекции психоэмоциональных нарушений (Оганесян Н.Ю., 2016). Расстройства приема пищи, как правило, начинаются в детском и подростковом возрасте. Отмечается низкая регистрация таких расстройств на ранних этапах, а также тяжелые последствия для состояния здоровья подростков, в том числе, репродуктивной функции. У пациентов появляется скрытый внутриличностный конфликт, трансформирующийся в болезненный симптомокомплекс. Пациенты и их родственники испытывают опасения, тревогу, навязчивые страхи по поводу обращения за психиатрической помощью из-за искаженного восприятия этой части медицины и «стигмы» психического расстройства (Ильина Д.В., 2015).

Цель исследования: изучить эффективность применения танцевально-двигательной психотерапии эмоциональных расстройств у девочек-подростков с нервной анорексией для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий и дифференцированного выбора психотерапевтической тактики.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 28 пациенток в возрасте 14-17 лет, отвечающим диагностическим критериям согласно МКБ-10 F - «Психические расстройства и расстройства поведения»; рубрика - «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами»; группа F50 Расстройства приема пищи: F50.0 «Нервная анорексия». Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический. Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину. С подростками проводились занятия медицинскими психологами, педагогами по ритмике и постановке танцев, психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю, продолжительностью около 2-х часов.

Результаты и обсуждение: в ходе исследования ведущее место отводилось изучению динамики нарушений эмоциональной сферы. Структура аффективных расстройств менялась, в зависимости от этапа и тяжести нервной анорексии. На инициальном этапе у 26 обследованных (93%) были выражены сниженный фон настроения, аффективные колебания, падение работоспособности. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями заболевания. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью (23%), ощущение враждебности со стороны окружающих и формирование отрицательного отношения к близким (36%), эпизоды немотивированной агрессии (55%), навязчивые страхи (16%). Страхи в инициальном периоде нервной анорексии имели дисморфофобический регистр непсихотического уровня. Тревожно-фобические включения наблюдались у девочек в основном во второй половине дня и сопровождалась расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста.

Реабилитационная программа проводилась в форме активной групповой работы: музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия. Интегративная танцевально-двигательная терапия проводилась в комбинации с арт-терапией и позволила в полном объёме раскрыть эмоциональную сферу личности подростков. Участники в процессе занятий обучались телесной рефлексии, тренировали способность отслеживать собственные переживания и волнения, осознавать и принимать себя, свои негативные и позитивные эмоции и их причины посредством отражения внутреннего мира через танец и элементы пантомимы. Экспрессивность в танце помогала выражать разнообразные чувства. Анализ танцевально-двигательной деятельности позволяет снять телесные блоки и зажимы, в большом количестве наблюдающиеся в подростковом возрасте. Использование танца как метафоры дает возможность структурировать и трансформировать внутренний мир личности в целом. Основными принципами танцевально-двигательной терапии в работе с подростками является использование невербальных форм взаимодействия и спонтанности, возможность интерпретировать переживаемые чувства и эмоции посредством танца, почувствовать свободу выбора собственных движений. Отсутствие слов заставляло подростков сфокусировать внимание на своих движениях и перемещениях, его главных экспрессивных выражениях, телесных реакциях в социальном контексте. Игровой и творческий компоненты метода вовлекали подростка в групповую работу, вызвали интерес, живой эмоциональный отклик, а также готовность исследовать себя и окружающую реальность. Подростки с удовольствием проявляли оригинальность и креативность, создавая собственный танец. Глубинный психотерапевтический эффект такой работы связан с тем, что танец служит также хорошей психоэмоциональной разрядкой, помогает выразить значимые чувства, а также

освободиться от негативных эмоций, которые копятся в повседневной жизни девочек-подростков, страдающих нервной анорексией.

Анализ эффективности проведения интегративной танцевально-двигательной терапии у девочек-подростков с нервной анорексией определил, что среди основных особенностей находится катарсическая (происходит очищение от негативных состояний); регулятивная (идет снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного психоэмоционального состояния); коммуникативно-рефлексивная (которая обеспечивает коррекцию нарушения общения и взаимоотношений, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки адаптации в социуме).

Выводы: таким образом, использование интегративной танцевально-двигательной психотерапии в комплексном лечении психоэмоциональных расстройств у девочек-подростков с нервной анорексией позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении данной категории подростков. Девочки-подростки в ходе проведённой интегративной танцевально-двигательной психотерапии овладели рядом психотерапевтических техник, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями и жизненными стрессами. К концу групповых тренингов у 92% пациенток отмечалась редукция аффективной симптоматики и быстрое наступление ремиссии, что свидетельствует об эффективности применения данного вида психотерапии.

Применение метакогнитивной психотерапии в лечении хронической бессонницы

Мелёхин А.И.

Российский геронтологический научно-клинический центр
Москва

В ряде клинических рекомендаций в качестве *первой линии* терапии хронической бессонницы (ХБ) указывается *когнитивно-поведенческая психотерапия*, так как она опирается на пациент-ориентированный подход и превосходит фармакотерапию в плане безопасности и долгосрочной положительной ремиссии. *Метакогнитивная психотерапия* (metacognitive therapy) относится к «третьей» волне развития когнитивно-поведенческой психотерапии: акцент смещается с результат-ориентированного (действия по снижению стресса) на процесс-ориентированный (я обратил (а) внимание, я подчеркнул (а), я могу использовать) подход. Традиционная когнитивная модель психических расстройств А-В-С заменяется на А-В-М-С, в которой А – триггер приводящий к дезадаптивным реакциям (С), В – негативные автоматические мысли/убеждения, а М – метакогнитивные мысли/убеждения. Напомним, что метапознание - это знание о собственных когнитивных процессах (мышление о собственном мышлении). Данная терапия направлена на усиление осведомленности пациента о своем физическом и психическом состоянии; обучение гибкой, сбалансированной метакогнитивной оценке этих дискомфортных состояний.

Согласно метакогнитивной модели бессонницы, в ее развитии и поддержании выделяют следующие факторы:

- **Первичное возбуждение**, т.е. когнитивная деятельность, непосредственно связанная с изменениями во сне (например, тревожные мысли которые мешают заснуть).
- **Вторичное возбуждение** - мысли, связанные со сном (например, наличие жесткой привязанности к качеству сна, негативная оценка сна в целом). Это возбуждение становится механизмом, который поддерживает ХБ.

В связи с этим, лечение направлено на снижение вторичных факторов возбуждения, которые влияют на первичные. Это достигается с помощью следующих психотерапевтических стратегий:

I. **Усиление метакогнитивной способности** (metacognitive awareness). Пациента обучают *технике судья-адвокат*: при оценке качества сна фокус направляется на объективные, альтернативные факты («адвокат») о сне и его влиянии на дневное функционирование. Многие пациенты имеют *искаженное восприятие времени ночью*, отмечают, что «не спали всю ночь» или «спали очень мало». У них наблюдается переоценка временных интервалов, которая связана с наличием когнитивно-физиологического возбуждения. Делается акцент на осознании и использовании внутренних (физиологических) сигналов сонливости,

вместо использования внешних сигналов (например, «я должен лечь спать в 23-00»), избегающего поведения (например, «у меня был плохой день, и поэтому я хочу лечь спать»).

II. Метакогнитивный сдвиг негативных мыслей и убеждений (metacognitive shifting): акцент переносится с «отношения/оценки к...» (узкий фокус) на «содержание» (широкий фокус). Происходит формирование «сдвига» к мыслям о собственном сне (степень важности, значение, ценность сна). Вместо того, чтобы сразу изменять мысль или поведение, пациент использует более объективную, безоценочную позицию (техника де-центрирования). Применение «сдвига» позволяет быть более невозмутимым к переживаниям, связанным с качеством сна, не пытаться менять сразу то, что нежелательно. Усиление невозмутимости обеспечивает навык внешнего наблюдения за своими мыслями.

III. Формирование новой метакогнитивной позиции.

Переход к новой позиции осуществляется с помощью ряда принципов – осознанности, принятия и ответственности. Это необходимо для снижения вторичных факторов возбуждения и минимизации избегающих форм поведения в отношении сна.

- **Принцип баланса** заключается в управлении оценками пациента о привлекательности и отвращении (неприятном отношении) к сну.
- **Принцип гибкости** заключается в усилении у пациента состояния любознательности, открытости, принятия широкого спектра когнитивных и эмоциональных феноменов. Для иллюстрации используют стихотворение «гостевой дом» Д. Руми, применяется техника «глаза новичка» (подход к вопросу сна без предубеждений из прошлого опыта, негативных ожиданий).
- **Принцип невозмутимости:** делается акцент на отсутствие оценочных негативных суждений по отношению к сну, усиление спокойствия и хладнокровия (непривязанности к исходам сна).
- **Принцип приверженности личным ценностям.** Поскольку у пациентов наблюдается смещение фокуса ценностей на контроль качества сна, используется техника *жизненный компас* (life compass) для совершения действий, служащих заявленным ценностям; вовлечение в действия, а не избегание их даже в контексте негативных мыслей и эмоций; выявления ценностей пациента в контексте различных сфер его жизни. Как только ценности определены, они связываются с дезадаптивным поведением, а изменение поведения способствует приверженности ценностям.

Эффективность. Применение метакогнитивной терапии повышает удовлетворенность качеством сна в связи с ее направленностью на тревожные руминации, связанные со сном. Ремиссия сохраняется на протяжении 6 месяцев.

Суицидальные мысли у пациентов вне психотического периода

Миланес Ю.М.

Форум «Шизофрения и Я»
Санкт-Петербург

Суицидальные мысли у пациентов вне психотического периода встречаются не так редко, как можно себе представить. Зачастую манифестация шизофрении происходит у людей в возрасте до двадцати пяти лет, когда социальная оценка их деятельности имеет высокое значение для заболевшего, а состояние здоровья не позволяет добиться каких-либо высот. Процент инвалидизации при шизофрении по-прежнему высок, а трудоустройство затруднено. Распределение домашних обязанностей также зачастую не в пользу пациента. Наступает период вынужденного бездействия, которое в ряде случаев оправдано состоянием здоровья, а зачастую не оправдано вовсе. Появление суицидальных мыслей связано с ощущением ненужности. Выходы из дома становятся все реже, круг интересов сужается. Жизнь становится рутинной и не приносит радости и наступает период суицидальных мыслей вне психотического периода. Да, возможно в состоянии ремиссии они не так опасны, но являются отражением неудовлетворительного качества жизни.

В первую очередь, успешно выбраться из этого состояния позволяет широкий кругозор. Если пациент выбрал для себя определенную сферу деятельности, пусть даже не оплачиваемую, и принял как данность, что он делает нечто для собственного развития вне зависимости от оценок социума, то он заполняет личное пространство делами, пусть это будет творчество, спорт или другие занятия.

Рассмотрим творчество пациентов.

Существует заблуждение, что пациент может реализовать себя, в основном, в изобразительном искусстве. В этом сказывается стремление абсолютно все делать «под одну гребенку». Не всех пациентов интересует изобразительное искусство, многие в нем просто не разбираются и не владеют даже элементарной техникой рисования. На выходе мы получаем склады невостребованных работ. Они нужны «для галочки» о том, что в учреждении N проводится арт-терапия. Я, например, испытываю за свои рисунки только стыд, поскольку они никакой художественной ценности не представляют и социальная оценка отрицательная. Кроме того, расходные материалы на изобразительное творчество дороги.

Никакой другой вид арт-терапии у нас не развит - ни литературное творчество, ни декоративно-прикладное, ни фотография (названы самые популярные на форуме разделы творчества).

Между тем, существует множество абсолютно бесплатных мероприятий для здоровых, посещая которые возможно повысить свой уровень мастерства. При

Доме писателей Санкт-Петербурга абсолютно бесплатно проводятся занятия в секциях прозы, поэзии, художественного перевода и редактирования. Причем, одних секций поэзии больше пяти. При библиотеке имени Блока проводятся курсы художественного валяния из шерсти. Цена участия символическая – 150 рублей. Также при многих библиотеках проводятся творческие вечера и культурологические лекции. Все это могло бы способствовать нахождению пациента в обществе, социализации и развитию кругозора. Также, возможность выходить из дома может способствовать регулярному соблюдению гигиенических процедур.

Это неправда, что инвалиду некуда пойти из-за плохого материального положения.

Между тем, врачи-психиатры и бюро медико-социальной экспертизы спешат поставить на развитии кругозора пациентов крест. В реабилитационных картах как правило пишут, что пациент имеет ограничения к обучению. Это не так. В основном, у всех свои особенности восприятия и переработки информации, наращивания навыков.

Спорт инвалидов – очень популярная тема в мире, вплоть до паралимпийских игр. Для больных шизофренией спорт инвалидов не реализован никак. Между тем, во всех районах Санкт-Петербурга организованы бесплатные спортивные секции пенсионеров по возрасту, которые принимают и инвалидов. Занятия щадящие, не требуют специальной спортивной подготовки и рассчитаны на ослабленный организм. С пенсионерами работают медики-специалисты лечебной физкультуры.

Это всего лишь два способа установить более интенсивный ритм жизни и наладить режим. Но человек не пойдет ни на какие мероприятия, если он не понимает, что что-то должен делать для себя, вне зависимости от социума. Если он погряз в рутине четырех стен и выходит только на бесплатные обеды в дневной стационар. В рамках того же дневного стационара должна проводиться психотерапевтическая работа по расширению кругозора пациента, его становлению как личность увлеченная.

Такая работа не проводится. Мало того, врачи-психиатры с подозрением относятся к увлечениям пациентов:

– Увлёкся религией? А вот у нас бумага о том, что в таком-то году при религиозном психозе погиб человек!

– Увлёкся лечебной физкультурой? Это противопоказано, потому что может случиться тахикардия!

На самом деле, не в компетенции врачей-психиатров определять такие условия жизни пациентов. Наоборот, подчеркну, должна проводиться психотерапевтическая работа с тем, чтобы пациенты получили заинтересованность в каждом дне.

Сама проблема возникновения суицидальных мыслей вне психотического периода нигде не рассматривается, этот вопрос даже не поднимается в психиатрических кругах, как и вопрос повышения качества жизни пациентов.

Инновационная технология системной оценки уровня комплаенса психически больных

Митихин В.Г.

Научный центр психического здоровья РАМН
Москва

Введение. Реализация задач начальных этапов психосоциальной реабилитации связана с решением проблемы комплаенса – улучшение приверженности лечению психически больных. Широкая распространенность нонкомплаентности при психических расстройствах имеет тяжелые последствия, прежде всего из-за возрастания частоты обострений (Kane J.M. et al., 2013; Лутова Н.Б. и соавт., 2013; Данилов Д.С., 2014).

Формирование комплаенса представляет собой сложный процесс, который обусловлен взаимодействием многих групп факторов. При том, что выявлено множество факторов (более 200 – по результатам зарубежных и отечественных исследований), имеющих отношение к формированию уровня комплаенса, наиболее проблематичным остается вопрос об инструменте его оценки.

В зарубежных исследованиях комплаенса наиболее часто используются опросники в виде интервью или полуструктурированных интервью, представляющие собой самоотчеты пациентов. Подобные инструменты, оперируя исключительно данными самоотчета пациентов, не дают возможности вносить объективную коррекцию, опираясь на наблюдения врача, и использовать дополнительную информацию за пределами прямых ответов пациентов, по ряду параметров, являющихся предикторами комплаенса.

В отечественных работах (Лутова Н.Б. и соавт., 2006-2012) предложена шкала оценки медикаментозного комплаенса, которая имеет в своем составе ряд субшкал: отношение к лекарствам; факторы, связанные с пациентом; факторы, связанные с близким окружением; факторы, связанные с лечащим врачом.

Основная проблема оценивания комплаенса, связанная с использованием подобных опросников, шкал и субшкал, состоит в том, что эти инструменты являются порядковыми (ранговыми) шкалами. Полученные в этих шкалах оценки (ранги) просто суммируются без учета весомости, как самих уровней шкал, так и весомостей соответствующих субшкал и подвергаются математико-статистической обработке. Но для случая порядковых (ранговых) шкал, не имеет смысла вычисление даже простейших статистических характеристик ранговых выборок, таких как среднее (средний балл), дисперсия, корреляция и т.д. Это хорошо известные факты из теории измерений и теории шкал, которые вошли в учебники по математическим методам обработки данных (см., например, Купцов М.И. и соавт., 2017) а также ряд работ (например, Berrios G.E., Markova I.S., 2013; Мартынихин И.А., 2013 и др.), в которых обсуждается корректность использования ранговой информации в психиатрии. Математико-статистическую

обработку без ограничений можно применять только к информации, представленной в шкале отношений (числовая шкала в которой представляется физической, биологической информацией). К сожалению, весьма часто эти факты не принимаются во внимание в современной научной литературе и статьях при обработке ранговых данных, в первую очередь в медицине, психологии и социальных науках.

Цель работы: показать, что для решения проблемы оценки комплаенса следует использовать методы системного анализа информации, представленной в ранговой форме. Здесь, в первую очередь, следует назвать метод анализа иерархий (МАИ) (Саати Т., 1993, 2008), позволяющий на основе экспертных знаний «вкладывать» ранговую информацию в шкалу отношений (на основе фундаментальной шкалы МАИ).

Материалы и методы. Материалом для данной работы послужила совокупность российских и зарубежных научных публикаций, посвященных использованию данных, представленных в разных шкалах от категориальных до шкал отношений, а также соответствующим алгоритмам обработки данных.

Методы анализа данных: клинический, методы системного анализа данных и, в частности, модифицированные алгоритмы метода анализа иерархий (МАИ), предложенные в работах В.С. Ястребова и соавт. (2005-2017).

Результаты и обсуждение. Ранговые оценки не являются числовыми оценками, а представляют собой метки (отметки), между которыми определена лишь операция «меньше-больше». Известный всем пример ранговой шкалы успеваемости, в которой оценки выражены метками от «1» (плохо) до «5» (отлично). В некоторых странах эти метки обозначают буквами, и в этом случае ясно, что не имеет смысла «вычислять» не только среднее значение, но и суммы таких меток.

Введение многомерного (рангового) подхода позволяет более точно оценивать состояние пациента, что способствует выделению гомогенных групп больных. Но слабой стороной многомерного подхода является существенное размывание классификационной границы – отнесение клинически сходных состояний в одну группу (спектры). Отмеченные недостатки многомерного подхода являются следствием «слабости» ранговых шкал, в сравнении со шкалой отношений (числовой шкалой). А именно, исходную ранговую информацию можно корректно обрабатывать только методами непараметрической статистики, которые являются весьма «слабыми», по сравнению с классическими методами математической статистики. В частности, методы непараметрической статистики не позволяют (даже в простых ситуациях) получить полную ранжировку (оценку) объектов, а также не допускают использование регрессионного, дисперсионного и факторного анализа.

Рассмотрим предлагаемую методику на примере шкалы медикаментозного комплаенса (Лутова Н.Б. и соавт., 2006-2012). С точки зрения предлагаемого подхода шкала представляет собой иерархию, в рамках которой следует на основе экспертной информации последовательно определить веса 4-х субшкал, занимающих 1-ый уровень этой иерархии: 1) отношение к медикации; 2) факторы,

связанные с пациентом; 3) факторы, связанные с близким окружением; 4) факторы, связанные с лечащим врачом. А также определить веса факторов, входящих в указанные субшкалы. Количество этих факторов, занимающих 2-ой уровень рассматриваемой иерархии: соответственно, 13 – для 1-ой субшкалы; 8 – для 2-ой; по 2 фактора для 3-ей и 4-ой субшкал. Отметим, что уровни этих факторов операционально описаны в ранговой шкале, поэтому для определения их весов следует использовать нормативный подход МАИ (см., например, Ястребов В.С., Митихин В.Г., 2005; Саати Т., 2008). Для определения весов субшкал, предпочтения которых оцениваются только на основе экспертной информации, следует использовать дескриптивный подход МАИ. Эти подходы МАИ описаны, например, в указанных работах.

Рассмотрим этапы технологии оценки весов субшкал, занимающих первый уровень иерархии шкалы медикаментозного комплаенса. На первом этапе используются экспертные оценки парного сравнения предпочтительности (по важности влияния на оценку комплаенса) субшкал. Оценки парного сравнения выражаются в единицах фундаментальной шкалы МАИ (шкалы отношений), которые представляют собой числовые оценки, допускающие все виды математико-статистических операций. Фундаментальная шкала измерения результатов парных сравнений, используемая в МАИ, была получена (Саати Т., 1993, 2008) на основе базовых соотношений модели нервного возбуждения, которые приводят к известному психофизиологическому закону «стимул-реакция» (известный закон Вебера-Фехнера). Эффективность этой шкалы была проверена во многих приложениях.

На втором этапе формируется и обрабатывается матрица оценок парных сравнений с помощью алгоритмов МАИ. В результате этой обработки получают веса сравниваемых объектов, в нашем случае, получают веса субшкал. На основе усредненных экспертных парных оценок предпочтительности субшкал были получены следующие оценки весомости субшкал: 1) отношение к медикации – 0.32; 2) факторы, связанные с пациентом – 0.28; 3) факторы, связанные с близким окружением – 0.08; 4) факторы, связанные с лечащим врачом – 0.32.

На практике могут использоваться как индивидуальные экспертные оценки парных сравнений лечащего врача для субшкал (персонализированный метод ведения пациента), так и усредненные оценки группы экспертов (например, для случая бригадного метода ведения пациента).

Заключение. На примере шкалы медикаментозного комплаенса представлена технология системного анализа исходной ранговой информации, заключающаяся в преобразовании ее с помощью метода анализа иерархий в кардинальную, числовую информацию, которая допускает любые математико-статистические операции, что, в свою очередь, можно использовать для построения корректных, математических моделей оценки и прогнозирования комплаенса.

Роль психосоциальной реабилитации в снижении суицидального риска после выписки из психиатрического стационара

Моренец Т.В.

Брянская областная психиатрическая больница №1
Брянск

Введение. Улучшение качества психиатрической помощи, развитие суицидологической службы приводит к снижению показателей суицидальной смертности, в том числе в психиатрических стационарах. Дезактуализация суицидальных мыслей достигается медикаментозной терапией психопатологической симптоматики, а также проведением комплекса психотерапевтических и психолого-коррекционных мероприятий. Несмотря на то, что лечение в стационаре имеет охранительный характер, случаи суицидов и суицидальных попыток (СП) во время госпитализации и после выписки имеют место. Их доля невелика, но последствия крайне тяжелые - как медицинские, так и социальные, что может служить значимым показателем для оценки качества медицинской помощи лечебным учреждением и эффективности психосоциальной реабилитации.

Целью исследования являлось улучшение качества оказания суицидологической помощи путем совершенствования системы лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение суицидального риска во время лечения в психиатрических стационарах и в период после выписки. Объективизация суицидального риска проводилась на основании изучения случаев суицидов и СП во время лечения психиатрическом стационаре, в лечебных отпусках (ЛО) и в ранние сроки после выписки. В соответствии с поставленной целью, сформулированы следующие задачи исследования: изучить структуру и клинические характеристики контингента больных, совершивших суицид или СП во время лечения в психиатрическом стационаре и в ранние сроки после выписки (7дней); оценить эффективность превентивных мер в отношении реализации суицидальных тенденций в психиатрическом стационаре в комплексе проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Изучено 60 случаев суицидальных актов, среди которых 12 самоубийств, совершенных во время лечения в психиатрических больницах или в первую неделю после выписки. Проведен анализ особенностей суицидальных действий; учитывались характеристики суицидального конфликта, определялись факторы и степень суицидального риска, их связь с соответствующим спектром психических расстройств. Проводилось комплексное психиатрическое и клиничко-психологическое обследование пациентов с СП во

время лечения в психиатрических больницах Брянска и Смоленска за 2014–2016 г. с применением шкалы депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) и шкалы суицидального мышления Бека (SSI) в первые 48 часов после СП, что соответствовало раннему постсуицидальному периоду. Контрольную группу составили 30 пациентов ГАУЗ БОПБ №1, не обнаруживающие суицидальных форм поведения, сопоставимые по полу, возрасту и нозологии.

Результаты и их обсуждение. Контингент обследуемых лиц по половому фактору распределился равномерно между мужчинами (52%) и женщинами (48%). Средний возраст составил $39 \pm 1,5$ лет. Учитывая неоднородность основной группы по виду, объёму оказания психиатрической помощи и условиям совершения суицидальных действий, было выделено четыре условных подгруппы: пациенты с суицидальным поведением в круглосуточном стационаре - 37%, в дневном стационаре (ДС) - 25%, в ЛО - 10%, совершившие СП или суицид в ранние сроки после выписки 28%.

Нозологическая представленность суицидентов отличалась разнообразием, но преобладали пациенты с расстройствами шизофренического спектра (F2) – 56% исследуемых. Второе по частоте место занимали органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0) – 20%, расстройства настроения (F3) – 16%. Реже регистрировались невротические расстройства (F4), расстройства личности и поведения (F6) – 8%.

Суициды рассматривались отдельно от СП, что обусловлено разными их целями, по определению ВОЗ. В группе суицидов с диагнозом F2 зарегистрировано 68% пациентов, с диагнозом F3 - 16%, с диагнозом F0 и F4 - по 8%. В группе F6 случаев суицидов зафиксировано не было. Случаи суицидов чаще регистрировались после выписки - 66,7%, в стационаре – 33,3% случаев. В ЛО и в ДС случаев суицидов зарегистрировано не было. Это может свидетельствовать о том, что пациенты с наиболее тяжелыми депрессивными расстройствами проходили лечение в стационарных условиях, а также о высоком уровне дезадаптации среди госпитальных больных.

Использование в раннем постсуицидальном периоде шкалы MADRS показало преобладание пациентов с тяжелой депрессией - 76%, против пациентов с умеренной депрессией – 7% и легкой - 17%.

Для оценки актуальности суицидального конфликта и степени суицидального риска в раннем постсуицидальном периоде применялась «Шкала суицидальных мыслей» Применение шкалы SSI выявило высокий суицидальный риск отмечался у большинства пациентов основной группы – в 70% регистрировались высокие и умеренные показатели (более 15 баллов). Выявлены статистические значимые различия в сравнении с контрольной группой.

С целью изучения мотивов суицидальных действий для верификации серьезности суицидальных намерений изучался суицидальный анамнез. В основной группе у 10 пациентов (16,6%) имелись данные о случаях суицидов в семье. Для большинства суицидентов данная попытка была повторной - 53,3%. Неоднократные СП регистрировались у 21,7%, среди которых у 3 человек (5%) было более 10 суицидальных попыток в анамнезе.

Среди способов СП чаще всего регистрировались случаи самопорезов (33,3%) и случаи самоповешения или самоудушения (27%), случаи самоотравления лекарственными средствами (25%). Несколько реже встречались падения с высоты (8,3%) и попытки самоутопления (6,4%). Среди способов совершения суицидов, наоборот, падения с высоты, наряду со случаями самоповешения, встречались значительно чаще (41,6%), что обуславливает высокий коэффициент летальности при использовании данного способа. Зарегистрировано по одному летальному случаю отравления лекарствами (8,3%) и нанесения самопорезов (8,3%).

Медикаментозная терапия депрессивных состояний является значимым антисуицидальным фактором, в то же время неверный подбор антидепрессантов может существенно повысить суицидальный риск при определенных клинических состояниях. Анализ фармакотерапии позволил выявить следующие негативные тенденции: отсутствие или редкая корректировка медикаментозного лечения в 50% случаев; резкая отмена препаратов седативного действия накануне суицидальной активности –40%; отсутствие нормотимической терапии – 30%; назначение антидепрессантов стимулирующего действия, в дозах, превышающих средние терапевтические – 20%, из которых большая часть сопровождалась одновременной отменой седативной, нейролептической терапии. Психотерапевтические и психокоррекционные мероприятия проводились среди 20% пациентов основной группы во время лечения в круглосуточном стационаре или в ДС. После выписки мероприятий по психосоциальной реабилитации не проводилось.

Выводы. 1. Пациенты, проявляющие суицидальное поведение в психиатрическом стационаре или в ранние сроки после выписки, страдают тяжелой эндогенной или экзогенно-органической патологией с преобладанием в клинической картине выраженного депрессивного синдрома, зачастую с СП в прошлом. 2. Динамическая оценка суицидального риска должна сопровождаться коррекцией проводимой психофармакотерапии с учетом типа депрессии и выраженности ее основных симптомов. 3. Суицидальная активность в ЛО и после выписки часто является показателем низкой эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, а также может свидетельствовать о развитии социальной дезадаптации в связи с длительным нахождением в психиатрической больнице, инвалидизацией вследствие прогрессирующего психического расстройства. В свою очередь, все это может свидетельствовать о низкой результативности мероприятий психосоциальной реабилитации в системе психиатрической помощи. 4. Случаи суицидов и СП требуют анализа ошибок диагностики и терапии суицидентов, что позволит повысить эффективность мер безопасности пациентов в плане совершения аутоагрессивных действий и снижения показателей суицидальной смертности.

Возможности арт-терапии в решении социально-психологических проблем пациентов

Назарова Н.Р.

Психоневрологический диспансер №5
Санкт-Петербург

Актуальность. Процесс преодоления проблемных ситуаций можно считать процессом социально-психологической адаптации личности. Многие авторы определяют адаптивность как эффект регулятивных механизмов, позволяющих человеку синхронно перестраиваться в связи с изменениями в среде. Такая перестройка сложна для людей с психическими заболеваниями.

В настоящее время количество людей, страдающих от психического неблагополучия, неуклонно растет, приводя при этом человека к социальной дезадаптации. Причиной госпитализации в психиатрическую больницу для большинства пациентов является нарушение социальной адаптации и невозможность самостоятельно решить возникающие жизненные проблемы. У больных шизофренией социальное функционирование нарушается рано и глубоко. Как сам факт наличия психического заболевания, так и прогрессивность шизофренического процесса могут кардинальным образом влиять на социальное функционирование пациентов и менять их социальный статус.

Различные факторы оказывают влияние на адаптацию больных, страдающих психическими расстройствами. Их реабилитация должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышения качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности. Групповая арт-терапия, включенная в реабилитационный процесс, позволяют пациентам поверить в собственные силы и восстановить творческий потенциал, присущий здоровой личности, помогает заново научиться налаживать социальные контакты.

Цель. В проводимой нами арт-терапевтической работе ставились следующие задачи: ослабление имеющихся симптомов, связанных как с самим психическим расстройством, так и с реакцией на него; достижение более высокого уровня психосоциальной адаптации пациентов; развитие способности выражать свои чувства и мысли как в вербальной, так и невербальной форме; укрепление у пациентов чувства «Я»; совершенствование способности к принятию решений, формирование устойчивой системы социально-значимых связей, интересов и увлечений; улучшение достижений в решениях проблем.

Материалы и методы. Групповая арт-терапевтическая работа проводится нами на базе медико-реабилитационного отделения психоневрологического диспансера в формате открытой группы с 2017 г. Тематические сессии проводятся два раза в неделю продолжительностью по 1,5 часа. В занятиях участвует от 3 до 8 человек. Состав группы непостоянен, хотя есть несколько человек, практически не

пропускающих занятия. Сессии имеют обычную для тематической групповой арт-терапии структуру и включают три основных этапа: введение; этап выбора темы и изобразительной работы; этап обсуждения рисунков, обратной связи, и завершения сессии.

Применяются следующие группы тем и заданий:

- Предполагающие разные формы работы с изобразительными материалами, имеющие своей целью активизацию пациентов, развитие творческого потенциала и ассоциативного мышления (рисование на листах разного формата; знакомство с разными художественными материалами и др).
- Позволяющие пациентам выражать в рисунке свои мысли и чувства, связанные со значимыми проблемными ситуациями и отношениями, и развивать навыки невербальной коммуникации (рисунок проблемы и вариантов ее решения; рисунок решенной проблемы и способов ее решения; рисование способов решения проблемы другого участника; рисунок стресса и способов с ним справиться; парный рисунок и др).
- Способствующие лучшему пониманию пациентами своих чувств и потребностей, направленные на укрепление их идентичности и развитие механизмов психологической защиты, а также на осознание пациентами своей системы отношений, включая отношение к самим себе (рисование эмоций и эмоциональных состояний; рисование того, на что я могу и на что не могу повлиять; запись и прорисовывание сильных сторон участников; негативное и позитивное мышление и др).

Результаты. Об эффективности нашей работы свидетельствует достоверное улучшение субъективных оценок качества жизни и социального функционирования пациентов, более устойчивая положительная динамика их психического состояния. Провести полноценное исследование эффектов арт-терапевтических сессий, проводимых в формате открытой группы, не представляется возможным. По отзывам пациентов, в ходе занятий «приходится задуматься, как выполнить задание, изобразить проблему, стресс, и их решение», «важно то, что можно увидеть и услышать, какие у других проблемы, как они с ними справляются», «не ожидал, что у меня так много сильных качеств, которые заметили другие участники, это приятно», «я поняла, что есть то, с чем я хорошо справляюсь».

Выводы. Интеграция арт-терапии в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий содействует развитию и совершенствованию реабилитационного процесса в психиатрии и способствует социальному восстановлению пациентов.

Психосоциальная и трудовая реабилитация в условиях лечебно-производственных мастерских

Павлова Т.С., Максимова Н.Е.

Областной клинический психоневрологический диспансер
Тверь

Лечебно-производственные мастерские (ЛПМ) работают в Областном клиническом психоневрологическом диспансере с 1964 г. С 2012 г. мастерские располагаются в новом современном здании, оборудованы современными машинами и станками. Активно работает швейное производство, работает столярный и пакетный цех. Пациенты ЛПМ принимают активное участие в благоустройстве территории диспансера. Задачами ЛПМ являются социальная реабилитация, трудовое обучение, трудовая занятость и трудоустройство инвалидов, страдающих хроническими психическими заболеваниями.

На базе ЛПМ для больных, находящихся на лечении в стационарных отделениях диспансера, работают кабинеты эрготерапии, керамический цех и мастерская росписи по батику. В керамическом цехе под руководством мастера пациенты изготавливают глиняные изделия, которые обжигаются в муфельных печах; затем на них наносится рисунок и осуществляется покрытие лаком. В кабинете росписи по батику больные наносят рисунок на ткани (шёлк, шифон, батист), изготавливают шарфы.

В кабинете эрготерапии под руководством инструктора производственного обучения больные осваивают разнообразные техники вязания, вышивания, плетения. Создаются цветы из ткани, картины из лоскутков, в технике квиллинг и т.п., расписываются деревянные доски. С успехом в разнообразных изделиях используется техника «декупаж».

Изготовление изделий является мощным стимулом для улучшения психического состояния пациентов, оказывает положительное воздействие на эмоциональную сферу, повышает самооценку больного человека. Ежедневное посещение мастерских способствует возникновению и укреплению межличностных связей, формированию взаимной поддержки, преодолению чувства отверженности и одиночества. Организованы досуг и условия для творческого развития пациентов. Многие из них составляют основу кукольного театра диспансера, являются членами клуба любителей поэзии, принимают участие в деятельности музыкального коллектива.

Сроки прохождения трудовой терапии в условиях ЛПМ определяются исключительно медицинскими и социальными показаниями. Больные направляются в ЛПМ врачами амбулатории в соответствии с рекомендациями МСЭ (индивидуальной программой реабилитации). Нормы выработки для больных не устанавливаются. Пациенту, в соответствии с имеющимися навыками и умениями, устанавливается разряд тарификационной комиссией. По окончании

трудотерапии в ЛПМ больные, в зависимости от их состояния, могут трудоустраиваться на прежнюю или более легкую работу на предприятиях или цехах для инвалидов. Вознаграждение за труд пациентам ЛПМ производится в соответствии с разрядом и в соответствии с количеством выполняемой продукции. Пациенты обеспечиваются бесплатным одноразовым питанием, получают поддерживающую медикаментозную терапию.

В швейном цехе производится пошив изделий в рамках «государственного задания» - заявки МЗ Тверской области по пошиву мягкого инвентаря для учреждений здравоохранения (постельное бельё, медицинская одежда, рабочая одежда, сорочки, пелёнки, одежда для новорождённых). Правительство области выделяет средства на приобретение тканей, нитей и фурнитуры в нужном объёме и на вознаграждение больных. Производится централизованная передача мягкого инвентаря с баланса диспансера на баланс других медучреждений области.

Столярный цех производит продукцию, используемую в хозяйственной деятельности диспансера: швабры, лопаты, разделочные доски для пищеблока, декоративные ограждения для клумб, скворечники, кормушки для птиц. Силами столярного цеха производиться текущий ремонт инвентаря диспансера. Изготавливается сувенирная продукция, рамки для картин.

Танцевально-двигательная психотерапия с позиций антропософской медицины

Рамос Валерио Л.Э.¹, Оганесян Н.Ю.^{2,3}

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

² Городская психиатрическая больница №6 (стационар с диспансером)

³ Городская психиатрическая больница № 7 им. акад. И.П. Павлова (Клиника неврозов)
Санкт-Петербург

*«...Знайте, что есть две различные звезды,
звезда природы и звезда мудрости».*
Парацельс

Расширенный взгляд на современную медицину происходит за счет рассмотрения не только физической, как постулирует академическая медицина, и не только душевной, как это делает гомеопатия, но и духовной стороны человека, то есть понимание его как триединство тела, души и духа.

Именно это и делает антропософская медицина, используя теоретические труды и практический опыт австрийского ученого и философа Рудольфа Штайнера, основателя антропософии. Название «антропософия» происходит от греческого *antropos* (человек) и *sophia* (мудрость). Этот термин указывает на то, что антропософия занимается развитием духовной мудрости человека через самопознание. На практике духовная наука позволяет нашему знанию выйти за пределы, установленные современной материалистической наукой. Этот подход значительно расширяет возможности врача, занимающегося антропософией, который врачует и тело, и душу, и дух больного человека. Основной целью антропософской медицины является отыскание и развитие природных сил самоисцеления пациента.

В основе современных методов лечения лежат материалистически ограниченные взгляды на человеческое естество, которых не достаточно для понимания целостного образа болезни. Девиз антропософской медицины: «Из Природы — для Человека». Неудивительно, что правильная оценка состояния систем и органов, исходя из понимания их духовных, душевных и физических составляющих, позволяет выработать индивидуальную и очень эффективную терапию для каждого пациента.

В последние годы появилось множество данных о нежелательных и побочных эффектах современных методов лечения. Пациенты в наше время менее склонны безоговорочно принимать на веру рекомендации врача. Они предпочитают подробно обсудить с врачом возможные варианты лечения. Это приводит к быстрому росту популярности альтернативных методов терапии, немедикаментозной терапии, к которой относится и танцевально-двигательная психотерапия.

Этот метод основывается на философских системах гораздо более древних и испытанных, чем принципы современной медицины. Его антропософия или духовная наука рассматривает людей, как существ состоящих из тела, души и духа, и эта расширенная физиология, по результатам работы многих танцевальных терапевтов (Оганесян Н.Ю., Борисова Д.Ю., Рамос Валерио Л.Э., Риковская В.Б. и т.д.) имеет прекрасное претворение в психотерапевтическом контексте.

По древней инкской мифологии человек стоит в центре вселенной и его окружает верхний, срединный и нижний миры. Мир видимый и мир невидимый объединены, окружены символами природы - Земли. Хуакас - духи природы, скал, гор, деревьев, рек, озер. Оба мира — видимый и невидимый — настолько переплетены друг с другом, что один легко может переходить в другой, и силы невидимого мира могут влиять на людей. Именно от них человек получает свою силу, обладая которой, он приобретает «сверхъестественные» способности, которые может использовать для блага своего племени. Мало того, индейцы полагали, что человеку постоянно — от рождения до смерти — требуется помощь невидимых сил: ни в одиночку, ни с соплеменниками он не добьется успеха в жизни и не решит сложных проблем, отгородившись в своем мирке от всего невидимого.

Одной из основных теорий, необходимых для понимания принципов Аюрведы, является теория пяти первоэлементов: Эфир, Воздух, Огонь, Вода, Земля. Считается, что всё во вселенной, включая человеческие тела, состоит из этих первоэлементов. Вернее, всё наделено свойствами этих первоэлементов. Тело – это стояние пяти элементов, таких как: Земля – твёрдое; Вода – жидкое; Огонь – горячее; Воздух – движущееся; Пространство – пористость, нестатичное. Природа эфира – пространство. Везде, где есть пространство, присутствует первоэлемент эфира. Из эфира образуются все остальные первоэлементы. Природа воздуха - легкость и подвижность. Все, что движется, содержит первоэлемент воздуха. Природа огня – тепло. Любое тепло содержит первоэлемент Природа земли – твердость. огня. Природа воды – текучесть. Она присутствует в любых жидкостях. Всё твёрдое имеет природу первоэлемента земли.

Человеческая телесность, с точки зрения антропософской медицины, представлена морфо-функциональной триадой: нейро-сенсорной системой с функциональным центром в полости черепа; ритмической системой, локализованной в грудной клетке; системой обмена веществ, охватывающей обменные процессы и наиболее ярко представленной в брюшной полости и мышцах конечностей. Эта телесная трехчленность соответствует душевной трехчленности человека: нейро-сенсорная система – носитель мышления; ритмическая система – носитель чувствования; система обмена веществ – носитель воли.

Трехчленность представлена во всем организме, на всех уровнях его функционирования – от органного до клеточного. На каждом возрастном этапе развития человека она претерпевает соответствующие изменения. При этом ритмическая система постоянно балансирует между двумя полюсами – нервно-чувственным и обменным, обеспечивая необходимое лабильное равновесие.

Выведение ее из равновесного состояния приводит к возникновению болезни. Правильная оценка состояния систем и органов исходя из понимания их духовных, душевных и физических составляющих, и использование принципа трехчленности позволяет выработать индивидуальную терапию для каждого пациента.

Принадлежность танцевально-двигательной психотерапии к сфере антропософской медицины основывается, прежде всего, на «лечебной эвритмии» терапии движением, психотерапевтической работе с координацией движений, музыкальных ритмов и когнитивно-коммуникативной составляющей метода в целом. Метод - самая ценная вещь, которую мы можем наследовать от наших предков. Иногда необходимо учиться всю жизнь, чтобы реализовать простейшую, а иногда и самую простую вещь, настолько сложную, что она привязана ко всем нашим знаниям.

Разработанная методика исследования эффективности танцевально-двигательной психотерапии «КМСЭ» (Рамос Валерио Л.Э., 2017-2018) направлена на комплексное видение состояния человека - коммуникативное, моторное, социальное и эмоциональное. С медицинской точки зрения, она включает в свою обработку клинический метод и в качестве инструмента помощи не мешает врачу и не препятствует его терапевтическому аспекту, а, скорее, играет роль эффективного катализатора в человеческой медицине. И важно помнить, что мы имеем дело с людьми, потому что в последнее время резкий технический прогресс затмил некоторые сущности медицинских знаний. Танцевально-двигательная психотерапия - это метод, раскрывающий человека, как в период болезни, так и в период здоровья.

Психологические особенности и содержание бреда лиц разного пола с ранним дебютом параноидной шизофрении

Рождественский В.И.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Санкт-Петербург

Введение. При параноидной шизофрении бред является одним из основных дезадаптирующих симптомов, на купирование которого направлена психофармакотерапия и психологическая интервенция. Однако связь содержания бреда с психологическими особенностями пациентов на сегодняшний день изучена недостаточно, что осложняет разработку психотерапевтических программ. Представляется важным исследовать психологические особенности больных на основании анализа содержания их бреда как продукта деятельности, пусть и патологической, поскольку опросниковые инструменты обладают существенным рядом ограничений, в частности не валидизированы на клинической выборке.

Цель исследования — выявление взаимосвязей между психологическими особенностями лиц разного пола и содержанием их бреда при раннем дебюте параноидной шизофрении.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 20 мужчин (средний возраст — $18,6 \pm 1,56$ года) и 20 женщин (средний возраст — $18,0 \pm 2,2$ года) с верифицированным диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ-10), стаж заболевания которых не превышал 3-х лет. Анализу были подвергнуты фабулы бреда, зафиксированные на момент первичного попадания пациентов в психиатрическое учреждение, что позволило исключить влияние психофармакотерапии на бредовые переживания.

Были использованы следующие методы: метод качественно-количественного анализа содержания (дедуктивный контент-анализ, психолингвистический анализ лексической структуры с подсчетом коэффициентов Трейгера, опредмеченности действия и индекса прегнантности Эртеля), статистические методы анализа эмпирических данных (кластерный анализ методом Варда, корреляционный анализ с расчетом коэффициента ранговой корреляции по К. Спирмену).

Исследование проведено на базе СПбГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко».

Результаты и их обсуждение. В результате дедуктивного контент-анализа, основанного на структурно-типологической теории текста В.Я. Проппа, в содержании бреда мужчин было выделено 14 функций и 9 персонажей, их исполняющих. После процедуры кластеризации было получено три кластера, отражающих смысловую структуру бреда.

Первый кластер «Система отношений к себе и окружающим» имеет в центре самого больного, который характеризуется самоуничижением (например, «Ничего

не могу. Зачем жить?», «В моей внешности что-то не так»). Окружающие люди наделяются странным поведением, кроме того, они вредят и странно себя ведут. В итоге можно заключить, что больной не уверен в себе, ему не нравится собственный образ. Возможно, именно с этим связано то, что окружение воспринимается им враждебно (пациент проецирует на людей вокруг свое негативное отношение к самому себе).

Второй кластер был назван «Болезнь и непосредственное общение». По-видимому, его ядро составляют странные телесные ощущения, отмечающиеся больными, и изменения в себе. Можно предположить, что эти феномены затем вызывают страх и ощущение нереальности. Ровесники и государственные организации ассоциируются с ипохондрией, то есть с поиском у себя каких-либо заболеваний. Соседи и коллеги по работе находятся в тесной связи с болезнью, к ним примыкают больные в палате. Несколько обособленно располагается персонаж «Мать», который в содержании бреда связывается с функциями «Избранность/значительность» и «Озарение».

Третий кластер — «Недифференцированное воздействие». Его центром является неопределенный персонаж, который влияет/воздействует и обладает сверхспособностями. Можно сделать предположение (основание для него находим в кластерном дереве), что может иметь место причинно-следственная связь: неопределенный персонаж потому влияет, что обладает сверхспособностями.

В содержании бреда женщин было выделено 12 функций и 9 персонажей, которые вошли в 4 кластера.

Первый кластер — «Система отношений с окружающими». Сами пациентки не наделяются какой-либо активностью, они лишь воспринимают вредительство, осуществляемое окружающими людьми.

Второй кластер — «Ощущение нереальности вокруг». Персонажами, входящими в него, являются соседи и персонифицированный женский персонаж. Эти герои странно себя ведут и обладают сверхспособностями, чем создают, по-видимому, у пациенток ощущение нереальности происходящего вокруг.

Третий кластер называется «Фантазирование и беременность». Основываясь на кластерном дереве, можно выдвинуть предположение о том, что беременность воспринимается пациентками как показатель некой избранности/значительности, при этом задействованными оказываются ближайшие родственники — персонажи «Мать» и «Другие родственники», — а также ровесники. Фантазирование сопряжено со страхом, к ним примыкает уничижение. Персонифицированный мужской персонаж, стоящий несколько в стороне, ассоциируется со странными телесными ощущениями и слезкой.

Четвертый кластер — «Недифференцированное воздействие». В него входит неопределенный персонаж, который влияет/воздействует, но не обладает сверхспособностями.

Психологические особенности пациентов были определены на материале лексической структуры их бреда в результате вычисления психолингвистических коэффициентов, затем были выявлены взаимосвязи между кластерами содержания бреда и психолингвистическими коэффициентами. Получена единственная статистически значимая корреляционная связь: в группе мужчин с кластером

«Болезнь и непосредственное общение» положительно коррелирует коэффициент Трейгера ($r_s = 0,75$, $p < 0,01$). Психологическая интерпретация полученной взаимосвязи имеет следующий вид: чем выше у мужчин юношеского возраста активность и готовность к практическим действиям, тем чаще в содержании их бреда при дебюте параноидной шизофрении будет звучать тема собственной болезни, сопряженная с непосредственным общением. Очевидно, молодые мужчины с такими личностными особенностями склонны пытаться понять собственное заболевание, найти его причину и действенные способы лечения, то есть принимать активное участие в процессе выздоровления. В итоге это зачастую оборачивается тем, что болезненные переживания становятся доминирующими, пациенты начинают перестраивать свою жизнь таким образом, чтобы больше прислушиваться к собственному организму, ограждать его от неблагоприятных воздействий, — возникает ипохондрия (на это указывает наличие в кластере функций «Ипохондрия» и «Странные телесные ощущения»).

Заключение. При раннем дебюте параноидной шизофрении содержание бреда связано с некоторыми психологическими особенностями (активность — пассивность, ориентация на практические действия, зависимость и тревожность) пациентов только в группе мужчин. Это дает основание предположить, что фабула бреда в большей степени определяется другими факторами (например, пол и возраст пациентов, социокультурные условия определенного исторического периода).

Работа с телом в терапии избегающего расстройства личности

Рыбаков П.В.

Клиническая психиатрическая больница №1
Нижний Новгород

Настоящее сообщение представляет обзор клинического случая пациентки Т., 55 лет, с диагнозом «избегающее развитие личности».

Анамнез жизни. Младший ребенок в семье, есть старшая сестра. Росла в полной семье. Отец занимал руководящие должности, злоупотреблял алкоголем. Мать работала врачом, по характеру была холодной, отстраненной («маму побаивалась, не было в ней душевности»). Конфликтов в семье не было, но обстановка была напряженная («между родителями не было взаимопонимания»). Образование высшее, медицинский институт, педиатрический факультет. В течение 20 лет работает иглорефлексотерапевтом в реабилитационном центре для детей с ограниченными возможностями. Дважды была замужем, от обоих браков имеет детей (от каждого брака по дочери). С мужьями расставалась на фоне их злоупотребления алкоголем. В течение последнего года проживала с семьей младшей дочери.

Анамнез заболевания. Состояние изменилось в начале осени 2012 г., когда у пациентки появились отношения с мужчиной. Младшая дочь была против отношений. В этот момент у дочери не складывались отношения с коллективом в колледже, пациентка сильно переживала за нее. Не хотела расставаться с мужчиной и боялась усугубить состояние дочери. В конце октября 2012 г. получила результаты профосмотра, где была рекомендована консультация мамолога в связи с подозрением на мастопатию. За медицинской помощью не обращалась. Стала лечиться настойкой мухомора. После 5 дней терапии появились головокружения, ощущала «движение крови по сосудам», «гудение всего тела», состояние оглушенности, была возбуждена, плохо спала ночью.

Лечилась у невролога, без эффекта. Обратилась к психиатру в частную клинику, было назначено лечение антидепрессантами и транквилизаторами. После лечения появилась бессонница. Выйдя из отпуска, стала обращать на себя внимание коллег заторможенностью («все говорили мне, что я очень изменилась, на лице у меня депрессивная маска»). Длительное время лечилась в дневном стационаре. Психотерапевтическое лечение и медикаментозная терапия существенных результатов не давали. Дважды лечилась в круглосуточных отделениях, один раз в связи с суицидальной попыткой, также без существенного эффекта. Нарастала стойкая социальная дезадаптация – стала вести замкнутый образ жизни, перестала общаться с подругами, реже выходила на улицу, испытывала сильный страх в людных местах.

Запрос на психотерапию: малая эффективность медикаментозного лечения; основные жалобы: неясное, пугающее состояние, трудно дифференцируемое и

необъяснимое для пациентки, вызванное, по ее мнению, необратимыми изменениями в головном мозге.

Терапия: основное направление - гештальт-терапия, телесно-ориентированная терапия; основной теоретический материал – периодизация Маргарет Малер (в данном случае особую актуальность имело обращение к подфазе восстановления отношений); концепция контейнирования Биона; основные техники - телесные практики (биоэнергетический анализ А. Лоуэна, некоторые упражнения, предложенные В. Баскаковым).

В этой работе автор исходил из представления о тревоге и фобиях, как о *родительской функции и способе адаптации*. Первые три года ребенка направлены на то, чтобы он отделился от матери и смог начать адаптироваться в кругу сверстников (концепция сепарации-индивидуации Маргарет Малер). Ребенок может отделиться от матери, только чувствуя себя защищенным и принятым матерью (подфаза постоянства объекта в периодизации Маргарет Малер). Защита здесь предполагает не только ограждения от непосредственной физической опасности, но и предупреждение столкновения с чрезмерно сильными чувствами. Если ребенок испытывает страх, то мать успокаивает его - словами и объятиями - таким образом, сильный и труднопереносимый страх ребенка превращается в легкое и переносимое переживание (концепция контейнирования Вильфреда Биона). Слова и объятия - это границы для разрушающего аффекта, чтобы превратить его в тонкое переживание. Кроме того, когда мать успокаивает ребенка в момент сильных переживаний, он чувствует себя принятым ею и получает для себя сначала внешнее, а затем внутреннее разрешение на ощущение и проявление сильных эмоций.

Если родители по какой-то причине не справлялись с этой задачей, то ребенок был вынужден справляться с ней самостоятельно. Он вынужден сам создавать себе границы. Диффузная тревога делает пациента осторожным и подозрительным, он находится в состоянии постоянного напряжения (в том числе и мышечного), его жизнь становится одинокой и ограниченной. Имея такой симптом, человек защищает себя в непривычных для него условиях.

В случае данной пациентки, речь идет о сепарационной тревоге (симптом возник в момент отделения дочери от пациентки - подростковый возраст - и пациентки от дочери - формирование отношений с мужчиной). В этом клиническом случае работа с телом помогает пациенту создать эти границы и чувствовать себя защищенным без своего симптома.

Предварительные итоги терапии (Что получилось?). Пациентка более конкретно обозначает свои жалобы. Снизилась интенсивность страха. Стала чаще находить взаимосвязи между внутренним состоянием и жизненными событиями, разговор с жалоб все чаще переходит на разговор об отношениях. Снизились дозировки медикаментозных препаратов. Произошел переход к стабильной монотерапии.

Дальнейшие направления в терапии (Куда двигаться дальше?). Дальнейшее создание опор - внутренних телесных и внешних (терапевт и ближайшее окружение). Работа с агрессией - направлена на более яркое предъявление себя и отстаивание собственных границ.

К вопросу об отчуждении больных шизофренией

Ряполова Т.Л., Абрамов В.А., Бойченко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецк, ДНР

Формирование патогенетически обоснованной биопсихосоциальной модели сущности психических расстройств предполагает использование как операциональной, так и категориальной диагностики. Категориальный подход основан на феноменологической характеристике психических расстройств и предполагает возможность проникновения в субъективный мир больного. Однако в реальной клинической практике врачи-психиатры лишь периодически используют конкретные высказывания больных при описании психического состояния. Современные больные шизофренией не только в силу имеющихся у них когнитивных и эмоционально-мотивационных проблем, но и в силу особенностей современного общества и образования, ориентированного на клиповое мышление в условиях нарастающего потока информации, испытывают естественные затруднения в самоанализе или репрезентации происходящего с ними. Поскольку тезис М. Bleuler о том, что шизофрения требует изучения жизни и индивидуальности больных, остается по-прежнему актуальным, нами осуществлена попытка, взяв за основу методологические принципы дименсионального подхода, предложить больным шизофренией стандартизованные опросники, предположив, что стандартные формулировки помогут пациентам выразить субъективные переживания и обратиться к своему внутреннему миру, поскольку индивидуальное понимание пациента, стоящее недалеко от правды тонкое объяснение шизофрении, способствует уменьшению алиенации (отчуждения) больных (G. Stolz-Ingelath, 2000).

Целью настоящего исследования являлось определение особенностей отчуждения больных шизофренией в зависимости от продолжительности заболевания, кратности психотических эпизодов и количества госпитализаций в психиатрический стационар для дифференциации методов психосоциальной реабилитации.

Материал и методы исследования.

Исследование отчуждения проводилось у 74 больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра в Республиканской клинической психиатрической больнице г. Донецка (45 мужчин (60,8%) и 29 женщин (39,2%) в возрасте от 18 до 55 лет). В исследовании использовались методы: клиничко-анамнестический (с заполнением «Индивидуальной карты клинического и социально-демографического анализа истории болезни больного шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра»), клиничко-психопатологический, психодиагностический (исследование отчуждения с помощью опросника субъективного отчуждения для взрослых - ОСОТЧ-В, в адаптации Е.Н. Осина,

2010) и метод математической обработки результатов (с использованием лицензионного пакета статистического анализа – «Statistica 7.7» (StatSoft) на IBM PC/AT).

Результаты исследования и их обсуждение.

При анализе отчужденности у больных с различной давностью заболевания обращала на себя внимание относительная сохранность взаимоотношений с окружающим миром у больных с длительностью заболевания менее 5 лет, при нарастании отчуждения по мере увеличения давности заболевания. Однако в коммуникациях с окружающими людьми у пациентов данной группы отмечался более высокий уровень отчужденности ($36,25 \pm 23,6$) с тенденцией к нарастанию общего показателя отчуждения от других людей в группе больных с длительностью заболевания свыше 5 лет ($46,75 \pm 32,7$). В течение первых лет болезни пациенты сохраняли интерес к работе, и профессиональная деятельность входила в систему ценностей (средний балл отчуждения от работы - $26,4 \pm 12,86$). В группе больных с длительностью заболевания свыше 5 лет отмечалось нарастание отчуждения от работы вплоть до неспособности поверить в истинность и ценность данного вида социальной активности. В то же время, часть пациентов на фоне переживания бессмысленности жизни предпринимала компульсивные попытки приступить к работе, пусть даже не в соответствии со специальностью, что на фоне нарастающего эмоционально-мотивационного снижения расценивалось ими как экстремальные действия и нашло отражение в достоверном ($p < 0,05$) повышении показателя авантюризма в отчуждении от работы у пациентов с давностью заболевания более 5 лет ($49,1 \pm 21,8$), в сравнении с аналогичным показателем в группе больных с меньшей длительностью болезни ($23,7 \pm 33,2$).

Во взаимоотношениях в семье пациенты обнаруживали относительную сохранность контактов при длительности заболевания менее 5 лет ($27,5 \pm 18,7$) с нарастанием отчуждения при увеличении продолжительности болезни ($50,0 \pm 32,7$), причем в последнем случае больные достоверно ($p < 0,05$) чаще занимали деструктивную позицию. При этом часть пациентов предпринимали неконструктивные попытки или наладить взаимоотношения, или завести новую семью (авантюризм в показателе отчуждения от семьи в этой группе статистически достоверно ($p < 0,05$) превышал аналогичный в группе больных с давностью болезни до 5 лет).

Вне зависимости от количества перенесенных психотических эпизодов обследованные больные характеризовались умеренной отчужденностью от работы, общества, других людей и от самих себя, причем не наблюдалось тенденции к нарастанию отчуждения в группе больных, перенесших 4 и более психотических эпизодов. Исключение составила отчужденность от семьи: пациенты с большим количеством психотических эпизодов занимали деструктивную позицию на фоне утраты смысла семейных отношений (различия показателя нигилизма в отчужденности от семьи между группами статистически достоверны ($p < 0,05$)). Полученные данные могут быть основанием для использования семейной терапии уже на начальных этапах заболевания с целью профилактики дисгармонии внутрисемейных отношений больных шизофренией.

Количество госпитализаций в психиатрический стационар оказалось фактором, наиболее явно влияющим на отчужденность в различных сферах жизни с очевидной тенденцией к нарастанию субъективной изоляции пациентов, чаще госпитализированных в психиатрическую больницу. Нарастание отчуждения от работы проявлялось компульсивным поиском экстремальных видов деятельности (или несвойственной пациентам до заболевания) вследствие ощущения бессмысленности участия в трудовой деятельности или же полным обесцениванием идеи занятости на рабочем месте (различия в показателях авантюризма и вегетативности в отчуждении от работы между группами статистически достоверны ($p < 0,05$)).

Отчуждение от общества наиболее ярко проявлялось в группе пациентов, имевших 2-3 госпитализации в психиатрический стационар. Примерно с одинаковой частотой наблюдались деструктивное поведение (показатель авантюризма $53,9 \pm 19,6$) и обесценивание идеи общественной жизни (показатель вегетативности $47,7 \pm 30,6$). У больных с кратностью госпитализаций 4 и более отчуждение от общества характеризовалось утратой веры в свои способности, однако осознание важности аспекта общественной жизни в основном сохранялось (показатель бессилия $53,1 \pm 25,1$). Немаловажную роль в нарастании отказа от общественной жизни играла как стигматизирующая больных обстановка психиатрического стационара, так и наклеивание ярлыка психически больного со стороны общества. Поэтому участие пациентов в антистигматизационных программах, наряду со специфическими психотерапевтическими воздействиями, является важным фрагментом личностно-ориентированных подходов к оказанию помощи данному контингенту больных.

Выводы. Таким образом, у обследованных больных шизофренией отчужденность наблюдалась в основном с сферах работы и семьи. На показатели отчуждения от работы оказывали влияние длительность заболевания и частота госпитализаций в психиатрический стационар, отчуждение от семьи усугублялось и видоизменялось по мере нарастания давности заболевания, увеличения количества перенесенных психотических эпизодов и кратности госпитализаций. Полученные данные определяют точки приложения специфических и неспецифических личностно-ориентированных методов оказания помощи и поддержки больным шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра.

Апатическая депрессия: морфометрический анализ

Самотаева И.С.^{1,2}, Гаскин В.В.², Аведисова А.С.³,
Захарова К.В.³, Аркуша И.А.³, Гехт А.Б.²

¹ Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН

² Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева ДЗМ

³ ФМИЦ ПН им. В.П. Сербского МЗ РФ

Москва

Апатия является часто встречающимся симптомом депрессии пожилого возраста. Отягощение депрессивного расстройства апатией сопряжено с когнитивными нарушениями, снижением качества жизни, ухудшением прогноза развития заболевания. При этом, мало исследован вопрос о влиянии апатии на нейроанатомические изменения головного мозга у пациентов с депрессией.

Целью настоящей работы было определение нейроанатомических коррелятов апатии у пожилых людей с впервые выявленной депрессией.

Материалы и методы. Наличие и тяжесть депрессии и апатии у испытуемого определялись психиатром при проведении клинического интервью и заполнении шкалы депрессии Гамильтона и шкалы апатии (AS). Депрессия считалась клинически выраженной при наборе испытуемым 8 и более баллов по шкале Гамильтона; апатия – при наборе 14 и более баллов по AS. Основным методом исследования было получение и последующий морфометрический анализ МРТ-изображений головного мозга пациентов с впервые выявленной в пожилом возрасте депрессией. В работе приняли участие 35 пациентов старше 60 лет и 22 добровольца соответствующего возраста без существенных неврологических или психических нарушений. МРТ проводили на томографе Toshiba (Япония) с напряженностью магнитного поля 1,5Т.

Результаты и обсуждение. Морфометрический анализ МРТ-изображений показал, что апатия у пациентов с депрессией пожилого возраста была связана с атрофией коры головного мозга в латеральной префронтальной области, а также со снижением объема серого вещества в хвостатом ядре справа и прилежащем ядре слева. В свою очередь, увеличение тяжести депрессии (суммарный балл по шкале Гамильтона) было связано с уменьшением общего объема серого вещества коры левого полушария, уменьшением толщины коры в медиальной глазничнолобной области билатерально, ростральной части передней поясной извилины слева, перешейке справа, а, кроме того, с увеличением площади поверхности энторинальной коры. Выявленные в настоящей работе области атрофии и морфологические корреляты апатии в структуре депрессии представлены теми же регионами, которые специфично характеризуют апатию при других психических и неврологических нарушениях, а именно - структурами базальных ганглиев и латеральной префронтальной коры. Это указывает на возможность существования единого патологического механизма, лежащего в основе апатии, вне зависимости от характера имеющегося заболевания.

Мотивация, самооценка и коммуникативные особенности больных шизофренией с дефицитарными нарушениями в процессе реабилитации с использованием танцевдвигательной терапии

Сарайкин Д.М.¹, Бабаева Е.Г.²

¹ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ

² Психоневрологический диспансер №6
Санкт-Петербург

Введение: Главными задачами танцевальной терапии (ТДТ) у больных шизофренией являются восстановление коммуникативных функций, невербальное обучение жить «здесь и теперь», понимание различий «периода здоровья» и «периода болезни», формирование более активной жизненной позиции. По причине недостатка коммуникативных контактов и сложности с речевым выражением эмоций, таким больным показана ТДТ на стадии реабилитации. В процессе ТДТ они могут приобрести умение восстанавливать (переводить) гипертрофированные образы своих «видений» в более позитивные и гармоничные, учатся контролировать эмоции, приобретают навыки самостоятельной работы с телом. Поддерживающая ТДТ может дать больному ощущение понимания, дружбы, любви, привязанности (которых им очень не хватает в жизни). На сессиях больные могут коснуться этих важных чувств, происходит их привлечение к сотрудничеству в проигрывании невербальных образов и жизненных ситуаций.

Задачи исследования: 1. Изучить состояние мотивационной сферы (уровень притязаний, стратегии целедостижения и т.д.) больных шизофренией до и после курса ТДТ. 2. Изучить самооценку и образ себя до и после курса ТДТ. 3. Изучить особенности коммуникации больных шизофренией (в т.ч. агрессивность) до и после курса ТДТ. 4. Изучить оптико-моторную координацию до и после курса ТДТ. 5. Изучить влияние следующих параметров: пол, количество госпитализаций, выраженность нейролепсии на динамику исследуемых показателей.

Методы исследования: экспериментально-психологический (исследование уровня притязаний; исследование самооценки по Дембо-Рубинштейн; тест «Рука» Вагнера; оценка координации и темпа движений по Н. Озерецкому), клиничко-психологический метод (беседа - индивидуальная и групповая дискуссия, наблюдение), шкала PANSS.

Объект исследования. Выборку составили 30 больных с диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0), состоящих под наблюдением в ПНД № 6: 43% мужчин и 57% женщин, средний возраст 32±1 год. Больные находились в подостром состоянии или в состоянии неполной медикаментозной ремиссии. В большинстве случаев отмечалась значительная тяжесть заболевания. У преобладающего числа больных заболевание началось в возрасте 17-30 лет и имело большую длительность (в среднем, 13 лет); 85% больных имели 2 группу

инвалидности по психическому заболеванию на протяжении последних 5-13 лет. Все больные получали непрерывную фармакологическую терапию. Клиническая картина характеризовалась бредовыми или галлюцинаторно-бредовыми расстройствами на фоне дефицитарной симптоматики. Негативные расстройства были достаточно выражены и характеризовались ограничением круга интересов состоянием, инфантилизацией, быстрой утомляемостью, бедностью эмоциональных проявлений, снижением энергетического потенциала, что касалось как жизненного планирования, так и будничных повседневных обязанностей, аутизацией, формальностью и прохладностью отношений с родными и т.д. Больные принимали участие в курсе ТДТ длительностью 15 сессий по 1,5 часа каждая, 2 раза в неделю. 5 испытуемых через месяц после начала занятий были выписаны из дневного стационара, и продолжали посещение ТДТ.

Больные были исследованы на момент вступления в группу ТДТ и на момент окончания курса. Ведение группы и экспериментально-психологическое исследование осуществлялось разными специалистами. Динамика рассматривалась как статистически достоверная разность между показателями до и после курса ТДТ. Для оценки динамики метрических показателей с нормальным распределением использовался *t*-критерий для зависимых выборок. Для метрических признаков с ненормальным распределением использовался критерий Уилкоксона для зависимых выборок. Для ранговых бинарных показателей использовался критерий Мак-Немара. Для оценки динамики номинальных признаков применялся *Z*-критерий.

В течение всего периода наблюдения ни одному из пациентов не производились изменения в терапии; у них больных преобладала умеренно выраженная степень нейрорепсии (78,3%). Т.о. изменения в состоянии пациентов, выявленных экспериментально-психологическими исследованиями, были обусловлены, в первую очередь, психокоррекционным воздействием ТДТ, а не влиянием фармакотерапии и нейрорептическим синдромом.

Результаты. У исследованных больных достоверно улучшились коммуникативные навыки, увеличилась доля просоциальных тенденций, общий уровень внешней деструктивной агрессивности снизился. Актуальная самооценка стала достоверно более устойчивой, хотя её общая высота осталась прежней, а представление о себе стало более структурированным. Больные после завершения ТДТ стали демонстрировать большую последовательность стратегий целеполагания, большую устойчивость и реалистичность уровня притязаний, уменьшилась мотивация избегания неудач, однако сама общая высота притязаний не изменилась. В проводимых пробах на оптико-моторную координацию уменьшилось число разнообразных ошибок, то есть повысилось её качество, при сохранении общего невысокого темпа работы. Динамика изученных показателей не являлась принципиально полоспецифичной, за исключением аффективно более окрашенной стратегии целеполагания у мужчин, и отрицательно зависела от числа госпитализаций.

Заключение: Обобщая результаты, можно говорить о положительной динамике по всем отмеченным параметрам состояния больных после прохождения ТДТ. Большею частью это тонкие качественные изменения, но они представляются значимыми, учитывая тяжесть исследуемого контингента больных. Выявленную в ходе ЭПИ динамику показателей можно отнести к психокоррекционному воздействию ТДТ; она не может объясняться исключительно влиянием фармакологического лечения.

Оптимизм и самооффективность как посредники между стигмой и депрессией у гомосексуальных и бисексуальных подростков

Семенова Т.С.¹, Ерзин А.И.²

¹ Областная клиническая психиатрическая больница №1

² Оренбургский государственный медицинский университет МЗ РФ
Оренбург

Введение. В России отношение к людям с бисексуальной и гомосексуальной ориентацией является весьма противоречивым и неоднозначным. В целом, в обществе преобладает негативное отношение к гомосексуальным проявлениям. Стигматизация подростков группы секс-меньшинств является острой проблемой, а профессиональная помощь жертвам гомофобии, к сожалению, осуществляется не на должном уровне.

Очевидно, социальная дискриминация и стигма создают почву для формирования серьезных проблем с самоотношением и нарушают субъективное благополучие гомосексуальных лиц. Но, вопреки негативным социальным влияниям, некоторые личностные особенности защищают их психологическое благополучие и препятствуют возникновению депрессии. Это включает многие позитивные феномены, в частности, оптимизм и самооффективность, мало представленные в публикациях, относящихся к психическому здоровью гомосексуалов.

Оптимизм рассматривается в позитивной психологии как важный психологический предиктор, способствующий высокому субъективному благополучию и полноценному функционированию человека. Оптимизм представляет собой особый атрибутивный стиль мышления, при котором индивид воспринимает негативные события как временные и случайные, а позитивные, счастливые моменты - как закономерные и долговременные.

Самооффективность это конструкт из социальной когнитивной теории Альберта Бандуры, термин, который служит для обозначения веры человека в собственные способности справиться с трудностями. В литературе показано, что самооффективность является психологическим предиктором самопринятия и раскрытия своей сексуальной ориентации. Кроме того, самооффективность играет важную роль в предотвращении рискованного сексуального поведения у гомосексуальных лиц. В свою очередь, низкая самооффективность взаимосвязана с опытом дискриминации, гомосексуальными предрассудками и бедной физической активностью.

Цель исследования: провести анализ особенностей влияния оптимизма и самооффективности на уровень депрессии и стигмы у гомосексуальных и бисексуальных подростков.

Материалы и методы. Выборка исследования состояла из 70 подростков в возрасте 12-16 лет (средний возраст – 14,05 лет), имевших

сексуальное/эротическое влечение к лицам того же пола либо относивших себя к гомосексуалам/бисексуалам. Рекрут выборки проходил посредством крупнейшего российского сообщества в известной социальной сети, озаглавленный как «Дети-404».

Методы. Стигматизация и буллинг оценивались с помощью разработанного нами короткого опросника, который включал в себя такие пункты как отношение родителей к гомосексуальной ориентации их детей, вербальная агрессия в школе среди сверстников, а также насилие хотя бы единожды в связи с гомосексуальностью. Выраженность стигмы оценивалась в зависимости от ответов респондентов в диапазоне от 0 (отсутствие стигматизации) до 3 (самая тяжелая степень стигматизации). Кроме этого нами использовались шкала Кинси, шкала «Самоэффективности» в адаптации В.Г. Ромека, тест «Диспозиционного оптимизма» в адаптации Т.О. Гордеевой, О.А. Сычева и Е.Н. Осина.

Результаты и их обсуждение. Как показало структурированное интервью на основе короткого опросника, 67 (95,7%) подростков подвергались в той или иной степени стигматизации и буллингу. Только 3 (4,3%) участника ответили, что они никогда не испытывали влияние стигмы. Все 67 респондентов сказали, что чувствовали нейтральное или негативное (более часто) отношение родителей к их сексуальной ориентации. 49 (70%) подростков сообщили, что они стали жертвами вербальной агрессии (ругательства, навешивание ярлыков, насмешки) со стороны сверстников в школе. 24 (34,3%) участников признались, что были хотя бы раз избиты одноклассниками из-за их гомосексуальности; 8 (11,4%) ответили, что они подвергаются физическому насилию регулярно.

Было выявлено, что 14 (20%) подростков имели легкую степень депрессии. 7 (10%) респондентов имели умеренный уровень депрессии. Тяжелая депрессия была выявлена у 19 (27,2%). Как показало структурное моделирование, стигматизация и школьный буллинг прямо влияют на уровень депрессии у гомосексуальных и бисексуальных подростков. Как оказалось, существенная доля факторов, которые влияют на возникновение депрессивных симптомов у гомосексуальных подростков, включает негативное отношение общества к проявлениям гомосексуальности.

Далее мы изучали личностные факторы, такие как диспозиционный оптимизм и самооффективность. У 31 (44,3%) респондента был выявлен низкий уровень оптимизма. 14 (20%) бисексуальных и гомосексуальных подростков показали средний или умеренный уровень оптимизма. Только 25 (35,7%) продемонстрировали высокие показатели оптимизма. Статистически в обследованной выборке преобладают баллы оптимизма ниже среднего уровня.

Как показывают результаты, умеренный и низкий уровень самооффективности был выявлен у 33 (47,1%) и 32 (45,7%) подростков соответственно. Высокие баллы по самооффективности набрали только 5 (7,1%) респондентов. В среднем, в исследовательской выборке умеренные значения самооффективности доминируют.

Нами была разработана структурную модель, демонстрирующая посредническую роль оптимизма и самооффективности в процессе влияния стигматизации на депрессию у обследованных подростков. Как было установлено,

стигма и школьный буллинг слабо влияют на уровень оптимизма. В целом, оптимизм как личностная черта и атрибутивный стиль мышления оказывается устойчивым к влиянию антигомосексуальной дискриминации, вербальной агрессии и насилию в школе.

Как и ожидалось, оптимизм оказывает прямое позитивное влияние на уровень самооффективности. Будучи более онтогенетически ранним психологическим предиктором, оптимизм создает почву для формирования высокой общей самооффективности. В свою очередь, самооффективность смягчает влияние стигмы, негативно влияя на выраженность депрессии у подростков.

Обсуждение. Исследование показало, что 67 из 70 обследованных подростков подвергались стигматизации и буллингу из-за их сексуальной ориентации. Стигматизация и буллинг играют немаловажную роль в возникновении стрессовых и депрессивных расстройств психогенного характера, которые могут проявляться на аффективном и соматическом уровнях. Мы обнаружили, что более половины обследованных респондентов страдают легкой, умеренной или тяжелой депрессией.

В данном исследовании мы рассмотрели два психологических конструкта, которые могут редуцировать влияние дискриминации и гомонегативности на выраженность депрессии. Оптимизм и самооффективность как когнитивные предикторы могут сильно компенсировать пагубное воздействие стигмы. Мы установили, что школьный буллинг и стигматизация почти не связаны с уровнем оптимизма. Ожидание позитивных последствий в будущем является нормальным для некоторых ЛГБТ-подростков, и это опосредованно (через самооффективность) влияет на депрессию, снижая ее уровень. Те подростки, у которых есть высокая общая самооффективность (а значит, и оптимизм), менее подвержены депрессивным расстройствам.

Выводы. Мы рекомендуем клиническим психологам, психотерапевтам и социальным работникам обращать внимание на самооффективность и оптимизм как важные механизмы психотерапевтического процесса. Перспектива этого исследования предполагает дальнейшее изучение личностных ресурсов и когнитивных стилей, помогающих преодолевать последствия стигмы и стрессов сексуальное меньшинство подросткам. Мы видим будущее направление исследований в аспекте разработки или модификации существующих моделей психотерапии и психосоциальной поддержки для молодых людей, страдающих от депрессии в связи с их сексуальной ориентацией.

Психические расстройства и туберкулез: особенности коморбидности

Синева А.И.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко
Санкт-Петербург

Постановлением Правительства РФ №715 от 01.12.2004 г. психические расстройства и туберкулез включены в перечень социально значимых заболеваний. По данным разных авторов, среди больных туберкулезом выявляется от 42,7 до 72,7% лиц с психическими расстройствами и наркологическими заболеваниями [4, 5, 6]. Психически больные, особенно страдающие шизофренией, отличаются повышенной склонностью к заболеванию туберкулезом, что многими исследователями объясняется сниженной иммунологической реактивностью организма в результате нарушения регуляции высшей нервной деятельности, обусловленного психотическим расстройством; неполноценным питанием или отказом от пищи вследствие измененного психического состояния; нарушением в связи с болезнью выполнения гигиенических навыков и требований; снижением социальной и трудовой активности.

В 1990-е годы после распада Советского Союза, на фоне глобальных социально-экономических изменений 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 [2, 5].

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. Эти факторы способствуют его позднему выявлению, формированию хронических деструктивных форм туберкулеза, удлиняют период лечения [4]. Кроме того, психическое состояние не всегда позволяет собрать полный анамнез заболевания, провести пациенту рентгенологическое и другое дополнительное обследование, собрать мокроту (последнее обусловлено не только непониманием инструкций, отказом от манипуляции по бредовым мотивам или негативизмом, но и сухостью слизистых на фоне приема препаратов). Недооценка тяжести своего заболевания является предпосылкой несоблюдения психиатрическими пациентами рекомендаций врача.

Антипсихотические и противотуберкулезные препараты часто обладают гепатотоксическим действием, которое усиливается при совместном их применении, зачастую требуется применение 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) [1, 3].

Современный взгляд на патогенез заболеваний 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, клинической, социальной и психологической направленности, совместное действие которых определяет возможность возникновения, характер течения, прогноз и исход заболеваний.

Целью исследования явилось выявление клинико-социальных особенностей контингента пациентов психотуберкулезных отделений психиатрического стационара и характеристик коморбидности туберкулеза и психической и наркологической патологии.

Материал исследования. Был проведен анализ 109 историй болезни пациентов психотуберкулезных отделений СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко», проходивших лечение в разные периоды с 1946 по 2015 гг., из них 54 истории болезни за период лечения до 1990 г. включительно (первая исследуемая группа) и 55 историй болезни – с 1991 г. (вторая группа).

Результаты исследования. Пациенты обеих групп были представлены жителями Санкт-Петербурга (Ленинграда) и Ленинградской области. 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.

В первой группе больные распределились по нозологической принадлежности следующим образом: чаще всего встречались алкоголизм и алкогольные психозы – 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 следующими диагнозами: чаще всего встречались шизофрения – в 38,2% случаев (21), у 15 больных было выявлено органическое заболевание 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.

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

противотуберкулезные стационары, выписывались за нарушения режима, в связи с чем прекращали противотуберкулезное лечение.

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. Психическое расстройство наблюдалось более 10 лет у 18 пациентов из первой группы, у 34 – во второй группе. 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 $\frac{1}{2}$ 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 пациентами, проходившими курс лечения в период до 1991 года).

Как показал анализ медицинской документации, в последние десятилетия чаще стали диагностироваться различные сопутствующие заболевания внутренних органов: у 17 пациентов из второй группы имелась сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы (по сравнению с 12 пациентами, лечившимися до 1991 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. В ходе исследования выявлены значительные динамические изменения социально-бытового статуса больных (увеличение количества больных, утративших жилье и социальные связи), а также определенный клинический патоморфоз (увеличение числа более тяжелых форм психических расстройств, первичность их возникновения по отношению к заболеванию туберкулезом, нарастание дополнительной коморбидности с гепатитами, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и неврологическими расстройствами). Выявленные особенности указывают на необходимость разработки и применения специальных программ психосоциальной реабилитации, необходимых этому кругу пациентов.

Психологическая помощь специалистам психиатрических учреждений

Солохина Т.А., Тюменкова Г.В.

Научный центр психического здоровья РАМН
Москва

Введение. Отечественные и зарубежные исследования свидетельствуют о том, что работа с психически больными лицами предъявляет повышенные требования к функциональным и психологическим возможностям медицинского и иного персонала. К особенностям труда таких специалистов относятся высокая производственная нагрузка, круглосуточный режим работы для некоторых категорий сотрудников, дежурства, ответственность за недопущение неблагоприятных медико-социальных последствий психических заболеваний (суициды, самоповреждающие действия, возможность нанесения вреда другим и т.п.), психологические сложности взаимодействия с психически больными, вовлеченность в их страдания, утрата, в ряде случаев, оптимизма в отношении выздоровления больных, а также стигматизация обществом.

Все перечисленное является источником повышенного стресса и может способствовать снижению работоспособности, качества труда и удовлетворенности от работы. Совокупность психологических, физических и социальных последствий в связи с работой в психиатрическом учреждении может приводить к нарушениям физического и психического здоровья медицинского и иного персонала. В литературе довольно широко освещена проблема «эмоционального выгорания» работников психиатрических учреждений.

Следует остановиться и на других важных особенностях труда медицинского персонала психиатрических учреждений, свойственных современному этапу развития психиатрической помощи. Как известно, монопрофессиональный подход, характерный для медицинской модели оказания помощи больным психиатрического профиля, уходит в прошлое. Ему на смену приходит полипрофессиональный подход, который характеризуется командной работой специалистов и партнерскими отношениями с пользователями помощи. В связи с этим меняются требования к стилю и содержанию работы персонала психиатрических учреждений, что заключается в изменении коммуникативных стереотипов, улучшении восприятия и понимания проблем пациентов, осознании собственных чувств как важного инструмента в работе с пациентами, умении управлять своими эмоциональными проявлениями, что требует освоения новых знаний и навыков. Все сказанное свидетельствует об актуальности изучения особенностей труда специалистов психиатрических учреждений и связанных с этим последствий.

Было проведено комплексное психологическое обследование медицинских работников психиатрических стационаров, **целью** которого являлось выявление у них профессиональных тягот, дистресса, связанного с проблемами межличностного взаимодействия, оценка качества жизни и обоснование необходимости внедрения методов групповой психологической работы с персоналом психиатрических учреждений.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 302 специалиста психиатрической больницы (45 врачей-психиатров и 257 медицинских сестер). Для изучения особенностей работы использовался опросник по оценке бремени работников психиатрических учреждений (ВОЗ, 1994), состоящий из 46 вопросов. Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника SF-36 (J.E. Ware et al., 1993). Измерение дистресса, вызванного проблемами социальной адаптации, тестировалось с помощью Шкалы социальной адаптации (SAS-SR, M. Weissman и S. Bothwell, 1976, адаптирована С.Н. Ениколоповым и А.И. Цапенко). Дистресс, вызванный проблемами в межличностном общении, определялся с помощью методики исследования межличностных проблем (IP-64, L. Horowitz, 2000, в адаптации С.Н. Ениколопова и А.И. Цапенко). Жалобы на соматические и психологические симптомы регистрировались с помощью опросника SCL-90 (L. Derogatis и соавт., 1974, адаптирован Н.В. Тарабриной). Оценка удовлетворенности участием в групповой психологической работе осуществлялась с помощью опросника, разработанного в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ. Для обработки данных использовались методы и алгоритмы корреляционного и кластерного анализа, реализованные в среде MS Excel.

Результаты исследования. Социологический опрос показал, что врачи и медицинские сестры испытывали чувство эмоциональной напряженности при работе с психически больными, ощущали чувство вины, когда не могли помочь пациентам в полной мере, а также несли бремя ответственности за их судьбу. Респонденты сообщали, что требовательные пациенты подавляли их, они чувствовали себя физически и эмоционально уставшими к концу рабочего дня. Респонденты считали, что работа оказывает влияние на их физическое здоровье, и что, выбрав другую профессию, они были бы эмоционально более здоровыми. Кроме этого, медицинские работники отмечали в своих ответах, что они продолжали думать о проблемах пациентов, не находясь на работе. Респонденты полагали, что избранный ими род профессиональных занятий влияет на стабильность семейного положения, общение с друзьями и близкими, некоторые из них скрывали от знакомых, что работают в психиатрической больнице.

Результаты исследования показали, что от 8 до 20% врачей и от 10 до 30% медицинских сестер указывали на максимальную степень выраженности тех или иных тягот. Ощущение тягот зависело от возраста и стажа работы: наиболее сильно тяготы ощущались в возрастной группе до 30 лет и стаже работы до 5 лет.

При наличии эмоционального истощения и ощущения профессиональных тягот в связи с непосредственной работой с психически больными, 93,4% врачей и 90,2% медицинских сестер никогда не обращались за психологической помощью. Вместе с тем, 46,6% респондентов-врачей и 53,1% респондентов-медсестер

считали, что при получении такой помощи или профессиональной поддержки, они могли бы лучше выполнять свою работу.

Установлено, что в формирование профессионального бремени наибольший вклад вносят следующие факторы: неудовлетворенность карьерным ростом ($r = 0,36, p < 0,05$), чрезмерная степень контроля со стороны вышестоящих работников ($r = 0,57, p < 0,05$), отсутствие самостоятельности в принятии решений ($r = 0,52, p < 0,05$), недостаток внимания и помощи в работе со стороны руководства ($r = 0,45, p < 0,05$), низкая профессиональная компетентность персонала в понимании проблем пациентов ($r = 0,38, p < 0,05$).

С применением кластерного анализа установлено снижение качества жизни у 40% от числа обследованных врачей и медицинских сестер (в двух кластерах из трех). В группе врачей (45 человек) отмечались повышенные, по сравнению с популяционными нормами, значения дистресса, связанного с межличностным взаимодействием: увеличивался общий показатель дистресса, а также показатели в трёх специфических областях межличностного взаимодействия по шкалам «излишне соглашающийся», «доминирующий, контролирующий» и «навязчивый, нуждающийся».

Исследование дистресса от проблем в социальной адаптации в группе врачей показало нарушение в ролевых областях «семейный союз», «социум и досуг» и значительные проблемы в ролевой области «семья в широком смысле». Нарушения в роли «семейный союз» характеризовались чувствами вины, негодования и чрезмерным неоправданным беспокойством, относительно того, что респонденты не отвечали ожиданиям других. Изменения по шкалам «социум и досуг» и «семья в широком смысле» могут указывать на отношения, которые характеризуются отдаленностью, избеганием и уменьшенным количеством социальных контактов, минимальным интересом к социальной деятельности и досугу.

Учитывая особенности труда персонала, оказывающего психиатрическую помощь, для повышения его стрессоустойчивости, профилактики эмоционального выгорания, снижения профессиональных тягот, а также для повышения квалификации и развития командных форм работы, были внедрены психологические формы его социально-психологической поддержки: Балинтовская группа; групп-аналитическая супервизия; тренинг по развитию навыков повышения стрессоустойчивости и снижению профессиональных тягот.

Задачи Балинтовской группы – повышение компетентности в профессиональном межличностном общении; осознание личностных паттернов поведения, которые мешают профессиональным отношениям врача с больным; психопрофилактика профессиональных тягот, эмоционального выгорания, стресса на рабочем месте посредством проработки неудачного опыта работы с больным при поддержке коллег.

Групп-аналитическая супервизия – это метод групповой работы, опирающийся на теорию и технику группового психоанализа. Цель групп-аналитической супервизии состоит в том, чтобы, используя процессы рефлексии, помочь специалистам выработать эффективные стратегии решения рабочих задач

и тем самым повысить их квалификацию, качество оказываемой помощи, обеспечить согласованность работы в полипрофессиональной команде. Предметом рефлексии во время супервизии может быть взаимодействие работников с пациентами, коллегами и начальством, процессы внутри организации, их связь с более широкими контекстами – с процессами в обществе, семьях пациентов, сфере здравоохранения.

Тренинг, основанный на интегративном подходе, включал использование методик когнитивно-поведенческой, телесно-ориентированной и арт-терапии. При проведении тренинга были задействованы разные уровни работы с его участниками – информационный, личностный, поведенческий. Использовались различные методики работы: диагностические процедуры, психогимнастические упражнения, психологические игры, групповые дискуссии, домашние задания.

В групповой психологической работе участвовали 45 медсестер и социальных работников (тренинг навыков), 42 психиатра и психолога (Балинтовская группа, групп-аналитические супервизии).

Результаты оценки эффективности групповой работы у медицинских сестер показали улучшение психологического статуса (по опроснику SCL-90), кроме этого, было зафиксировано освоение техник самовосстановления, снижение тревоги, эмоционального утомления, расширение репертуара коммуникативных паттернов и профессиональных вмешательств, повышение удовлетворенности работой.

При оценке эффективности групповой психологической работы, которая проводилась с врачами-психиатрами, по большинству шкал опросника ПР-64, отмечалось снижение баллов, что свидетельствовало о субъективном облегчении тягот дистресса. Участники Балинтовской группы были особенно удовлетворены такими ее параметрами, как нарастание доверия среди участников группы, открытость изложения материала, решимость обсуждать сложности взаимодействия с пациентами (75,0% участников). Опрос также выявил, что большинство участников решили поставленные ими задачи: повышение профессионального уровня, достижение лучшего понимания пациентов, улучшение эмоционального состояния, получение поддержки коллег и их понимания. Результаты опроса участников краткосрочной Балинтовской группы (12 занятий) продемонстрировали, что более 80% участников решили продолжить работу в длительной, не менее года, Балинтовской группе с сеттингом 1 раз в неделю.

Заключение. Результаты проведенного исследования дополняет сведения о психологических характеристиках специалистов психиатрических учреждений, непосредственно работающих с психически больными. Полученные данные продемонстрировали, что особенности труда оказывают влияние на душевное благополучие и здоровье специалистов психиатрических учреждений. Предлагаемые групповые формы психологической работы могут использоваться для поддержки персонала за счет обеспечения комплексного подхода, позволяющего удовлетворить разнообразные потребности медицинских работников в профессиональном росте, повышении квалификации, большей интеграции и согласованности при командной работе специалистов разного

профиля, в большем понимании проблем и чувств пациентов, приобретении опыта совладания с психотравмирующими профессиональными ситуациями, выработке необходимых навыков управления собственным эмоциональным состоянием, повышении стрессоустойчивости.

Прогностическая роль мотивации к лечению в формировании комплайенса у больных с психическими расстройствами

Сорокин М.Ю.

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ
Санкт-Петербург

Введение. Мотивация к лечению психиатрических пациентов является одним из перспективных факторов, прицельное воздействие на которые в ходе реабилитации обладает оптимальным балансом ресурсозатратности и эффективности в отношении повышения текущей комплаентности больных. В то же время, представленные в литературе данные о взаимосвязи мотивации к лечению с проспективной структурой медикаментозного комплайенса у психически больных являются противоречивыми и потому не позволяют сделать однозначного вывода о роли мотивации как фактора долгосрочной приверженности терапии.

Цель исследования: изучить взаимосвязь прогноза медикаментозного комплайенса больных тяжёлыми психическими расстройствами и их мотивации к лечению. Задачи: анализ динамики комплайенса больных, выявление её связи с мотивацией к лечению и прогнозной оценкой комплайенса, исследование взаимосвязи прогноза медикаментозного комплайенса и структуры мотивации больных к лечению.

Материалы и методы. При первичном и повторном добровольном обращении за стационарной помощью в связи с обострением состояния обследованы 24 пациента 2-го отделения НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (группа катamnестического наблюдения). Еще 216 пациентов были обследованы однократно (основная группа). Мужчин – 42%. Средние: возраст $34,5 \pm 11,6$ лет, длительность заболевания – $9,4 \pm 8,99$ года, количество госпитализаций 4. Нозологически по МКБ-10: F2 – 69%; F3 – 17%; F4+F6 – 9%; F0 – 5%. Средний период между обследованиями в группе наблюдения – $1,6 \pm 1,58$ лет.

Использован Способ прогнозирования поведения больного при проведении медикаментозного лечения в психиатрии (Лутова Н.Б., 2010), основанный на заполнении лечащим врачом шкалы медикаментозного комплайенса (Лутова Н.Б., Незнанов Н.Г., Вид В.Д., 2008). Скоринговый алгоритм позволяет прогнозировать некомплайентное поведение больного, неустойчивый или благоприятный комплайенс. Оценка мотивации к лечению проводилась с помощью оригинального опросника ОЦМЛ. В нём с помощью самоотчёта больных по 20 приведённым мотивировкам поведения оцениваются общая интенсивность мотивации к лечению (суммарный балл), а также особенности её структуры: 1) по выраженности мотивационных паттернов иерархической шкалы от амотивации – 1 уровень, к последовательному формированию внешней – 2 уровень, затем поэтапному укреплению внутренней мотивации – 3, 4 и 5 уровни, до устойчивой мотивации к

длительной фармако-психотерапии – 6 уровень; 2) в соответствии с четырехфакторной структурой опросника: опора на знания и навыки о способах преодоления болезни, осознание необходимости лечения, осознание психологических механизмов болезненной дезадаптации, готовность активно сотрудничать с врачом в терапии.

Результаты статистического анализа приведены с указанием средних $M \pm S.D.$ Сравнение средних проведено по t-критерию Стьюдента (параметрические данные); Н-критерия Краскела-Уоллеса и U-критерия Манна-Уитни (непараметрические); χ^2 Пирсона – для номинальных шкал. Используются корреляционные коэффициенты Пирсона (параметрические данные) и Спирмена (непараметрические). Оценка параметров распределения проведена по z-критерию Колмогорова-Смирнова.

Результаты и их обсуждение. При первичном обследовании группы катamnестического наблюдения у 83% больных прогнозирован неустойчивый комплайенс, у 17% – благоприятный. Результаты прогноза поведения больных при медикации подтвердились в анализе проспективной структуры их медикаментозного комплайенса. Больные с благоприятным прогнозом различались с пациентами, имеющими неустойчивый прогноз комплайенса ($p < 0,05$): в катamnезе их суммарные баллы ШМК составили $42,0 \pm 4,08$ и $30,7 \pm 7,29$ соответственно, по субшкале отношения к медикации – $26,3 \pm 2,50$ и $19,6 \pm 4,44$, по субшкале факторов, связанных с врачом – $3,0 \pm 0,82$ и $1,8 \pm 1,07$. Различия по суммарному баллу опросника ОЦМЛ между больными с прогнозом благоприятного и неустойчивого комплайенса во время их первичного обследования лишь приближались к достоверным ($-0,85 \pm 0,540$ и $-0,13 \pm 0,992$ баллов, $p = 0,075$).

При повторном обследовании доля больных с благоприятным прогнозом медикаментозного комплайенса увеличилась до 57%, ни один из них не продемонстрировал ухудшения прогноза. Больные с улучшением в катamnезе прогнозной оценки комплайенса достоверно чаще имели среднее профессиональное образование, чем больные со стабильными прогнозными оценками (44% и 7% соответствующих подгрупп; $\chi^2 = 6,1$ при $p = 0,05$), проживали в браке (44% и 7% в подгруппах; $\chi^2 = 4,4$ при $p = 0,03$), имели детей (67% и 14% в подгруппах; $\chi^2 = 6,6$ при $p = 0,01$). Их характеризовало значимое повышение при повторном обследовании суммарного балла ШМК (на $7,8 \pm 3,13$ по сравнению с $0,8 \pm 9,62$ балла; $p < 0,05$) и субшкалы отношения к медикации (на $6,1 \pm 4,54$ по сравнению с $-1,6 \pm 7,09$; $p < 0,05$). В то же время, в показателях первичного обследования они достоверно различались по субшкале факторов, связанных с окружением больного ($4,2 \pm 1,39$ и $2,9 \pm 1,51$; $p < 0,05$), приближались к достоверным различия в субшкале факторов, связанных с врачом ($2,6 \pm 0,88$ и $1,7 \pm 1,14$; $p = 0,09$). Достоверно ($p < 0,05$) различались показатели 5 уровня мотивации при первичном обследовании (основанной на правильной внутренней картине болезни с осознанием собственной активной роли больного в реадaptации; $-0,72 \pm 0,749$ и $0,21 \pm 1,071$ балла) и его динамика в катamnезе у пациентов с неустойчивым и благоприятным комплайенсом: $-0,84 \pm 0,785$ и $0,17 \pm 1,052$ балла.

В основной группе больных, обследованных однократно, у 2% пациентов было прогнозировано некомплайентное поведение, у 93% – неустойчивый комплайенс, у 5% – благоприятный. Лучшие прогнозные оценки комплайенса прямо коррелировали с показателем готовности пациентов к активному сотрудничеству с врачом в ходе терапии (фактор 4 опросника ОЦМЛ, $r=0,146$; $p<0,05$). Пациенты с прогнозом некомплайентного поведения отличались от больных с прогнозом неустойчивого комплайенса меньшей интенсивностью мотивации (суммарный балл опросника ОЦМЛ $-1,27\pm 1,059$ и $0,06\pm 0,976$; $p<0,05$). Больные с неустойчивым прогнозом комплайенса на уровне тенденции к достоверности различались с пациентами групп неблагоприятного и благоприятного прогноза по склонности опираться на собственные знания и навыки в преодолении болезни (фактор 1 опросника ОЦМЛ $0,11\pm 1,001$; $-0,75\pm 0,960$ при $p=0,06$ и $-0,61\pm 1,215$ при $p=0,07$ соответственно).

Заключение. Использование оригинального психометрического инструментария позволило объективировать взаимосвязь мотивации к лечению у больных тяжёлыми психическими расстройствами с приверженностью терапии. Для формирования медикаментозного комплайенса выявленные особенности структуры мотивации являются более существенными, чем её суммарная интенсивность. Большая ориентировка пациентов на позицию активного сотрудничества с врачом прямо связана с лучшим прогнозом комплайенса, который, в свою очередь, является маркером долгосрочной приверженности терапии в катамнезе.

Альтернативная мотивационная установка пациентов с опорой на собственные знания и навыки в преодолении болезни специфична для группы больных с прогнозом неустойчивого комплайенса. Общая интенсивность мотивации к лечению является фактором, более специфичным для перехода больных от позиции с некомплайентным поведением к неустойчивому прогнозу, и менее специфичным – при формировании благоприятного прогноза комплайенса.

Динамика отношения к лечению, свойственная пациентам при формировании благоприятного прогноза комплайенса определяется отсутствием чрезмерного доминирования у них паттерна осознания собственной активной роли в реадaptации, что характерно для больных, склонных эффективнее выстраивать терапевтические отношения врач-пациент на всём протяжении заболевания. Здесь принципиально наличие адекватной социальной поддержки близкого окружения больного на ранних этапах терапевтического процесса, а дополнительными социально-демографическими предикторами улучшения прогноза поведения пациентов в ходе лечения являются проживание в браке, наличие детей, и среднее профессиональное образование.

Полиморфизм гена рецептора лептина *LEPR* (rs8179183) как маркер антипсихотик-индуцированного набора веса: предварительные результаты проспективного фармакогенетического исследования

Толмачев М.Ю.¹, Миронов К.О.³, Насырова Р.Ф.^{1,2}

¹НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ

²Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

³Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
Москва

Актуальность работы. Прием антипсихотиков запускает пре-диабетические симптомы, но не у всех больных, и наиболее выраженным из симптомов является увеличение массы тела. В тоже время, эти симптомы являются неотъемлемой частью обширного метаболического синдрома, затрагивающего не только обмен углеводов, но и жиров, белков, микроэлементов в организме. Манифестация изменений в минеральном, липидном и протеиновом обмене отложена, относительно изменений в массе тела и углеводном обмене. Например, гипертриглицедемия чаще развивается спустя 3 месяца после первичного назначения антипсихотиков (Meurer, J.M., 2001). Антипсихотики, включают в себя 2 класса препаратов: типичные и атипичные. Оба этих класса воздействуют на D1, D2, D4, 5HT_{2A}, 5HT_{2C}, 5HT₃, H1, ALPHA1, но с разной аффинностью и специфичностью (Насырова Р.Ф., Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2015).

Антагонизм гистаминовых и серотониновых рецепторов считается наиболее значимым фармакологическим механизмом пре-диабетических симптомов (Aron, 1992). Другим обсуждаемым механизмом, приводящим к пре-диабетическим изменениям на фоне приема антипсихотиков, является увеличение концентрации в сыворотке крови лептина, нейропептида Y, грелина (Himmerich, H. et al., 2005). В тоже время, лептин является важной частью лептин-меланокортиновой системы, играющей критическую роль в пищевом поведении и энергетическом гомеостазе (Crowley V.E.F., 2008). Лептин-меланокортиновая система включает в себя лептин, рецептор к лептину и внутриклеточные сигнальные пути, проопиомеланокортин, 5 G-белок связанных рецепторов к меланокортину. Мутации в генах *LEP* и *LEPR* напрямую взаимосвязаны с развитием моногенных форм ожирения; прием антипсихотиков может спровоцировать лептинорезистентность по аналогии с инсулиновой резистентностью (Насырова Р.Ф., Толмачев М.Ю., Сычев Д.А., Яхин К.К., Незнанов Н.Г., 2017). В исследованиях показано, что полиморфизм rs8179183 гена *LEPR* Lys656Asn, кодирующего лептиновый рецептор, оказывает разный эффект на антипсихотик-индуцированное изменение веса: носители аллеля *G* реже изменяют вес при приеме антипсихотиков, чем носители аллеля *C* (Ruafío, G. et al.,

2007). Гаплотип полиморфизмов rs3790433, rs1137100, rs1137101 и rs8179183 гена *LEPR* GAAG наблюдался в 20% обследуемой популяции и был ассоциирован с увеличенным риском развития инсулиновой резистентности: OR=1,22; 95% CI: 1,02–1,47 (Phillips, С.М. et al., 2009).

Цель исследования: изучение полиморфизма rs8179183 гена *LEPR*, кодирующего лептиновый рецептор, с развитием антипсихотик-индуцированного изменения массы тела.

Материалы и методы. Настоящее проспективное исследование завершили 117 человек – 95 мужчин (81,2%) и 22 женщины (18,8%). Пациенты находились на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» (главный врач – д-р мед. наук О.В. Лиманкин) и ГАУЗ «Республиканская психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева Минздрава Республики Татарстан» (главный врач – Ф.Г. Зиганшин).

Средний возраст начала психического расстройства - $24,56 \pm 1,95$ лет; средний возраст первого обращения за медицинской помощью – $26,5 \pm 1,65$ лет; средний возраст начала приема антипсихотической терапии – $25,7 \pm 1,7$ лет. В обследуемой выборке наибольшая доля страдала психическими расстройствами из рубрики F20 МКБ-10 92 (72%) пациентов. Настоящее проспективное исследование состояло из 2 визитов. Во время первого визита пациенты получали информацию об исследовании и давали свое согласие на участие в нем, проверялись на соответствие критерием включения в исследование (постоянное проживание на территории Северо-Западного региона Российской Федерации или Республики Татарстан, отсутствие выраженной соматической патологии в стадии декомпенсации, установленный диагноз категории F2, согласно международной классификации болезней (МКБ-10), отсутствие выраженных метаболических нарушений).

По результатам исследования 40 (34%) пациентов принимали в режиме монотерапии антипсихотические препараты, относящиеся к классу типичных, 77 (66%) - атипичных. Средняя продолжительность периода проспективного наблюдения составила – $8,36 \pm 1,13$ недель. В каждый из визитов у пациента брался биологический материал – цельная периферическая кровь, осуществлялся биохимический и общеклинический анализ крови; измерялись антропометрические показатели (вес, рост, длина окружности талии и бедер). В качестве критерия антипсихотик-индуцированного изменения массы тела принимался 6% уровень изменения массы тела от исходного на момент вступления в исследование. В один из визитов цельная периферическая кровь забиралась в вакуумные пробирки с EDTA (этилендиаминтетрауксусная кислота) с фактором свертывания К3. В дальнейшем, полученный биологический материал использовался для генетического тестирования и криоконсервации при температуре -86°C . Генетическое тестирование включало в себя выделения ДНК из лейкоцитарной массы путем предобработки цельной периферической крови реагентом для предобработки цельной периферической и пуповинной крови «Гемолитик» (ИнтерЛабСервис, Россия), выделение ДНК осуществлялось комплектом реагентов для выделения РНК/ДНК из клинического материала «РИБО-преп» (ИнтерЛабСервис, Россия). Генотипирование проводилось на

приборе RotorGene 6000 (Quagen, Австралия), набором реагентов для определения полиморфизма гена *LEPR Lys656Asn* (rs8179183) (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, Россия). При анализе данных использовались стандартные статистические подходы и методики, реализованные в программах и приложениях для статистического анализа данных (язык программирования R, Arlequin, GenePop, LePac).

Результаты. Распределение генотипов пациентов по полиморфизму rs8179183 *Lys656Asn* гена *LEPR* имело следующий вид: *CC* – 3 (2,83%) пациента, *CG* – 29 (27,35%), *GG* – 74 (69,82%), аллель *C* – 35 (16,5%), *G* – 177 (83,5%). Распределение генотипов соответствовало закону Харди-Вайнберга: $df=1$; $X^2=0.006$ ($p=0,93$). Оценка величины эффекта носительства определенной аллели на изменение массы тела больше 6% производилось измерением отношения шансов (odds ratio - OR) и доверительного интервала (confidence interval - CI), а также баесовского интервала (credible interval CrI). Для аллеля *C* *Lys656Asn* (rs8179183) гена *LEPR* $OR_C=2,6$, $CI_C(1,17;5,78)$ баесовский подход дал следующие результаты: $OR_C=2,4$, $CrI_C(1,16; 5,69)$; Аллель *G* *Lys656Asn* (rs8179183) гена *LEPR* $OR_G=0,38$, $CI_G=(0,17;0,85)$, баесовский подход $OR_G=0,38$, $CrI=(0,17; 0,84)$. Относительный риск (Risk Ratio, RR) изменения массы тела выше 6% от исходного для аллеля *C* *Lys656Asn* (rs8179183) гена *LEPR* - $RR_C=1,9$, $CI_C=(1,16; 3,11)$; для аллеля *G* - $RR_G=0,52$, $CI_G=(0,32; 0,85)$. Анализ носительства рецессивного варианта (*GG*) у обследованных пациентов против дикого типа + гетерозиготы (*CC+CG*) дал следующие результаты: $OR=0,49$, $CI=(0,131; 0,937)$; баесовский подход - $OR=0,354$, $CrI=(0,135; 0,915)$. Изменение массы тела у носителей генотипа *CC* *Lys656Asn* гена *LEPR*- $4,68\pm 2,05$; *CG* - $1,82\pm 0,94$; *GG* – $0,65\pm 0,5$

Выводы. В результате исследования была выявлена ассоциация генетического полиморфизма *Lys656Asn* (rs8179183) *LEPR* на риск развития антипсихотик-индуцированного изменения массы тела, при этом носительство аллеля *G* оказывало протективное действие, аллеля *C* - предрасполагающие. Необходимо дальнейшее проведение исследования с увеличением выборки обследуемых пациентов.

Свободная Психотерапевтическая Образовательная Лаборатория – новая модель профессионального тренинга в области психореабилитации

Федоров Я.О.¹, Базарова Н.Д.¹, Павлова М.В.¹,
Спасская М.А.¹, Хидоятов А.И.², Черепанова М.В.¹

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

² Наркологический диспансер Калининградской области
Калининград

Идея создания открытого свободного пространства для профессионального тренинга в психотерапии и обмена мнениями по широким вопросам практики появилась в 2017 г. Наша команда давно внедрила постоянный профессиональный тренинг в работу дневного стационара (Федоров Я.О., 2008). На рабочем месте все специалисты отделения (психологи, психотерапевты, психиатры) получают еженедельно супервизии и практически ежемесячно - пролонгированные программы повышения квалификации. Однако это обучение включает ограниченный круг лиц, или другими словами, представляет собой закрытые группы, ориентированные на углубленное изучение психодинамической теории и практики, которые касаются классического и группового психоанализа, а также специализированных вопросов (психотерапия психотических пациентов, работа с большими группами, психотерапия при чрезвычайных ситуациях).

Несмотря на все преимущества постоянного профессионального тренинга, он имеет и свои ограничения. Не всем коллегам подходит формат пролонгированного изучения. Для кого-то акцент на психоанализе не является привлекательным. В закрытых группах присутствуют сложные организационные моменты. Все это привело к созданию Свободной Психотерапевтической Образовательной Лаборатории (СПОЛ). Главным организатором СПОЛ выступил заведующий дневным стационаром при активной поддержке всех специалистов отделения. Главной задачей проекта стало создание открытого и демократичного пространства для обмена опытом практиков из пси-сообщества (психиатров, психологов, психотерапевтов различных направлений, социальных работников). Исходя из задачи, были определены цели проекта:

1. Развитие сотрудничества между специалистами различных психотерапевтических направлений и учреждений (психиатрические больницы, диспансеры, психологические центры и т.д.).
2. Реализация непрерывного бесплатного профессионального тренинга.
3. Профилактика профессионального выгорания.
4. Помощь коллегам в работе с «трудным контингентом» (психиатрические пациенты и клиенты с деструктивными тенденциями, пограничные и

психотические пациенты и любые другие, вызывающие «трудный» контрперенос).

5. Поиск, внедрение и совершенствование психологических методов и стратегий, направленных на развитие психореабилитации.

Следующим этапом была организация технических условий. Наш опыт показал, что регулярность и стабильность служат надежной основой любого пролонгированного проекта. Это обеспечивается за счет того, что аналитики называют сеттингом (все материальные условия отношения клиент-аналитик). Для проекта это выбор места, времени, видов активности (супервизий, лекций и т.д.) и контроля. Место проведения – это наше рабочее место (Старо-Петергофский пр., 50, дневной стационар №1 СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»). Удобно, что оно очень близко к метро и расположено в центральном районе города. Вопрос времени – самый противоречивый. Невозможно найти удобное время для всех потенциальных участников проекта, поэтому надо исходить из самого подходящего времени для организаторов (пятница - с 19.00 до 20.30). Альтернатив практически не было, т.к. вечер пятницы традиционно с 2011 г. выделялся под профессиональный тренинг в рамках ЕКПП (проект «Открытые супервизии» Европейской Конфедерации Психоаналитической Психотерапии и Восточно-Европейского Института Психоанализа). За каждой пятницей в месяце был закреплён свой вид активности. Это позволило совместить с одной стороны разнообразие форм работы, а с другой – постоянство мероприятий. За каждым видом активности (и каждой пятницей тоже) был закреплён свой ответственный или куратор, который решал все технические вопросы «своего дня»: организация рабочего пространства, необходимого оборудования, договоренности со спикерами и т.п. Следующий вопрос, без которого невозможен любой современный проект, тоже нашел своих кураторов – это создание сайта (<https://спол.рф>) и продвижение проекта в социальных сетях. Здесь мы нашли заинтересованных коллег в Санкт-Петербурге и Калининграде. Все ответственные работают на волонтерских началах.

После нескольких месяцев работы стало очевидно, что для активного мониторинга разнообразных проблем необходимо время для совместного обсуждения. Участниками этой группы стали кураторы, а ведущим группы выступает главный организатор. Учитывая, что ответственных разделяли расстояния и напряженный график работы – собрания стали проводить дистанционно (в Skype). Группы проводятся еженедельно, их длительность полчаса. На них можно обсуждать абсолютно всё. Это могут быть вопросы, связанные с терапией конкретных пациентов, организационные моменты и даже личные запросы. Для главного организатора было важно сохранить баланс между вкладом всех кураторов и его собственным. Т.е. кураторы трудились на закреплённом участке работы, а главный организатор компенсировал их затраты в виде групповой супервизии.

В настоящий момент сформировались следующие виды «лабораторных работ» СПОЛ:

- 1-я пятница месяца – открытая супервизия.

Супервизия может быть представлена традиционной классической групповой формой, а может быть в блиц-формате. Классический подход к супервизии с подробным анализом случая никогда не потеряет своей актуальности в образовании. Однако с точки зрения клинической прагматики он требует слишком много времени и не всегда учитывает «психическое повреждение от пациента» (разрушительное влияние контрпереноса). Все это заставляет искать новые формы. В данном случае оказался полезен современный психоанализ Хаймона Спотница и его внимание к актуальным сопротивлениям. Групповые блиц-супервизии позволяют помочь большему числу супервизируемых. В СПОЛ приглашаются супервизоры, которые длительно работают в сфере психиатрической помощи. Большинство из них трудятся в рамках нашего учреждения и являются супервизорами ЕКПП. Ими накоплен большой опыт как использовать психотерапевтические ресурсы в реабилитации психиатрических пациентов.

2-я пятница месяца – дискуссионный клуб.

Это свободное от предрассудков пространство для обмена мнениями по сложным вопросам практики, а также обсуждения непростых вопросов нашего пси-сообщества. Дискуссионный клуб собирает самые большие аудитории в проекте – до 30 человек. В частности, дискуссия на тему «Интернет и психотерапия: тенденции, технологии, этика» вызвала массу интересных идей о границах, возможностях и сложностях психотерапии в интернете. А лекция, посвященная вопросам гендерной идентичности, послужила толчком к оживленной дискуссии о норме и патологии сексуального поведения.

3-я пятница месяца – интервизионная группа по типу Балинтовской.

Интервизионная группа помогает специалистам получать профессиональную поддержку от коллег без наличия определенного лидера (в типичной ситуации – это супервизор). Эффективность процесса обеспечивается не столько опытом участников, сколько определенным регламентом, структурирующим процесс на поиск причин затруднений и предложений по их решению. Главное преимущество интервизии в том, что она удобна в молодых развивающихся психотерапевтических коллективах. Нетрудно освоить процедуру интервизии и создать со своими коллегами аналогичную группу на своем рабочем месте. Таким образом, у каждого участника СПОЛ есть возможность решать сложные вопросы практики, не тратя ресурсы на перемещения и оплату супервизора.

4-я пятница месяца – «демовизия» или демонстрационная группа, сфокусированная на супервизии.

Предлагаемый вариант представляет демонстрационную группу, где специалисты «играют» своих пациентов. Такая группа позволяет получить супервизию на основе разнообразных переживаний. «Демовизия» восполняет пробел современного психологического образования – уход от живого общения с пациентом. Демонстрационная группа позволяет соприкоснуться с реальной практикой и при этом сохраняет анонимность пациентов. Также такая форма супервизии будет полезной как для студентов, так и для опытных профессионалов, даже если они одновременно участвуют в одной группе. Контрперенос служит главной движущей силой демонстрационной группы, снабжая специалистов

необходимой информацией о своих клиентах. Весь вопрос в том, как помочь специалисту «поделиться» интроектами своих клиентов. Здесь необходима стратегия и определенный набор техник (Федоров Я.О., 2017).

5-я пятница месяца – онлайн-лекция.

Нетрудно заметить, таких пятниц бывает всего несколько в году. Эта часть проекта СПОЛ находится в подготовительной стадии. Есть запросы из регионов на участие в этом проекте и формат открытых лекций подходит как нельзя лучше.

Социальные сети. Это работа очень важна, т.к. большинство коллег получают информацию именно оттуда. Даже прекрасная информативность и доступность сайта — не самый удобный источник новостей. Тренд времени — группы в социальных сетях и популярных мессенджерах. И наша команда старается это учитывать.

В заключении можно сказать, что с момента запуска СПОЛ в декабре 2017 г. удалось сформировать относительно постоянный круг сторонников проекта, который постепенно расширяется. Он насчитывает около двух десятков людей, большинство из которых составляют психодинамически ориентированные специалисты. Отмечается тенденция к расширению профессионального состава за счет психотерапевтов различных направлений, педагогов, социальных работников.

В целом можно сказать, что проект оказался успешным, однако, учитывая небольшой период существования, он нуждается в постоянной поддержке путем информирования коллег на конференциях, в личном общении, интернет-ресурсах и т.д. Следует отметить еще одно важное обстоятельство - принципиальную поддержку главного врача больницы. В психиатрических учреждениях традиционного типа далеко не всегда инициативы психотерапевтического сообщества находят понимание администрации, не говоря уже о поддержке.

Литература

1. Федоров Я.О. Командный фактор в организации работы психиатрического отделения // Вестник психотерапии, 2008, № 26 (31). – С.103-108.
2. Федоров Я.О. Демогруппа – приближение к психической реальности пациента // Российский психотерапевтический журнал, №1 (9), 2017 – 46-53 с.

Сравнение клинических и обыденных взглядов на признаки алкогольной зависимости: когда пора обращаться к наркологу?

Федотов И.А., Кузина О.В., Антошкин Я.А.

Рязанский ГМУ им. академика И.П. Павлова МЗ РФ
Рязань

Введение. Вопросы психопатологических границ в наркологии до сих пор остаются дискуссионными. Особенно они «размыты» при диагностике употребления ненаркотических ПАВ: МКБ-10 и закон допускают их употребление без вредных последствий и без зависимости. Так, алкогольные напитки по статусу фактически приравнены к пищевым продуктам и продаются в широкой торговой сети, отсутствуют механизмы правового регулирования отпуска этих продуктов в зависимости от состояния здоровья (как это делается в аптеках для ПАВ, приравненных к лекарственным средствам). При этом, как и для любого другого прогрессивного психического расстройства, выявление алкогольной зависимости (АЗ) на ранней (первой) стадии представляет собой актуальную задачу профилактики и лечения. Это делает актуальным сравнение взглядов медицинских специалистов и людей без специального образования для построения программ обучения и повышения квалификации медработников и для проведения первичной профилактики среди населения.

Цель исследования – анализ и сравнительная оценка представлений медицинских специалистов и людей без специального образования о симптомах начала АЗ.

Материалы и методы. Было опрошено с использованием интернет-формы 450 человек с медицинским образованием («Специалисты») и 450 человек без специального образования («Неспециалисты»). Приглашение к участию в исследовании размещалось в открытых группах социальных сетей, опрос проводился анонимно. Из исследования были исключены полностью заполненные анкеты, анкеты с заведомо ложными ответами.

Группа «Специалисты»: $n=450$ человек, 140 мужчин (31%), 310 женщин (69%), средний возраст 24,19 [23,58÷24,8] лет, средний возраст первой пробы алкоголя 14,1 [13,8÷14,4] лет, все они имели среднее/незаконченное высшее/высшее медицинское образование и освоили обучающий курс наркологии. Группа «Неспециалисты»: $n=450$ человек, 134 мужчины (30%), 316 женщин (70%), средний возраст 23,3 [22,7÷23,9], средний возраст пробы алкоголя 13,7 [13,3÷14,4] лет. По поло-возрастным характеристикам группы сопоставимы ($p<0,05$).

Анкета включала в себя вопросы о причинах употребления алкоголя, о частотно-количественных характеристиках начала АЗ (по классификации Бехтеля Э.И. (1986)), а также оценку по 5-бальной шкале основных симптомов, указывающих на АЗ. Шесть симптомов были взяты из критериев МКБ-10: 1) патологическое влечение («человека чаще и сильнее чем других тянет выпить

алкоголь»), 2) утрата контроля («человеку трудно контролировать, сколько и когда он выпивает»), 3) абстиненция («человек «похмеляется» по утрам, чтобы поправить самочувствие»), 4) рост толерантности «человеку требуется выпивать все больше и больше»), 5) сужение круга интересов и моральное снижение («из-за выпивки человек может обмануть, предать и сделать больно близкому человеку»), 6) негативные последствия («человек продолжает выпивать, хотя из-за этого у него есть проблемы на работе, дома и со здоровьем»). Четыре симптома были взяты дополнительно: 1) симптом «опережения круга» («во время застолья человек выпивает раньше, чем был произнесён тост»), 2) условный частотный симптом («человек пьет чаще, чем по праздникам»), 3) условная субъективная оценка («человек пьет больше, чем я»), 4) условная объективная оценка («если жена ругает мужа – значит, он алкоголик»).

Статистическая обработка результатов проводилась в программном пакете Statistica 10. Нормальность распределений проверялась по критерию Шапиро-Уилка. Все распределения были отличны от нормального и описаны в виде $M [95\% \text{ ДИ для средней}]$. Сравнение двух независимых групп с распределением, отличным от нормального, проводилось по критерию хи-квадрат для порядковых и номинальных данных, и с использованием точного критерия Фишера для бинарных данных.

Результаты и их обсуждение.

Среди группы «Специалисты» выявлено 5,7% абстинентов, 24% случайно пьющих, 48,1% умеренно пьющих, 18,0% систематически пьющих, 4,2% привычно пьющих. В группе «Неспециалисты»: 12,6% абстинентов, 23,4% случайно пьющих, 57,3% умеренно пьющих, 4,7% систематически пьющих, 2,0% привычно пьющих. Различия групп имеют статистически значимые различия ($p=0,046$), что подтверждает известный факт о большей степени алкоголизации у медицинских работников.

Среди специалистов 90,8% считает, что не все кто пьют алкоголь, страдают АЗ; 5,5% считают, что, наоборот, страдают; 3,7% затрудняются ответить. Среди неспециалистов согласны с этим утверждением 86,7%, не согласны – 7,6%; 5,7% - затрудняются ($p=0,045$). Среди неспециалистов более распространена расширительная трактовка АЗ с отнесением к этой категории всех, что пьет алкоголь.

Структура мотивации к употреблению алкоголю в группе «Специалисты» (был допустим множественный выбор): «снять напряжение» – 52%, «поднять настроение» – 41,6%, «поддержать компанию» – 41,6%, «по случаю важных событий, не выделяться» – 35,6%, «в целях профилактики простудных заболеваний» – 4,7%, «не может веселиться без достижения опьянения» - 7,6%. Структура мотивации к употреблению алкоголю в группе «Неспециалисты»: «снять напряжение» – 46,6%, «поднять настроение» – 42,9%, «поддержать компанию» – 31,1%, «по случаю важных событий, не выделяться» – 58,9%, «в целях профилактики простудных заболеваний» – 6,2%, «не может веселиться без достижения опьянения» - 6,7%. Люди без медицинского образования чаще ($p=0,039$) считают конформные установки поводом для алкоголизации.

Далее приведены средние баллы по 5-бальной шкале при оценке симптомов в группе «Специалисты», по сравнению с группой «Неспециалисты»: 1) патологическое влечение: 4,2 [4,11÷4,28] против 4,14 [4,05÷4,23] ($p=0,4$), 2) утрата контроля: 4,39 [4,3÷4,47] против 4,32 [4,23÷4,4] ($p=0,3$), 3) абстиненция: 4,15 [4,05÷4,25] против 3,89 [3,78÷4,0] ($p=0,048$), 4) рост толерантности: 4,71 [4,65÷4,78] против 4,69 [4,63÷4,76] ($p=0,4$), 5) сужение круга интересов и моральное снижение: 4,07 [3,97÷4,18] против 4,15 [4,05÷4,25] ($p=0,3$), 6) негативные последствия: 4,52 [4,44÷4,59] против 4,5 [4,43÷4,58] ($p=0,2$), 7) симптом «опережения круга»: 2,58 [2,46÷2,7] против 2,53 [2,4÷2,65] ($p=0,6$), 8) условный частотный симптом: 3,09 [2,97÷3,2] против 3,07 [2,94÷3,2] ($p=0,4$), 9) условная субъективная оценка: 2,49 [2,35÷2,63] против 2,5 [2,4÷2,7] ($p=0,2$), 10) условная объективная оценка: 1,67 [1,58÷1,74] против 1,7 [1,6÷1,74] ($p=0,3$). Выявлено одно статистически значимое различие: специалисты более значимым считают симптом абстиненции (похмельный синдром) для диагностики АЗ. Также обращает на себя внимание низкая оценка (около 2 баллов) в обеих группах такого симптома как «опережение круга».

Частотно-количественной границей для начала АЗ в группе «Специалисты» считают: случайно пьющих – 0,89%, умеренно пьющих – 2%, систематически пьющих – 26%, привычно пьющих – 44,41%. Выносят ее за пределы донозологической классификации Бехтеля Э.И. («по 500 мл и более водки или других крепких напитков 2-3 раза в неделю и чаще») – 26,7%. В группе «Неспециалисты»: случайно пьющих – 0,22%, умеренно пьющих – 3,31%, систематически пьющих – 35,9%, привычно пьющих – 25,17%. Выносят ее за пределы донозологической классификации Бехтеля Э.И. – 35,4%. В группе специалистов частотно-количественная граница больше «сдвинута» в область максимальных уровней донозологического употребления.

Заключение.

Приведенные результаты демонстрируют, что среди медицинских специалистов меньше абстинентов, и донозологическое употребление алкоголя более выражено. Они, по сравнению с неспециалистами, реже трактуют АЗ в расширительном характере («все кто пьет алкоголь – алкоголики»), большое значение придают симптому абстиненции как признаку АЗ и частотно-количественной границей начала АЗ чаще считают выраженные степени бытового пьянства, а не их превышение.

Психотерапия, как способ лечения послеродовых аффективных расстройств

Фоменко А.Н.^{1,2}, Гринева Т.В.¹, Гречаный С.В.²

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

² Городская психиатрическая больница №1 им. П. П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность исследования определяется, широкой распространенностью послеродовых аффективных расстройств (ПАР) (более 90%) и отсутствием общепризнанных способов их лечения. Традиционно используемые психофармакологические средства в данном случае часто противопоказаны, учитывая, что грудное кормление является важных механизмов психофизиологической интеграции ребенка и матери. Для становления пищевого поведения у доношенных младенцев существует оптимальный период: если не удалось организовать грудное кормление до месячного возраста, то младенцы в большинстве случаев остаются на искусственном питании весь первый год жизни, что оказывает негативное влияние на развитие малыша. Не стоит недооценивать влияние грудного кормления и на психическое состояние матери, что мы и хотели продемонстрировать в нашем исследовании.

Цели и задачи исследования: сравнительное изучение динамики и выраженности ПАР у пациенток, реализующих грудное кормление, и пациенток, практикующих исключительно искусственное вскармливание своих младенцев, личностного профиля пациенток и эффективности комплексного немедикаментозного метода лечения ПАР, основным компонентом которого является психотерапия.

Методы исследования:

1) клинико-anamnestический метод: использовалась разработанная анамnestическая карта, в которой регистрировалось качественные (номинативные) характеристики, в том числе по бинарному принципу (наличие/отсутствие признака);

2) клинико-психопатологический метод:

* Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS). Методика является скрининговым инструментом для выявления послеродовых аффективных (депрессивных) расстройств. Для оценки тяжести клинических проявлений использовались следующие значения: сумма баллов от 0 до 5 – отсутствие симптомов послеродовой депрессии, от 5 до 12 – вероятность субклинических проявлений послеродовой депрессии, 12 и выше – вероятность клинически выраженных проявлений послеродовой депрессии;

* госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Для оценки тяжести клинических проявлений использовались следующие значения: сумма баллов от 0 до 8 – отсутствие выраженных

симптомов тревоги и депрессии, от 8 до 11 – субклинически выраженная тревога или депрессия, 12 и выше – клинически выраженная тревога или депрессия;

- * шкала ангедонии (Snaitth-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS). Используется для изучения выраженности когнитивных, эмоционально-эстетических, социальных и соматовегетативных проявлений ангедонии;
- * сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности (СМОЛ).

Материал исследования. Обследована 41 женщина в послеродовом периоде (пациентки перинатального центра СПбГПМУ), которые высказывали жалобы, прямо или косвенно свидетельствующие о наличии ПАР. Жалобы условно можно разделить на 3 группы: депрессивные, тревожные и соматические. Во время первого этапа обследования использовались следующие методики: EPDS, HADS и SHAPS. Критерии включения пациенток в исследование: 1) женщины, роды у которых проходили в перинатальном центре; 2) временной период – 4-10 дней после родов; 3) суммарный балл по Эдинбургскому опроснику послеродовой депрессии – 5 и выше. Критерии исключения: 1) женщины с тяжелыми послеродовыми соматическими осложнениями; 2) пациентки, отказавшиеся от обследования. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-ая группа - женщины осуществляющие грудное кормление младенцев (27 чел.), 2-ая группа - женщины осуществляющие искусственное вскармливание младенцев (14 человек). Всем пациенткам была назначена комплексная оздоровительная методика, включающая в себя психотерапию (когнитивная, телесно ориентированная, суггестивная, методы Гештальт-подхода), массаж (лечебный, висцеральный, лимфодренажный), физиотерапия (светотерапия узкополосным зелёным светом). Процедура проводилась однократно и ее общая длительность составляла от 4 до 8 часов, в зависимости от первоначального состояния матери и количества перерывов на кормление младенца. Все пациентки наблюдались в динамике и спустя 30-36 дней после лечения прошли повторное обследование. Во время второго этапа обследования использовались следующие методики: EPDS, HADS, SHAPS и СМОЛ.

Результаты и их обсуждение.

По результатам обследования получены следующие данные средних баллов по шкалам: EPDS в 1-ой группе ($13,59 \pm 5,819$), во 2-ой группе ($16,86 \pm 5,275$), HADS по субшкале тревога в 1-ой группе ($11,48 \pm 3,321$), во 2-ой группе ($12,50 \pm 3,368$), по субшкале депрессия в 1-ой группе ($10,22 \pm 3,662$), во 2-ой группе ($13,07 \pm 4,305$), SHAPS в 1-ой группе ($34,37 \pm 7,386$), во 2-ой группе ($39,00 \pm 9,190$) - отмечается тенденция увеличения баллов по всем шкалам у пациенток 2-ой группы, но, тем не менее, достоверных различий при первичном обследовании с 1-ой группой не было выявлено. После проведенного лечения отмечается тенденция к уменьшению средних баллов по всем используемым шкалам, что свидетельствует об уменьшении клинических проявлений ПАР в обеих группах, но уже обнаруживаются достоверные различия по ряду параметров. Практически, по всем шкалам средний балл в 1-ой группе стал достоверно ниже, чем во 2-ой: EPDS в 1-ой группе ($5,85 \pm 2,522$), во 2-ой группе ($8,79 \pm 3,068$) (по критерию Манна-Уитни $p=0,001$), HADS по субшкале депрессия в 1-ой группе ($5,26 \pm 2,030$), во 2-ой группе

(7,43± 3,005) (по критерию Манна-Уитни $p=0,002$), SHAPS в 1-ой группе (27,59 ± 5,918), во 2-ой группе (32,07±4,599) (по критерию Манна-Уитни $p=0,005$).

Полученные результаты демонстрируют, что в группе пациенток, практикующих грудное кормление младенцев, выраженность симптомов ПАР, в основном, стала ниже группы риска, в то время как в группе пациенток, пользующихся искусственным вскармливанием младенцев, симптомы ПАР перестали быть клинически выраженными, но не прошли полностью и чаще всего остались на уровне группы риска. Возможно, данные отличия связаны с различиями в гормональном статусе, обусловленными реализацией грудного кормления после родов либо отказом от него. В отдельных случаях можно говорить о чувстве вины у матерей во 2-ой группе за то, что не смогли наладить грудное вскармливание, об идеях самоуничтожения, что также не может не сказываться на их самочувствии и требует дополнительного внимания и сессий психотерапевта.

По результатам теста СМОЛ в 1-ой группе не удалось выявить закономерности по распределению личностных особенностей, в то время как во 2-ой группе отмечается увеличение баллов по субшкалам «Ипохондрия» и «Психоастения»; возможно, выявленные личностные особенности способствовали предпочтению искусственного вскармливания младенцев и увеличению клинических проявлений ПАР во 2-ой группе.

Выводы. У пациенток, использующих искусственное кормление новорожденных, отмечаются более выраженные проявления ПАР, по сравнению с пациентками, осуществляющими грудное кормление, а также отмечается преобладание таких личностных свойств как «Ипохондрия» и «Психоастения».

Комплекс немедикаментозных способов терапии, включающий психотерапию, способен снизить интенсивность клинических проявлений ПАР, но результат будет лучше, если пациентки реализуют грудное вскармливание младенца; в противном случае потребуются более интенсивное и длительное лечение.

Роль полиморфизма гена дофаминового рецептора *DRD4* в развитии антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных расстройств (пилотное исследование)

Чесакова А.В.¹, Толмачев М.Ю.¹, Шнайдер Н.А.¹, Насырова Р.Ф.^{1,2}

¹НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева МЗ РФ

²Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

Актуальность. Одним из наиболее значительных достижений в лечении шизофрении является применения лекарственных средств из группы антипсихотиков. За последние десятилетие область их применения распространилась на другие психические расстройства, такие как психотическая депрессия, психозы, обусловленные деменцией, пограничные расстройства личности, обсессивно-компульсивное расстройство (Zanarini M.C., Frankenburg F.R., 2001).

Среди нейролептиков принято выделять 2 класса: типичные антипсихотики и атипичные антипсихотики. Способностью блокировать D2 дофаминовые рецепторы обладают, как препараты первой, так и второй генерации, но атипичные антипсихотики демонстрируют значительно более низкую аффинность к D2 дофаминовому рецептору и реализуют терапевтический эффект через иные механизмы (Leucht S. Et al., 2009).

Существует несколько дофаминергических путей, вовлеченных в механизм фармакологического действия антипсихотиков: мезолимбический, мезокортикальный, нигростриарный, туберофундибулярный путь (Guzman F., 2016). Нигростриарный тракт является проекцией нейронов из компактной части черной субстанции к терминальным участкам, иннервирующим стриатум. Этот путь вовлечен в моторную деятельность и целенаправленные движения (Matsuda W., 2009). Подобный патогенетический механизм развития экстрапирамидной симптоматики, создает предпосылки к изучению влияния полиморфизма гена *DRD4*, кодирующего дофаминовый рецептор D4, как генетического фактора риска изменения ответа на антипсихотики.

Цель исследования - изучение ассоциации полиморфизма гена *DRD4* (rs1800955), кодирующего рецептор дофаминовый рецептор D4, с развитием антипсихотик-индуцированного экстрапирамидных расстройств.

Материалы и методы. Объем выборки - 117 пациентов (95 мужчин – 81,2%, 22 женщины – 18,8%) европеоидной расы, постоянно проживающих на территории Северо-Западного региона Российской Федерации и Республики Татарстан. В группу обследуемых лиц были включены пациенты с психическими расстройствами из категории F20. Средний возраст дебюта составил 24,56±1,95 лет; средний возраст начала антипсихотической терапии 25,7±1,7 лет. Пациенты получали антипсихотические препараты в режиме монотерапии препараты первой и

второй генераций в 40 (34%) и 77 (66%) человек соответственно, включая: Галоперидол - 28 (23,93%) пациентов; Оланзапин - 15 (12,82%); Рисперидон - 16 (13,67%); Кветиапин - 12 (10,25%); Азенапин - 5 (4,27%); Клозапин - 11 (9,4%); Рисполепт Конста 1 (0,85%); Зуклопентиксол (Клопиксол-Депо) - 5 (4,27%); Палиперидон - 4 (3,42%); Арипипразол - 3 (2,56%); Сертиндол - 5 (4,27%); Ксеплион - 2 (1,7%); Сульпирид - 1 (0,85%); Трифтазин - 6 (5,12%); Амисульпирид - 1 (0,85%); Зуклопентиксол - 1 (0,85%); Аминазин - 1 (0,85%). Тяжесть экстрапирамидных расстройств на фоне проводимой фармакотерапии оценивалась по следующим шкалам: BARS (порог \leq 3), SAS (шкала Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов, порог \leq 1), ESRS (шкала экстрапирамидных симптомов, порог \leq 2). Выделение ДНК осуществлялось комплектом реагентов для выделения РНК/ДНК из клинического материала «РИБО-преп» (ИнтерЛабСервис, Россия). Генотипирование проводилось на приборе Rotor Gene 6000 (Qiagen, Австралия), набором реагентов для определения полиморфизма rs1800995 гена *DRD4* (Синтол, Россия). Статистический анализ проводился общепринятыми статистическими критериями с использованием языка программирования R и пакетов библиотеки к нему (dplyr, ggplot2, psych, ROCR), программ для статистического анализа LePac, Arlequin 3.5, Genepop.

Результаты и обсуждение. Показано, что после приема типичных антипсихотиков 22 (55%) пациента были здоровы и 3 (7,5%) имели патологические изменения по шкале BARS. После приема атипичных антипсихотиков все 42 (100%) пациента были здоровы ($p=0.048$ по тесту Фишера). Анализ шкалы SAS дал следующие результаты: после приема типичных антипсихотиков рейтинговая оценка была выше верхнего референсного порога у 12 (30%) человек; у 8 (20%) человек рейтинговая оценка была ниже порогового; при приеме атипичных антипсихотиков 29 (37,6%) человек имели рейтинговую оценку ниже порогового, 6 (7,79%) человек имели верхний референсный порог ($p=0,002$ по тесту Фишера).

По результатам рейтинговой оценки по шкале ESRS: после приема типичных антипсихотиков 12 (30%) человек не превысили референсный порог, 10 (25%) - превысили референсный порог; после приема атипичных антипсихотиков 30 (38,9%) человек не превысили референсный порог, 3 (3,89%) - превысили ($p=0,003$ по тесту Фишера).

Сравнение результатов, полученных в результате первого и второго визитов, проводилось непараметрическим ранговым парным критерием Вилкоксона и в группе пациентов, принимавших типичные антипсихотики, дало следующие результаты: BARS - 3,5 балла ($p=0.1706$); SAS - 30 ($p=0.0293$); ESRS - 13 ($p=0,002838$). Аналогичный тест был проведен в группе пациентов, принимавших атипичные антипсихотики: BARS - 1 ($p=1$); SAS - 85,5 ($p=0,6822$); ESRS - 36 ($p=0,8438$).

Затем были проанализированы различия в динамике между вторым и первым визитами. По шкале BARS рейтинговая оценка у больных, принимающих типичные антипсихотики, составила $0,65\pm 0,91$ баллов; а у принимающих атипичные антипсихотики - $(-0,02\pm 0,05)$ баллов ($p=0.02$ по критерию Вилкоксона).

При анализе рейтинговой оценки по шкале SAS у больных, принимавших типичные антипсихотики, средние различия составили $2,92 \pm 3,07$ балла; у принимавших атипичные антипсихотики – $(-0,19 \pm 0,53)$ ($p=0,01$ по критерию Вилкоксона). Анализ результатов рейтинговой оценки по шкале ESRS у больных, принимавших типичные антипсихотики, показал динамику в $10,08 \pm 6,84$ балла, а у принимавших атипичные антипсихотики – $0,31 \pm 0,87$ балла ($p=0,0003$).

В исследуемой выборке установлено следующее распределение генотипов по полиморфизму rs1800955 гена *DRD4*: *TT* – 38 (33,6%); *TC* – 57 (50,4%); *CC* – 18 (16%). Носительство аллеля *T* выявлено у 133 (58,8%) пациентов, а аллеля *C* – у 93 (41,2%). Данное распределение согласуется с законом Харди-Вайнберга: $df=1$, $\chi^2=0,194$ ($p=0,66$).

Анализ эффекта носительства изучаемых аллелей гена *DRD4* не позволил нам судить о статистически значимом отношении шансов (ОШ) развития антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных расстройств, что продемонстрировано результатами рейтинговой оценки по всем применяемым шкалам: BARS - аллель *T* (ОШ=0,39; ДИ (доверительный интервал): 0,03-3,87; аллель *C* (ОШ=2,55; ДИ: 0,25-25,21; SAS - аллель *T* (ОШ=1,33; ДИ: 0,58-3,03), аллель *C* (ОШ=0,75; ДИ: 0,33-1,70); ESRS - аллель *T* (ОШ=0,83; ДИ: 0,32-2,08), аллель *C* (ОШ=1,20; ДИ: 0,47-3,03).

Выводы. В настоящем исследовании установлено, что прием типичных антипсихотиков вызывает более выраженную экстрапирамидную симптоматику, чем прием атипичных антипсихотиков. При этом прием типичных антипсихотиков чаще изменяет рейтинговую оценку, полученную при первом визите, и за все время участия пациента в исследовании по сравнению с приемом атипичных антипсихотиков. Этот феномен, вероятно, можно объяснить более высокой специфичностью и аффинностью к дофаминовым рецепторам *DRD4* типичных антипсихотиков по сравнению с атипичными. Результаты фармакогенетического исследования не позволили нам валидизировать полиморфизм rs1800955 гена *DRD4*, кодирующего дофаминовый рецептор *D4*, как фактор риска развития антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных нарушений, что может быть обусловлено малым объемом выборки.

Арт-проект «Шедевры мировой живописи в трактовке душевнобольных» в терапевтическом процессе психиатрического стационара

Искандеров М.Н, Журавлев Я.С, Чехонадский И.И., Пряникова Е.В.

Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2
Оренбург

Введение. В условиях полипрофессионального подхода к лечению в психиатрическом стационаре, с акцентом на психотерапевтические и реабилитационные направления, нами ведется постоянный поиск и апробирование разнообразных методов и подходов психотерапии, психокоррекции, досуговых форм активной реабилитации. В частности, экспериментальная арт-группа на базе женского геронтологического отделения №3 ГБУЗ «ООКПБ №2» использует, начиная с 2017 г., изобразительно-художественное направление. Содержательной и прикладной основой деятельности служат контуры рисунков и картин известных мастеров мировой живописи. Эти прототипы предлагаются пациентам к исполнению красками, в цвете. Обязательным условием исполнения работ является отсутствие знакомства участников проекта с видом и свойствами авторских решений, т.е. с оригиналами и классическим исполнением.

Цель. Трудности вербального самовыражения вследствие болезненного процесса и сужение каналов получения информации преодолимы посредством ведения т.н. «переходного объекта». В данном случае – изобразительного объекта. Это, помимо прочего, облегчает выявление «питающих симптомы» чувств – тревоги, отчаяния, одиночества, гнева. Упрощается и оценка биографической информации, навыков, представлений, проблем, потребностей и потенциалов личности. Цели данного терапевтического подхода определяются задачами 1-2 уровня, по принятой классификации Воловик. В данном случае, это стимуляция эмоциональной и, социальной активности, восстановление согласованного взаимодействия разных уровней психической деятельности, тренировка общения, выработка адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях.

Материалы и методы. Нозологически группы не были однородными, диагнозы участниц представляли все основные, характерные для «общего» отделения регистры (шизофрения, шизоаффективные варианты, аффективные расстройства, олигофрения, последствия органических поражений ГМ, шизотипические и иные расстройства личности, психические заболевания позднего возраста). К реализации предлагается достаточно широкий и разнообразный выбор графических основ. К примеру, использовались по 8-10 прототипов произведений В. Ван Гога, Модильяни, П. Пикассо, М. Шагала, М. Врубеля, Х. Хокусай, Фриды Кало, Э. Уорхолла, Бэнкси, И. Шишкина, И. Левитана, К. Петрова-Водкина и пр. Пациентки самостоятельно определялись с

выбором графических основ для воплощения в цвете. При этом все аспекты выбора – мотивы, причины, предпочтения, оценки, первичные впечатления и предполагаемые ожидания – являлись предметом опроса, обсуждения и дискуссий в группе.

Особенности терапевтического процесса. Для участников проекта не производилось предварительного ознакомления с оригинальным авторским исполнением и законченным видом известных картин. К работе предлагались только монохромные контуры, даже без светотеневой ретуши. Более того, не назывались ни имена художников, ни названия картин; а если кто-то из участников обнаруживал знакомство с наброском – требовалось найти замену, импонирующую, но обязательно незнакомую. Таким образом, удавалось избегать предубежденности и шаблонности в реализации проекта. По достижению готового результата (кому-то для этого было достаточно половины занятия, а кому-то – не хватало и двух занятий) участницы были вправе продемонстрировать свои готовые работы группе, получив от нее обратную связь, или сделать презентацию своей работы, обозначив разрабатываемую тему, содержание, вложенный смысл и эмоции, ассоциации, и, в конце концов – свое название картины. На начальном этапе проекта мы больше склонялись к спонтанности и к самораскрытию пациентов, нежели к директивности и жестким правилам ведения группы.

По итогам полугодовой практики имеется достаточный объем готовых картин, выполненных пациентками. Наиболее выдающиеся и показательные работы неоднократно экспонировались на выставках в рамках международных конференций по психиатрии, психотерапии и психореабилитации в Оренбурге.

Заключение. Раскрытие и активизация личностных ресурсов пациента возможны через различные творческие проявления. В изобразительной арт-терапии, особенно в данном ее варианте, помимо самого процесса терапевтическое воздействие может нести предложенная основа, прототип шедевра мировой живописи, с заложенными в нем символами, ресурсами и диапазоном трактовок. На основе выбора пациентом материала, работы над ним и итогового результата, мы можем получить информацию о потребностях пациента, его ценностно-смысловых и экзистенциальных позициях, а также о сохраняющемся здоровом и креативном потенциале личности. Последующее терапевтическое стимулирование этого потенциала позволяет более эффективно работать с предпосылками психотических симптомов - чувствами тревоги, гнева, с состояниями отчужденности и одиночества - в процессе дальнейшей, более прицельной психотерапии.

Объединения молодых учёных и специалистов в России и Совет молодых учёных Российского общества психиатров

Чумаков Е.М.^{1,2}, Федотов И.А.³, Петрова Н.Н.¹

¹ Санкт-Петербургский государственный университет
² Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко
Санкт-Петербург

³ Рязанский ГМУ имени академика И.П. Павлова МЗ РФ
Рязань

Введение. В Указе Президента РФ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» задачи развития демографии и здравоохранения вынесены на первое место. При этом, одним из приоритетов развития здравоохранения является повышение качества и доступности медицинской помощи, чего невозможно добиться без выстраивания системы подготовки молодых специалистов и постоянного повышения их квалификации. В этом направлении в России и в мире идёт неуклонный рост значения некоммерческих объединений профессионалов и специалистов; на такие объединения возлагаются новые обязанности и новые функции.

Российское общество психиатров, как некоммерческая профессиональная медицинская организация, играет особую роль в системе развития непрерывного медицинского образования в России, так как участвует в разработке программ повышения квалификации, подготовке и экспертизе учебных материалов и т.д. Известно, что молодые специалисты в начале карьеры испытывают потребность в поддержке и направлении со стороны профессионального сообщества. В этой связи объединения молодых специалистов при профессиональных организациях могут взять на себя функции поддержки и помощи в профессиональном и научном развитии на первых этапах карьеры. Эту роль на протяжении многих лет выполняет Совет молодых учёных Российского общества психиатров (СМУ РОП), который в своей работе занимается реализацией сотрудничества с другими профессиональными организациями, что не только позволяет организовать обмен опытом, но и способствует проведению совместных научных и образовательных проектов. Это приводит к мотивированию начинающих карьеру специалистов, выстраиванию образовательных траекторий и, в итоге, к повышению качества медицинской помощи.

Цель исследования – анализ и сравнительная оценка деятельности объединений молодых учёных и специалистов в России.

Материалы и методы. В апреле 2018 г. был проведён поиск в сети интернет с использованием интернет-поисковиков Google и Яндекс по следующим ключевым словам «молодой учёный», «молодой специалист», «совет молодых учёных», «молодой исследователь», а также целевой поиск информации о наличии

молодёжных подразделений в профессиональных организациях и профессиональных сообществах медицинского и другого профиля, их деятельности.

Результаты и их обсуждение. В результате проведённого поиска и анализа информации об объединениях молодых специалистов в России установлено, что единых критериев терминов «молодой специалист» или «молодой учёный» в России не существует. Так, Министерство образования и науки РФ при реализации грантовой поддержки молодым учёным использует критерии возраста и наличия учёной степени (кандидат наук в возрасте до 35 лет или доктор наук в возрасте до 40 лет). Российский фонд фундаментальных исследований при проведении конкурсов на получение грантов для молодых учёных приводит различные требования к конкурсантам, в зависимости от размеров финансовой поддержки. Устав СМУ РОП определяет, что участником Совета могут стать как работающие специалисты (психиатры, психологи, психотерапевты, наркологи, биологи и социальные работники), так и проходящие обучение в ординатуре и аспирантуре, до достижения возраста 40 лет.

Поддержка молодых учёных в России начинается ещё на этапе обучения, и в реализации этого имеют большое значение советы молодых учёных при ВУЗах. Наш поиск показал, что подобные организации имеются во многих высших учебных заведениях, причём не только на уровне ВУЗа, но и на уровне кафедр и факультетов. Обобщая информацию официальных сайтов организаций, целями СМУ при ВУЗах можно назвать координацию деятельности СМУ структурных подразделений ВУЗа, содействие администрации ВУЗа в формировании и реализации молодёжной научной политики, представление интересов молодёжи в руководстве ВУЗа, содействие развитию контактов между молодыми учёными различных научных специальностей для междисциплинарных научных исследований, грантовую поддержку молодых учёных (в том числе консультативная помощь при их оформлении), развитие научного и профессионального потенциала молодых учёных и преподавателей.

Поиск информации о молодёжных объединениях при профессиональных организациях, неожиданно для нас, показал их небольшую представленность. Так, среди медицинских специальностей объединения молодых учёных или специалистов были найдены только у терапевтов (секция молодых терапевтов Российского научного медицинского общества терапевтов), кардиологов (проект «Молодой исследователь» Российского кардиологического общества), стоматологов (Ассоциация молодых стоматологов). Также была найдена информация о Молодёжной секции Российского психологического общества и Молодёжном движении Ассоциации юристов России. На этом фоне СМУ РОП, ведущий свою историю с 1970-х гг., выделяется особо.

Можно выделить следующие цели объединений молодых специалистов/учёных при профессиональных сообществах: повышение уровня профессиональной подготовки, развитие академических и практических навыков у молодых специалистов; организация научно-практических конференций молодых специалистов; поддержка и продвижение членов сообщества для участия в конференциях, школах молодых ученых, конкурсах, программах обмена,

образовательных семинарах регионального, общероссийского и международного уровня; организация доступа к консультированию и курации профессорами из учебных, научно-исследовательских учреждений РФ и зарубежных стран; своевременное информирование членов организации о значимых профессиональных событиях; развитие профессиональной сети (форума молодых учёных), сотрудничество и взаимодействие между специалистами как в пределах РФ, так и с зарубежными коллегами. Участие в подобных объединениях даёт весьма весомые преимущества для их членов: возможность публикаций в журналах профессионального сообщества и сборниках тезисов, выпускаемых к съездам и конгрессам, проводимых Обществом; участие (в том числе льготное) в российских и международных школах и программах обменов, организуемых профессиональным сообществом; участие в российских и международных научных исследованиях, проводимых под эгидой профессионального сообщества; приобретение организационного опыта (возможность бесплатного участия в мероприятиях в качестве волонтера). Участники объединений молодых учёных/специалистов при профессиональных сообществах являются молодёжным кадровым резервом профессиональной ассоциации.

Существуют также междисциплинарные объединения молодых учёных и специалистов, например, Содружество молодых врачей (осуществляет профессиональную поддержку молодых врачей, помощь в профессиональной адаптации молодых специалистов), а также объединения по территориальному признаку (Совет молодых учёных и специалистов Московской области, Совет молодых учёных и специалистов города Казани). Несколько обособленно в этом ряду стоят Российский союз молодых учёных и Совет молодых учёных Российской академии наук. В отличие от предыдущих организаций, осуществляющих политику открытого принятия в свои члены, эти организации оставляют за собой право на отбор участников через специальную форму подачи заявок.

Заключение. Проведённое исследование показало, что СМУ РОП, единственная официальная организация молодых психиатров в России, является одним из наиболее активных объединений молодых учёных и специалистов. В настоящее время Совет включает более 500 членов из 23 регионов России. В основном, они являются жителями европейской части страны, но мы продолжаем расширять число наших региональных отделений, в том числе, используя современные средства коммуникации и дистанционные формы обучения. Мы проводим собственные образовательные и научные проекты, имеющие высокий отклик в профессиональном сообществе. За многие годы СМУ РОП показал свою эффективность и жизнестойкость, этот опыт может быть широко применен для работы других молодёжных объединений при профессиональных организациях.

Программа помощи пациентам с первым психотическим эпизодом в Омской областной психиатрической больнице

Шеллер А.Д., Паненко О.А., Александрова О.А.

Омская областная психиатрическая больница
Омск

При разработке плана мероприятий по созданию отделения первого психотического эпизода был учтен опыт других регионов, методические рекомендации и информационные письма Московского НИИ психиатрии. Согласно приказу Министерства здравоохранения Омской области и внутреннего приказа больницы, из резервов было выделено помещение и отобран персонал, разработано положение об отделении.

Отделение первого психотического эпизода № 26 открылось осенью 2003 г. на базе стационара. Затем курация пациентов с первым психотическим эпизодом была выделена в отдельную программу. Структура программы первого психотического эпизода изменялась и совершенствовалась и на сегодняшний день представлена: отделением первого эпизода на 60 коек круглосуточного пребывания; 20 местами дневного пребывания при отделении первого эпизода; 15 местами на базе отделения интенсивного оказания психиатрической помощи для взрослого населения (на дому), обслуживаемыми ассертивной бригадой, с целью оказания интенсивной помощи данному контингенту во внебольничных условиях; 1 специализированным психиатрическим участком для амбулаторного наблюдения пациентов с первым психотическим эпизодом, где в настоящее время наблюдается около 400 пациентов.

Подобная организация лечебно-реабилитационного процесса предполагает комплексное ведение больных двумя полипрофессиональными бригадами: стационарной и амбулаторной, между которыми существует полная преемственность.

Показаниями для поступления в программу, согласно рекомендациям Московского НИИ психиатрии, являются: впервые возникшие психотические состояния (шизофрения и расстройства шизофренического спектра, а также аффективные психозы); первые три приступа болезни; длительность заболевания не более 5 лет; возраст до 55 лет. Противопоказания: значительная острота и выраженность психопатологических расстройств с агрессивностью, импульсивными действиями: социально-опасный характер содержания психопатологических расстройств, антисоциальное поведение больных; высокий суицидальный риск; коморбидная наркологическая патология (злоупотребление алкоголем и / или наркотиками), тяжелые соматические расстройства. При перечисленных выше противопоказаниях больных с первыми эпизодами болезни помещают в общепсихиатрический стационар, а после купирования острых проявлений психоза переводят в клинику первого психотического эпизода.

Важным аспектом рассматриваемой организационно-практической проблемы являлся охват программой пациентов с первым психотическим эпизодом. В этой связи, в клинике особое внимание уделялось целенаправленной работе как с врачами общепсихиатрических отделений, так и с амбулаторными службами (участки диспансерного отделения, сельские врачи-психиатры, врачи амбулаторного психотерапевтического отделения, психотерапевты и пр.).

Для анализа всех аспектов оказания помощи пациентам с первым психотическим эпизодом в больнице в рамках существующей программы «АСУ психиатрия» создана подпрограмма «Первый психотический эпизод».

При анализе когорты пациентов, включенных в программу, выявлено, что, в основном, эти пациенты городские жители - 71,9%, в возрасте до 41 года - 80,6%, учатся или работают - 67,7%, не состоят в браке - 71,6%, проживают с родителями - 67,4%. По нозологии: с диагнозом шизофрения - 71%, с шизотипическим расстройством - 9%, с шизоаффективным психозом - 20%; по длительности заболевания пациенты болеющие более 1 года - 68,4, до 3 лет - 17,8%, до 5 лет - 13,8%.

Для лечения пациентов, включенных в программу первый психотический эпизод, используются, преимущественно, атипичные нейролептики и современные антидепрессанты.

Наблюдение за пациентом имеет четыре формы – круглосуточный стационар, место дневного пребывания, наблюдение ассертивной бригадой и наблюдение на специализированном психиатрическом участке (только для пациентов первого эпизода). Поскольку клинические и социальные показатели пациентов существенно различаются на каждом из этапов лечения, различаются и формы и методы психосоциальной работы, применяемые в каждом из случаев. Социальное и психологическое обследование дает возможность разработать индивидуальный реабилитационный маршрут пациента. После купирования острого психотического состояния пациент переводится в дневной стационар, где нагрузка в виде психосоциальных мероприятий возрастает. Психосоциальная работа с пациентами и их родственниками проводится по специальному модулю «Первый эпизод», куда включены психообразовательные группы, нейрокогнитивный, коммуникативный тренинг и др.

Показателями эффективности работы программы первого эпизода: продолжили работу и учебу 65% пациентов, инвалидизированы - 11%, улучшились взаимоотношения в семье - у 68%. Наглядна и экономическая выгода: при отсутствии побочных явлений на лечение, длительность пребывания в стационаре сократилась до 35-45 дней, а процент повторных госпитализаций составляет всего 6,2%.

Опыт экзистенциальной психотерапии в реабилитации в психиатрическом стационаре

Яценко К.О.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко
Санкт-Петербург

Без знания и понимания внутреннего и внешнего мировоззрения пациента, его жизненных проблем, сложно прогнозировать дальнейшее течение заболевания и разрабатывать программы реабилитации (Бабин С.М., Случевская С.Ф., Ульчева Т.А., 2013). В настоящее время использование моделей психотерапевтического взаимодействия становится актуальным.

Целью работы было использование психотерапии экзистенциальной направленности в комплексном лечении больных шизофренией в условиях психиатрического стационара.

Материалы и методы. Выборку составили 42 пациента с параноидной шизофренией в состоянии ремиссии, имеющие группу инвалидности. Средним возраст составил 47,6 лет (18 мужчин и 24 женщины). Основой для проведения терапии был метод групповой психотерапии экзистенциальной направленности для пациентов с эндогенными расстройствами (Бабин С.М., 2012) с использованием принципов психотерапии больных шизофренией (Курпатов В.И., 2009).

Результаты. Особенностью проведения терапии было участие в качестве ко-терапевта лечащего врача-психиатра и врача-психиатра/психотерапевта, проводящего реабилитационные мероприятия. Ко-терапевт выступал в роли психиатра в отделении, и в роли участника группы в группе. Обсуждаемые темы: смерть, свобода, одиночество, переживаемы большинством людей, они универсальны, естественны и доступны. Поэтому при их обсуждении группе происходит более полное и глубокое самораскрытие. Через открытость не только клиента, но и терапевта экзистенциальная терапия выходит на межличностные отношения, которые сами по себе становятся ценными и являются инструментом воздействия (Спинелли Э., 2009). Лечащий врач и врач реабилитолог получали больше «человеческой» информации от пациентов, с формированием более полной картины. Кроме исключительно информативной части, ко-терапевт получал эмоциональное взаимодействие с пациентами, что косвенно осуществляло превенцию профессиональному выгоранию.

Выводы. Совместное проведение групповой экзистенциальной терапии с ко-терапевтами – лечащим врачом и врачом реабилитологом - позволяет иметь более полную «человеческую» информацию о пациенте, устанавливать доверительные отношения, что повышает комплаенс и косвенно препятствует профессиональному выгоранию. Реабилитационной программа спонтанно выстраивается тремя

врачами специалистами, с минимальными затратами ресурсов, а главное времени, которого так не хватает в современной «бумажной» медицине.

«Принятия неизбежного» у психиатрических пациентов с ВИЧ

Яценко К.О, Константинова Е.А.

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

Актуальность исследования. В настоящее время по темпам роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией Россия вышла на 3-е место в мире (Покровский В.В., 2017), растет и число пациентов с психическими расстройствами, имеющих ВИЧ.

Elisabeth Kübler-Ross (1969), исследуя реакцию пациентов на сообщение, что у них неизлечимая болезнь, выделила пять стадий психологических переживаний: 1. Отрицание (человек не может поверить, что это действительно с ним случилось); 2. Гнев (возмущение работой врачей - «Просмотрели, что-то можно еще сделать», ненависть к здоровым людям - «Почему они будут жить, а я умру»); 3. Торг (попытка заключить сделку с судьбой, обращение к религии - «Я буду молиться, а взамен Бог даст мне жизнь»); 4. Депрессия (отчаяние и ужас, потеря интереса к жизни, пассивная позиция - «Какой смысл, что-то делать?»); 5. Принятие (принятие смерти, как элемента жизни; отношение и действия, как в любых других сложных жизненных ситуациях). В целом данная концепция была принята сообществом врачей и медицинских психологов, с некоторыми оговорками (Margaret Strobe, Hank Shut, Katharine Bonnaire, 2017). В более поздних исследованиях говорилось о том, что не всегда есть строгая последовательность стадий, некоторые «выпадают», или, наоборот, выглядят более контрастно, либо происходит фиксация на одной из стадий без дальнейшего продвижения (Heather Butts, 2006; Вагайцева М.В. с соавт., 2017).

Большинство исследований «стадий принятия неизбежного» было проведено у пациентов с неоперабельным раком. Что касается ВИЧ-инфекции, исследования в большей степени соответствовали своему времени с постоянно меняющейся эпидемиологической и социальной обстановкой, а подходы к психотерапевтическому лечению отвечали состоянием вопроса продиктованного временем (Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г., 2010).

Цель исследования: изучение эффективности психотерапии в лечении психиатрических пациентов с коморбидной патологией - ВИЧ.

Материалы и методы. Группу исследования составили 54 пациента инфекционного отделения Санкт-Петербургской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (31 мужчина и 23 женщины) с психическими заболеваниями различных форм; средний возраст пациентов составил 37+3,2 лет.

Пациентам проводилась экзистенциальная групповая психотерапия (группа экзистенциального опыта, Кочюнас Р., 2000; группа экзистенциальной направленности, Бабин С.М., 2012). Занятия проводились в полуоткрытых группах (slow open); количество участников составляло от 12 до 15 человек, допускалось

введение еще нескольких пациентов на второй и третьей сессии. Время сессии составляло от 45 мин. до 1 часа. Всего проведено 8-15 сессий. Проводилась оценка принятия неизбежного по Кюблер-Росс (1969). Использовались методики «Тип отношения к болезни» и «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) для оценки уровня тревожности.

Результаты. Характерной особенностью реагирования исследуемых пациентов на болезнь был формально-анозогнозический подход к ней. Около половины пациентов не интересовались течением заболевания, его прогнозом, несмотря на возможность получить такую информацию в медицинских учреждениях, Интернете, научно-популярной литературе. При сборе анамнестических сведений только у 9 чел. (16,7%) фиксированы фазы принятия неизбежного, после того как они узнали об диагностировании у себя ВИЧ. В основном, это было представлено переживаниями депрессивного характера; у одного из пациентов была своеобразная фаза отрицания и интерпретация болезни: «Такого вируса не существует, просто медицина зарабатывает на этом деньги».

У 45 (83,3%) пациентов очерченных фаз по Kübler-Ross (отрицания, депрессии) не отмечалось. Принятие болезни и отношение к ней носило искаженный характер, с отсутствием направленности на лечение, без адекватной оценки будущего и настоящего. Желания и мотивации относились к кратковременным субъективно приятным действиям, без оценки протекания заболевания.

В групповой сессии, затрагивающие темы смерти, смысла и бессмысленности, отношение пациентов к смерти было спокойно-нигилистическим, отмечалось непонимание, отсутствие принятия того, что ВИЧ значительно сократит их жизнь, использование софистики для ответов на вопросы, касающиеся темы смерти - «Все равно все умрут, неважно от чего и когда», «Лучше жить недолго, но интересно». При обсуждении свободы выбора, ответственности, только трое из пациентов высказались не только о свободе, но и принятии ответственности, оговорили субъективно неприятные стороны свободы: «много соблазнов, можно сделать неправильный выбор». Обсуждая смыслы, выбирали следующее: для мужчин – работа, материально обеспеченная жизнь, свобода, семья; для женщин – семья, любовь близких, развитие, работа, материально обеспеченная жизнь.

Неотъемлемой частью своей жизни большинство пациентов считает устройство на работу. В группе обсуждалось много смыслов, вкладываемых в работу - общение, дисциплина, возможность реализации, отвлечение. Вопрос трудоустройства показал наибольшую заинтересованность по важности и значимости. Большинство участников высказало мнение о том, что ощущение отчаяния и невозможности что-то решить возникает у них при возникновении сложностей с трудоустройством. Т.е. «принятие неизбежного» возникает как следствие психотравмы, связанной не со здоровьем, а с экзистенциальной катастрофой. Отчаяние - не в связи с неминуемой скорой смертью, а с невозможностью справиться с барьерами, преградами интеграции в общество.

В процессе терапии общая тревожность участников групп снизилась, по результатам психологического исследования. Однако у части пациентов,

находившихся в ожидании выписки, тревожная оценка перспектив повысилась, что, по-видимому, связано с ожиданием сложностей адаптации в обществе.

Выводы. Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с ВИЧ и рост числа психически больных с коморбидным ВИЧ требуют продолжения работы по определению эффективных психотерапевтических подходов в лечении этой категории пациентов.

Мотивации к трудовой деятельности у пациентов с дефицитарными состояниями при шизофрении (медико-социальные, реабилитационные аспекты)

Яценко К.О., Якунов А.С.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко»
Санкт-Петербург

Высокая распространенность шизофрении, а также тяжесть ее последствий, включая медицинские, социальные и экономические, определяют необходимость разработки эффективных методов лечения и организационных подходов к ведению больных и их адаптации [5]. Одним из путей повышения социальной и трудовой адаптации пациентов с диагнозом шизофрении, имеющих когнитивный и эмоционально-волевой дефицит, является оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий с применением психотерапии [4, 8, 9]. С использованием психотерапевтических методик пациенты могут быть мотивированы на поиск стимулов, получаемых при трудоустройстве, которые являются поощрительными, даже если они не направлены на восстановление внутренних дефицитарных состояний [2].

Данная модель подходит для понимания взаимодействия мотивации с когнитивным и социальным функционированием [1], поэтому проведение терапии с формированием установок и мотивации для дальнейшего социального функционирования, и, в частности, трудоустройства, является актуальной медико-социальной проблемой [6, 10]. При этом особый целевой группой являются пациенты, стойко утратившие трудоспособность, заинтересованные в трудовой деятельности, но по ряду причин (низкий уровень самооценки, уверенности, коммуникации, социального интеллекта), имеют низкий уровень мотивации [11, 12].

Цели исследования:

Изучение некоторых аспектов мотивации к труду у пациентов с дефицитарными состояниями при шизофрении.

Проведение тренинга когнитивных и социальных навыков с последующей оценкой эффективности - для формирования мотивации к трудовой деятельности.

Контингент и дизайн исследования.

Проведено обследование 60 пациентов с диагнозом шизофрении (32 мужчины и 28 женщин); средний возраст 47 лет; средняя длительность заболевания - 5,6 года, задействованных в групповой психотерапии когнитивных и социальных навыков; средний срок пребывания в стационаре - 48 дней.

Критерии включения в исследование: 1) согласие пациента на участие в исследовании; 2) наличие установленного диагноза шизофрении (согласно МКБ-

10); 3) наличие стойкой утраты трудоспособности; 4) длительность заболевания от 3 до 10 лет; 5) состояние ремиссии.

Критерии исключения: другая нозологическая принадлежность; острота состояния (психоз).

Методология: клиничко-психопатологический метод исследования; использовался "Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных" [2].

Психотерапевтические методики: тренинг когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией [7].

Результаты и обсуждение.

Данные, полученные при изучении образовательного уровня пациентов: среднее образование имели 10 чел. (16,7%), среднее специальное - 47 (78,3%) чел., высшее – 3 (5%) чел. В прошлом все пациенты имели профессию, работали по профессии. В последующем при ухудшении состояния и социально-экономической ситуации в стране, а также вследствие прогрессивности заболевания, пациенты профессионально дезадаптировались, переходили на менее квалифицированные виды деятельности. Все пациенты имели группу инвалидности.

При исследовании занятости пациентов выявлено следующее.

| Занятость | М (n=32) | | Ж (n=28) | |
|-------------------------------|----------|------|----------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Отсутствие занятости | 6 | 18,8 | 4 | 14,3 |
| Работа по дому | 10 | 31,3 | 15 | 53,6 |
| Неофициальное трудоустройство | 14 | 43,7 | 8 | 28,6 |
| Официальное трудоустройство | 2 | 6,2 | 1 | 3,5 |

Отсутствие занятости отмечалось у 18,8% мужчин и 14,3% женщин пациентов, или. При хорошем межличностном взаимодействии в семье эти пациенты выполняли облегченный домашний труд под протекцией родственников, им отводилась роль «домохозяйки». Они занимались уборкой, приготовлением пищи, ходили в магазин, принимали участие в воспитании детей. В данном случае, прослеживаются гендерные отличия: в частности, домашний труд в большей степени импонировал женщинам.

Доминирование неофициального трудоустройства над официальным имело ряд социальных и психологических причин: предвзятое отношение работодателя к лицам с группой инвалидности, связанной с психическим заболеванием; возрастной ценз - до 40 лет; относительно более высокая оплата при неофициальном трудоустройстве; более свободный график при неофициальном трудоустройстве; менее квалифицированная работа; отсутствие необходимости работать в большом коллективе и вступать в сложное социальное взаимодействие.

При исследовании мотивации к трудовой деятельности учитывалась градация, по значимости для пациента:

| Мотивация | М (n=16) | | Ж (n=9) | |
|------------------|----------|------|---------|------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Уровень оплаты | 12 | 75,0 | 5 | 55,6 |
| Смена обстановки | 3 | 18,8 | 2 | 22,2 |
| Общение | 1 | 6,3 | 2 | 22,2 |

На первом месте, как у мужчин, так и у женщин, был уровень заработной платы, что объясняется неблагоприятным социально-экономическим положением инвалидов. Отмечалось значение общения в коллективе и смены обстановки, однако удовлетворительное материальное состояние, как мотивация, превалировали у большинства обследованных пациентов.

Проведен групповой тренинг когнитивных и социальных навыков у пациентов - с использованием дополнительных методик, направленных на мотивацию к труду, конкретизацией целей и планов, проигрыванием проблемных ситуаций, максимально приближенных к реальности, с учетом формирования мотивации.

В результате проведенного тренинга, повысились показатели концентрации внимания и памяти, уверенности в себе, уверенности в возможности трудовой деятельности. Данное обстоятельство в большей степени обусловлено функционированием мотивационной сферы, которая в значительной степени страдает при шизофрении. Соответственно, в ходе проведения нейрокогнитивных тренингов ее восстановление происходило через восстановление когнитивного нарушений и восстановления способности к коммуникации. Кроме того, при групповом взаимодействии прослеживалась тенденция к улучшению эмоционального реагирования, эмоциональной вовлеченности.

Выводы:

1. Большинство пациентов предпочитают неофициальное трудоустройство, официальному.

2. Рентные мотивации превалируют над социальными и эмоциональными мотивациями.

3. При проведении тренинга когнитивных функций и социальных навыков получены положительные результаты - в плане повышения мотивации к трудовой деятельности, через улучшение функций памяти и внимания, повышения уверенности в себе и большей готовности к эмоционально синтонному взаимодействию в социуме.

Литература:

1. Валулина И.М. Сравнительная оценка фармакотерапии атипичными нейролептиками в сочетании с трудотерапией больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2011. - 21 с.
2. Гурович И.Я., Сторожаква Я.А., Шмуклер А.Б. Психосоциальное лечебно-реабилитационное направление в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 2004. - Т. 14, №1 - С. 81-86.

3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1994. - №2. - С. 35-40.
4. Карасаева Л. А., Кузнецова А. С., Лейбович Д. П. Современные аспекты трудоустройства инвалидов, страдающих нервно-психическими заболеваниями // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2010. - Т. 20, №1. - С. 13-16.
5. Лиманкин О.В., Сتيкина А.А., Парфенов Ю.А. Оценка эффективности ведения больных параноидной шизофренией в стационарном и амбулаторном звене // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2016. – №1.- С. 32-37.
6. Фурсов Б.Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2012. – Т. 22, № 4. - С. 91-100.
7. Шмуклер А.Б. с соавт. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2007. - №4. -С. 67-77.
8. Asher L. et al. Development of a community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia // *PLoS One*. - 2015; 10(11).
9. Clazien Bouwmans et al. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* - 2015; 11: 2125–2142.
10. Choi J. et al. Measuring motivation in schizophrenia: Is a general state of motivation necessary for task-specific motivation? // *Schizophr. Res.* – 2014, Mar; 153 (0): 209-213.
11. Kurtz M.M., Bronfeld M., Rose J. Cognitive and social cognitive predictors of change in objective versus subjective quality-of-life in rehabilitation for schizophrenia // *Psychiatry Res.* – 2012, Dec 30; 200(2-3): 102–107.
12. Philip D. Harvey et al. Functional impairment in people with schizophrenia: Focus on employability and eligibility for disability compensation // *Schizophr. Res.* - 2012 - 140 (1-3): 1-8.

Особенности отношения к болезни у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом

Яшина К.В.

Городская психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко
Санкт-Петербург

Актуальность. По данным ВОЗ, в мире в настоящее время насчитывается около 50 млн. больных шизофренией [1, 6]. Эффективное оказание психиатрической помощи возможно при условии интегрального подхода, включающего не только биологические, но и психосоциальные вмешательства [2, 3]. В этой связи в последние десятилетия особую актуальность в области психиатрии и клинической психологии приобрела проблема оказания помощи больным с первым психотическим эпизодом.

Процесс лечения и его эффективность во многом зависят от личности больного, его отношения к своему заболеванию. Отношение к болезни влияет на социально психологическую адаптацию лиц, перенесших первичный психотический эпизод в рамках шизофрении [5]. Однако вопросу об отношении к болезни у лиц, перенесших первичный психотический эпизод в рамках шизофрении, пока уделяется недостаточное внимание [4].

Целью проведенного нами исследования является изучение особенностей отношения к болезни у пациентов, больных шизофренией в рамках первичного психотического эпизода, для выявления мишеней психокоррекционного воздействия.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 78 пациентов, проходящих лечение и реабилитацию в дневных стационарах СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко». Из них 31 пациент с первым эпизодом заболевания шизофренией (экспериментальная группа), 31 пациент с затяжным неврозом (контрольная группа) и 16 пациентов, болеющих шизофренией более 8 лет (контрольная группа). В исследовании были использованы следующие методы: методика ТОБОЛ Л.И. Вассермана, А.Я. Вукса, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой, «Анкета оценки качества жизни SF-36», Полуструктурированное интервью.

Результаты и их обсуждение. На начальном этапе исследования нами были изучены теоретические предпосылки изучения особенностей отношения к болезни у пациентов, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении. При анализе литературных источников было выявлено, что отношение к болезни у лиц с первым психотическим эпизодом в рамках шизофрении является недостаточно изученным аспектом современной науки [2-5]. Большинство проведенных в недавнее время исследований описывает отношение к болезни у лиц, страдающих шизофренией, с точки зрения адекватности их восприятия

болезни, осознанности болезненного состояния и включенности [2], а также, рассматривает влияние личностных изменений и сопутствующих соматических патологий на отношение к имеющемуся заболеванию [4].

Следующим этапом нашей работы стало экспериментальное исследование особенностей типа отношения к болезни и факторов удовлетворенности качеством жизни у пациентов, перенесших первый психотический эпизод. В ходе экспериментального исследования было выявлено, что основу отношения к болезни у лиц, перенесших первый психотический приступ в рамках шизофрении, составляют инвертированные переживания по поводу своей болезни, включающие широкий спектр негативных эмоций. Ситуация болезни воспринимается испытуемыми, перенесшими первый психотический эпизод, остро и напряженно. В состоянии болезни наблюдается повышенная чувствительность в отношении к собственному Я, связанная с недостаточным пониманием собственных реакций. В силу неясности своих переживаний нарушается поведение, обнаруживается непонимание возможных действий. Спектр переживаемых эмоциональных реакций, касающихся отношения к имеющимся симптомам, разнообразен, варьирует от чувства вины и стыда до полного безразличия и переживается как кризисное состояние.

Тип отношения к болезни у лиц, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении, предполагает интрапсихическую направленность переживаний. Ведущей реакцией на болезнь являются негативные переживания, которые приводят формированию негативного отношения к себе и принятию как состояния болезни, так и собственной личности. Тип отношения к болезни у больных шизофренией, перенесших первый психотический приступ, обусловлен не только личностными особенностями, но и связан с изменениями, вызванными болезнью и длительностью ее течения.

Проводя сравнительный анализ между типами отношения к болезни у лиц, перенесших первый психотический приступ, лиц, страдающих затяжным неврозом, и лиц, длительно болеющих шизофренией, были выявлены следующие статистически значимые отличия. При сравнении показателей по типу отношения к болезни между лицами, перенесшими первый психотический эпизод в рамках шизофрении, и лицами с затяжным неврозом отмечаются статистически значимые различия в отношении параметров «Меланхолический» ($t=2,232$, при $p<0.05$) и «Апатический» ($t=2,692$, при $p<0.01$). Сравнительный анализ показателей типа отношения к болезни среди лиц, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении, и лиц, имеющих диагноз «Шизофрения» в течение длительного времени, выявил статистически значимые отличия по параметру «Паранойяльный» ($t=-2.378$, при $p<0.05$).

На следующем этапе нашего исследования были проанализированы результаты полуструктурированного интервью. С целью оптимизации и выявления скрытой структуры в ответах на интервью респондентов был проведен факторный анализ (по методу максимального правдоподобия с варимакс вращением). В ходе факторного анализа было выявлено три фактора (с совокупной дисперсией в 53%): «Самоконтроль» (22% дисперсии), «Сочувствие» (17% дисперсии) и «Аффилиативная потребность» (14 % дисперсии).

На основании полученных данных по факторному анализу были выявлены статистически значимые отличия между показателями факторов у лиц, перенесших первый психотический эпизод, лиц с затяжным неврозом и больных шизофренией с длительным периодом болезни. По фактору «Самоконтроль» отмечаются статистически значимые отличия выраженной степени между показателями среди лиц, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении, и лиц с затяжным неврозом ($t=-5,702$, $p<0,01$) и умеренные отличия между перенесшими первый эпизод в рамках шизофрении и больными шизофренией с длительным течением заболевания ($t=2,265$, $p<0,05$). По фактору «Сочувствие» в ходе статистического анализа данных были выявлены статистически значимые выраженные отличия между больными шизофренией в рамках первого эпизода и больными шизофренией с длительным течением заболевания ($t=4,697$, $p<0,01$). По фактору «Аффилиативная потребность» отмечаются статические различия умеренной выраженности между экспериментальной (лица с первым эпизодом в рамках шизофрении) и двумя контрольными (лица с затяжным неврозом ($t=2,25$, $p<0,05$) и лица с длительным течением шизофрении ($t=2,293$, $p<0,05$)) группами.

На основании полученных данных мы можем заключить, что существенную роль в отношении к болезни у лиц, перенесших первый психотический эпизод, играют отношения с другими людьми, поскольку больные шизофренией, перенесшие первый психотический приступ, стремятся к социализации через эмоциональное принятие со стороны других и принадлежность к социальной группе. Уменьшая переживания, связанные с болезнью, лица, перенесшие первый психотический приступ, демонстрируют реакции избегания («уход в работу» или ограничение контактов) с последующим снижением социальной активности. Непринятие болезни, «вынужденная» изоляция от окружающих и негативные переживания, преобладающие в настроении, препятствуют активному стремлению к совладанию с болезнью, адекватному восприятию дальнейших перспектив.

Следующим этапом нашего исследования является изучение параметров качества жизни у пациентов, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении, у лиц с затяжным неврозом и пациентов, страдающих шизофренией на протяжении продолжительного периода времени. По результатам сравнительного анализа параметров качества жизни обнаружены следующие существенные различия.

Для групп больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и лиц с затяжным неврозом существуют статистически значимые отличия в отношении параметра «Интенсивность боли» ($t=2,063$, $p<0,05$).

Между больными шизофренией с первым психотическим эпизодом и лицами, болеющими шизофренией более длительный период, установлены существенные различия в показателях «Физическое функционирование» ($t=3,685$, $p<0,01$), «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($t=2,055$, $p<0,05$), «Интенсивность боли» ($t=-2,218$, $p<0,05$), «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($t=3,566$, $p<0,01$), «Психическое здоровье» ($t=-2,773$, $p<0,01$).

Выявленные статические различия позволяют нам говорить, что качество жизни лиц, находящихся в первичном эпизоде шизофрении, в большей степени зависит от оценки ими собственного психического здоровья, которая существенно влияет на их физическое состояние. Физическое здоровье воспринимается больными шизофренией, перенесшими первый психотический эпизод, более сохранным, имеющим свои ресурсы для деятельности и активности. Ощущение психического здоровья больного шизофренией первого эпизода во многом определяет его социальную активность, ролевое взаимодействие и жизненный тонус. Негативное отношение к состоянию своего психического здоровья приводит к ограничениям во взаимоотношениях с окружающими и ослаблению жизненной активности.

На следующем этапе нашего исследования выявлялись взаимосвязи между типом отношения к болезни и показателями качества жизни у лиц, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении. Выявлены взаимосвязи гармонического типа отношения к болезни с жизненной активностью ($r=0,427$ при $p<0,05$), с ролевым функционированием, связанным с физической активностью ($r=0,424$ при $p<0,05$), с социальным функционированием ($r=0,403$ при $p<0,05$) и физическим функционированием ($r=0,402$ при $p<0,05$) для лиц с первичным эпизодом шизофрении; умеренно выраженная корреляционная связь между апатическим типом отношения к болезни с жизненной активностью ($r=-0,417$ при $p<0,05$), ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием ($r=-0,357$ при $p<0,05$) и психическим здоровьем ($r=-0,355$ при $p<0,05$) у лиц, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении; умеренной выраженности корреляционная связь меланхолического типа отношения к болезни с жизненной активностью ($r=-0,436$, при $p<0,05$) и психическим здоровьем ($r = -0,437$, при $p<0,05$); взаимосвязи между эргопатическим типом отношения к болезни и ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием ($r=-0,436$, при $p<0,05$).

Выявленные взаимосвязи указывают, что отношение к болезни оказывает существенное влияние на функционирование в социуме и жизненную активность лиц с первым психотическим эпизодом в рамках шизофрении. Преобладание того или иного отношения к болезни меняет рисунок поведения, эмоциональное состояние, степень включенности в деятельность, что сказывается на их адаптации и интеграции в обществе. Таким образом, в исследовании подтверждается гипотеза о том, что тип отношения к болезни влияет на качество жизни больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, в большей мере, чем на больных шизофренией с длительным течением заболевания.

По итогам проведенной работы представляется актуальным лонгитюдное исследование отношения к болезни у больных, перенесших первый психотический приступ в рамках шизофрении, так и у пациентов с затяжным неврозом. Подобный анализ позволит исследовать динамику изменений отношения к собственному заболеванию в ситуации поэтапного развития болезни, позволит констатировать изменения отношения к болезни с ростом дефекта.

В перспективе особое значение имеет более подробное изучение взаимосвязи отношения к болезни с личностными особенностями у лиц,

перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении. Подобная работа может позволить детальнее изучить влияние отношения к имеющемуся заболеванию на самоотношение лиц, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении, на формирование стратегий совладания с болезнью, восприятие жизненной перспективы и собственной самореализации.

Другая проблема, также требующая подробного рассмотрения, заключается в том, какой вклад может сделать изучение отношения к болезни у лиц, перенесших первый психотический эпизод в рамках шизофрении, в эффект стигматизации психических расстройств. Наличие диагноза психического заболевания помимо основных последствий и ограничений, непосредственно вытекающих из болезни, со временем все больше влияет на положение в обществе, что связано с эффектом стигматизации

Заключение. Таким образом, на основании полученных данных нами были составлены рекомендации по реабилитации лиц, перенесших первый психотический эпизод.

1. Для лиц, перенесших первый психотический эпизод и их родственников необходима поддерживающая психокоррекционная и психотерапевтическая помощь, направленная на отреагирование переживаний, связанных с заболеванием.

2. С целью поддержания оптимального социального и ролевого функционирования необходимо организовать деятельность, связанную с трудовой занятостью пациентов с первичным психотическим эпизодом.

3. С целью преодоления стигматизации и повышения социальной адаптации необходимо организовать группы встреч для лиц, перенесших первый психотический эпизод, с обсуждением волнующих их социальных вопросов.

4. Необходимо проведение психообразовательных занятий с пациентами с первичным психотическим эпизодом, направленных на прояснение особенностей заболевания.

5. С целью повышения комплаентности пациентов с первичным психотическим эпизодом необходимо составить программы индивидуальной реабилитации, основанной на типе отношения к болезни и удовлетворенности качеством жизни.

6. Целесообразно для родственников пациента, перенесшего первый психотический эпизод, составить индивидуальные рекомендации, основанные его на типе отношения к болезни и удовлетворенности качеством жизни.

Литература

1. *Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Под. ред. Л.А. Алехнович. Саратов.: Издательство Саратовского Университета, 2014 – 211 с.*
2. *Крупченко Д.А. Клиническое значение и коррекция осознания болезни (инсайта) при параноидной шизофрении» автореф.дисс. к.м.н. – Минск.: БГМУ, 2014. – 24 с.*

3. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума. (Электронный ресурс) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: <http://medpsy.ru>.
4. Харчук Е.В. «Отношение к болезни у пациентов с сочетанием параноидной шизофрении и гипертонической болезни» // УКР. МЕД ЧАСОПИС, 3 (95) – V/VI 2013 С.157-159
5. Johannessen J.O., McGlashan T.H., Larsen T.K. et al. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2001; 51: 39–46.
6. *The World health report : Mental health : new understanding, new hope, 2001, 169 с.*

ПРИЛОЖЕНИЕ

Отечественный опыт отделения для свежезаболевших больных или всё новое — это хорошо забытое старое¹

Случевская С.Ф.¹, Случевская Н.С.², Бабин С.М.¹

¹ Северо-Западный ГМУ им И.И. Мечникова МЗ РФ

² Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова
Санкт-Петербург

В последние годы проблеме первых проявлений психотических расстройств уделяется особое внимание (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010). Считается, что максимально раннее терапевтическое вмешательство напрямую влияет на нейробиологические механизмы развития шизофрении и улучшает последующее социальное функционирование пациентов (Aitchison K.J. et al., 1999; Drury V. et al., 2000; Tennakoon L. et al., 2000; ЕРРІС). В настоящее время во многих странах мира разработаны специальные организационные формы обслуживания больных с первыми приступами шизофрении, позволяющие реализовать на практике новые подходы к их терапии и психосоциальной реабилитации, например, центр раннего предупреждения и вмешательства при психозе в Австралии (ЕРРІС), программа раннего лечения и предупреждения психоза в Калгари (Канада), мультицентровый национальный проект (Финляндия). С 2000 г. клиника первого психотического эпизода существует в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ. В последующем в целом ряде регионов страны открылись отделения, созданные по этой модели (Санкт-Петербург, Омск, Ставрополь, Оренбург и др.).

Внедрение и адаптацию применительно к условиям российского здравоохранения современных форм организации психиатрической помощи можно только приветствовать. Однако при этом не следует забывать существовавший отечественный опыт во многом опередивший свое время, но не получивший, к сожалению, широкого признания в профессиональной среде. Одним из таких, безусловно, оригинальных достижений является созданное Ф.И. Случевским в психиатрической больнице №3 им. И.И. Скворцова-Степанова специальное приемное отделение для свежезаболевших больных со свободным режимом «открытых дверей».

¹ Впервые опубликовано: XVI СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015.— С. 778-779.

Сегодня основными целями лечения первого приступа психоза являются, сокращение времени между началом развития психотической симптоматики и эффективной терапией; ускорение развития ремиссии с помощью эффективных биологических и психосоциальных вмешательств; уменьшение неблагоприятной реакции индивида на текущий психоз и максимальное повышение/сохранение социального функционирования и трудовой деятельности; предотвращение развития рецидива и терапевтической резистентности (Spencer E., Birchwood M., McGovern D., 2001). В качестве составных частей психосоциального вмешательства при первом психотическом эпизоде чаще всего называют индивидуальную социальную работу и различные психообразовательные программы для пациентов и членов их семей; группы социально-психологического тренинга; тренинг нейрокогнитивного дефицита (Гурович И.Я. и др., 2003; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. и др., 2004).

Читая описание Ф.И. Случевским организации работы отделения для свежезаболевших больных со свободным режимом «открытых дверей» (Костикова Л.Ф., Случевский Ф.И., 1965) можно только поражаться, насколько его формулировки фактически повторяют, а, на самом деле, опережают на 30 лет первые зарубежные публикации с описанием подходов к терапии данных пациентов. В отделении в течение всего дня были открыты входные двери, двери в прогулочный сад и во все подсобные помещения, что и в настоящее время редко могут себе позволить даже лучшие психиатрические клиники. Авторы особо подчеркивают, что режим открытых дверей возможен только при охвате всех больных различными видами занятости. Широко поощрялось индивидуальное творчество больных. Специально выделенная медицинская сестра по «занятости» осуществляла заполнение досуга больных различными мероприятиями в соответствии с их индивидуальными склонностями. Вне периода, когда больные получали «активную терапию», они работали на трудотерапии в лечебно-трудовых мастерских или непосредственно в отделении.

Большое внимание уделялось формированию терапевтической среды, внешнему виду отделения. Большая часть пациентов пользовалась личной одеждой, назначались дежурные по столовой и по палатам, больные самостоятельно обустраивали и украшали отделение, осуществляли мелкий ремонт, организовали передвижную библиотеку, фотолабораторию, обустроили прогулочный сад, построив там спортивную площадку, столы, скамейки и пр.

Отмечалось, что благодаря комплексному воздействию терапии, включающей как медикаментозную, так и в широком смысле этого слова психотерапевтическую составляющую, значительно ослабевала напряженность и интенсивность галлюцинаторно-бредовых переживаний, мягче протекали депрессивные состояния, пациенты продолжали деятельность в коллективе, у них появлялось чувство ответственности за свое поведение. Кратковременные лечебные отпуска позволяли сохранять семейные связи, а пребывание в домашней обстановке способствовало более быстрому формированию критического отношения к болезненным переживаниям.

В новых условиях усложнялась работа психиатра, от которого, по словам авторов, «требуется тонкая и правильная оценка состояния, разумно доверчивое

отношение к больному, повседневная оперативная ориентировка даже в незначительных изменениях психического состояния» (Костикова Л.Ф., Случевский Ф.И., 1965). Также изменились требования к работе среднего медперсонала, от которого, наряду с дисциплиной и повышенной бдительностью, ожидается глубокое понимание состояния пациента и более «культурный подход к нему».

Разумеется, за прошедшие десятилетия в психиатрии были тщательно исследованы и четко сформулированы терапевтические подходы к первым психотическим проявлениям, разрабатывается концепция нейрокогнитивного дефицита, существенно изменилась медикаментозная терапия, созданы разнообразные психообразовательные программы, дифференцированные психотерапевтические и психосоциальные мероприятия и т.д. Но и с учетом всех этих достижений, описанный уникальный отечественный опыт демонстрирует, что существенное улучшение качества оказания помощи возможно в условиях обычного психиатрического стационара при не формальном, творческом отношении к работе и искреннем желании помочь своим пациентам.

Изучение особенностей организации работы отделения для свежезаболевших больных со свободным режимом «открытых дверей», в сравнении с современными подходами к клиникам первого психотического эпизода, позволит, на наш взгляд, лучше понять существовавшие направления развития отечественной психиатрии и реабилитации и будет способствовать более естественному внедрению новых достижений в повседневную психиатрическую практику.

«Открытые двери» в психиатрическом отделении для свежезаболевших больных¹

Л. Ф. Костикова, Ф. И. Случевский

Внедрение в широкую практику психофармакологических средств привело к глубоким качественным изменениям в работе психоневрологических учреждений. Резко изменилась структура работы психоневрологического диспансера, широко внедряются различные формы «частичной госпитализации» (дневные стационары, госпитализация на дому и т.п.). Изменился облик психиатрических больниц. В этой связи формируются новые задачи в организации работы психиатрических отделений. Такой задачей является организация рееадаптационных мероприятий «с первых шагов» пребывания больного в условиях психиатрической больницы. К рееадаптационным мероприятиям в условиях психиатрического стационара следует отнести, прежде всего, максимальное ограничение применяемых мер стеснения, принуждения в отношении психически больного, то есть широкое внедрение свободного режима и содержания психически больных.

Опыт внедрения элементов свободного режима в условиях общеприемного и особо беспокойного отделения 3-й ленинградской психиатрической больницы показал, что эти условия могут быть применены не только для больных с затяжными формами психических заболеваний, но также к контингенту острозаболевших «первичных» больных, то есть в психиатрических отделениях всех профилей.

Изложенное явилось предпосылкой к организации специального приемного отделения для свежезаболевших больных со свободным режимом «открытых дверей».

Показаниями для госпитализации в это отделение являются начальные формы психических заболеваний и вновь наступающие обострения у больных с различной нозологической принадлежностью. В отделение стационарируются больные с астеническими, астенодепрессивными, депрессивными, параноидными, галлюцинаторно-параноидными, кататоническими и другими психопатологическими синдромами. Преобладающим контингентом являются первично госпитализирующиеся в психиатрическую больницу.

Не подлежат лечению в отделении особо беспокойные и склонные к социально опасным действиям больные, а также больные с тяжелой соматической отягощенностью. В отделении проводятся все виды активной терапии.

Организация работы персонала несколько отлична от приемного отделения с обычным режимом. Штат отделения соответствует установленным нормам.

¹ Впервые опубликовано: Восстановительная терапия и социально-трудовая реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями: Материалы Всесоюз. конференции 10-13 ноябр. 1965 г. / Под ред. Е.С. Авербух (отв. ред.) и др. – Л.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1965. – С.359-364. Печатается по изданию: Избранные труды / Ф.И. Случевский; сост.: Е.В. Снедков, В.А. Точилов, С.Ф. Случевская. СПб.: Издательство Фонда «Содружество», 2011. – С.247-250.

В отделении имеется наблюдательная палата с неподвижным постом медицинской сестры, которая осуществляет строгий надзор. Остальной персонал смены обеспечивает тщательное наблюдение за больными, находящимися в комнате отдыха, столовой и др. помещениях и палатах отделения, а также самостоятельно выходящими из отделения.

Специально выделена медицинская сестра по «занятости», осуществляющая заполнение досуга больных различными мероприятиями. Она же создает условия для занятий больных в соответствии с их индивидуальными склонностями.

В отделении в течение всего дня открыты входные двери, двери в прогулочный сад и во все подсобные помещения.

В отличие от других отделений только больные наблюдательной палаты со строгим надзором находятся на постельном режиме, одеты в халаты. Остальные больные пользуются пижамами и многие личной одеждой. В зимний период больные выходили на прогулки в собственной одежде. С началом весенне-летнего времени многим больным разрешены домашние костюмы.

Основным контингентом отделения являлись больные с наиболее тяжелыми формами психических заболеваний — шизофренией, маниакально-депрессивным психозом, травматическим и энцефалитическими психозами, психопатиями и др. Больные с невротическими состояниями, алкоголизмом, травматическими энцефалопатиями и церебрастениями в данное отделение почти не госпитализируются.

Таким образом, по составу данное отделение является общеприемным психиатрическим отделением. Отчетливое преобладание нозологических форм, требующих «активного» лечения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), определяет лечебный профиль отделения.

Режим открытых дверей возможен только при охвате всех больных различными видами занятости. Вне периода, когда больные получают «активную терапию», они работают на трудотерапии в лечебно-трудовых мастерских или в отделении.

Широко поощряется индивидуальное творчество больных. Лечебно-трудовые мастерские ежедневно посещают 10 — 12 больных, самостоятельно, с выделением из их числа ответственных. Ряд больных работает на наружных работах на территории больницы, в прогулочном саду, на работах в помощь другим отделениям. Выделяются дежурные по столовой и по палатам. Много сил и желания больные вкладывают в устройство уюта, украшение отделения, самостоятельно осуществляют мелкий ремонт. Больные полностью оборудовали прогулочный сад, построив там спортивную площадку, столы, скамейки, фотолабораторию и пр. Больными организована и ведется передвижная библиотека. Много времени они проводят вне отделения, организованно посещают кино, театры, футбольные матчи. На отделении проводятся спортивные состязания по волейболу, шахматам. По окончании трудотерапии больные совершают длительные прогулки в прилежащем городском парке, при этом в группе выздоравливающих отпускаются и некоторые больные с острой симптоматикой.

Благодаря комплексному воздействию режима, медикаментозной и психотерапии (в широком смысле этого слова) депрессивные состояния протекают мягче, без суицидных стремлений, больные продолжают работу в коллективе, у них появляется чувство ответственности за свое поведение. Напряженность и интенсивность галлюцинаторно-бредовых переживаний значительно ослабевает.

В отделении широко применяются кратковременные пробные отпуска домой на 2-3 дня. Больные отпускаются в сопровождении родственников или самостоятельно. При этом преследуются различные цели для отдыха, свидания с детьми, посещения театров, поездки на дачу. Подобные пробные отпуска содействуют проверке полноты и устойчивости ремиссии перед окончательной выпиской. Пребывание больного в состоянии наступающей ремиссии в домашней обстановке способствует более быстрому формированию критического понимания острого периода бредовых, галлюцинаторных, депрессивных и др. переживаний. Все пользовавшиеся пробным отпуском больные возвращались самостоятельно, своевременно и без принуждения. Осуществление свободного режима требует большой напряженности и творческой работы со стороны всего персонала отделения. Усложняется работа врача, от которого требуется тонкая и правильная оценка состояния, разумно доверчивое отношение к больному, повседневная оперативная ориентировка даже в незначительных изменениях психического состояния. Изменились требования к работе среднего медперсонала, от которого требуется особо четкая дисциплина, повышенная бдительность в работе с больными, более глубокое понимание состояния больного, более культурный подход к нему.

Быстрое развитие внебольничной психоневрологической сети с дневными стационарами как учреждениями, обеспечивающими «частичную госпитализацию» с «активной» терапией во внебольничных условиях, с одной стороны, и организация при психиатрических больницах отделений со свободным режимом — с другой, является необходимым условием ликвидации существующего в течение многих лет разрыва в работе диспансеров и психиатрических больниц.

Новые формы организации работы обеспечат реализацию важнейших принципов психиатрической помощи — ступенчатости и непрерывности в обслуживании психически больных.

Сведения об авторах

- Абдуллаева В.К. – д.м.н., заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института (Ташкент, Республика Узбекистан)
- Абрамов В.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Донецкого Национального медицинского университета им. М. Горького (Донецк, ДНР)
- Абрамов В.Ал. - ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Донецкого Национального медицинского университета им. М. Горького (Донецк, ДНР)
- Аведисова А.С. - д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, руководитель отдела терапии психических и поведенческих расстройств Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ РФ (Москва)
- Александрова О.А. – врач-психиатр Областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова (Омск)
- Алексеев Б.Е. – д.м.н., профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)
- Андреев Б.В. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фармакологии Санкт-Петербургского университета, клинический фармаколог Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кашенко (Санкт-Петербург)
- Антошкин Я.А. - студент Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ (Рязань)
- Аркуша И.А. - врач-психиатр Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского МЗ РФ (Москва)
- Ахмадова Г. - магистр Наук, NOVA Medical School Факультета медицинских наук (Баку, Республика Азербайджан)
- Ахметова Л.Ш. – врач Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева (Казань)
- Ашенбреннер Ю.В. – врач-психиатр Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кашенко, аспирантка кафедры психиатрии и наркологии

Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург)

Ашуров З.Ш. – д.м.н. доцент кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии (Ташкент, Республика Узбекистан)

Бабаев Ж.С. - магистр кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии (Ташкент, Республика Узбекистан)

Бабаева Е.Г. - медицинский психолог Психоневрологического диспансера №6 (Санкт-Петербург)

Бабарахимова С.Б. - ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института (Ташкент, Республика Узбекистан)

Бабин С.М. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им И.И. Мечникова, вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА) (Санкт-Петербург)

Бабина Н.Г. – врач-психотерапевт Областной клинической психиатрической больницы №1 (Оренбург)

Бадалов А.А. - старший преподаватель кафедры медицинской психологии, психиатрии и психотерапии Кыргызско-Российского Славянского университета (Бишкек, Кыргызская Республика)

Базарова Н.Д. - социальный работник Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)

Базарова Н.Д. - социальный работник Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)

Баландова О.И. - врач-психотерапевт Городской поликлиники №114 (Санкт-Петербург)

Белова М.Ю. - заместитель главного врача Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина - филиал психиатрический стационар им. В.А. Гиляровского (Москва)

Бойченко А.А. - ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Донецкого Национального медицинского университета им. М. Горького (Донецк, ДНР)

- Борисова Д.Ю. - танцевально-двигательный психотерапевт Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Бровкина С.Н. – заведующая учебной частью кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (Бишкек, Кыргызская Республика)
- Бугорский А.В. - заведующий отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Бурыгина Л.А. - к.м.н., главный врач Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина (Москва)
- Васильева А.В. – д.м.н., ведущий научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ, доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова МЗ РФ (Санкт-Петербург)
- Васильева Н.Г. - к.пс.н., медицинский психолог Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ (Санкт-Петербург)
- Винокур В.А. – д.м.н., профессор кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова МЗ РФ Президент Балинтовской Ассоциации (Россия) профессор Восточно-Европейского института психоанализа, член консультативного совета Международной Балинтовской Федерации (IBF) (Санкт-Петербург)
- Гаскин В.В. - научный сотрудник Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева ДЗМ (Москва)
- Гвоздецкий А.Н. - врач-психиатр Городской психиатрической больницы №7 им. академика И.П. Павлова (Санкт-Петербург)
- Гехт А.Б. - д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, директор Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева ДЗМ (Москва)
- Голоденко О.Н. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Донецкого Национального медицинского университета им. М. Горького (Донецк, ДНР)

- Гонжал О.А. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии наркологии и психотерапии
Института повышения квалификации ФМБА (Москва)
- Грачев Р.А. – д.м.н., профессор, заведующий отделением Донецкого клинического
территориального медицинского объединения (Донецк, ДНР)
- Гречаный С.В. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии
Санкт-Петербургского государственного педиатрического
медицинского университета (Санкт-Петербург)
- Гринева Т.В. - врач-психиатр и психотерапевт Городской психиатрической
больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Грицевская Е.М. - заведующая отделением Городской психиатрической больницы
№1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Даева Н.А. - медицинский психолог Городской психиатрической больницы №1 им.
П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Дворянинова В.В. - аспирант кафедры психиатрии и медицинской психологии
Приволжского исследовательского медицинского университета МЗ РФ
(Нижний Новгород)
- Дорофейкова - к.м.н., научный сотрудник Национального медицинского
исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М.
Бехтерева (Санкт-Петербург)
- Ерзин А.И. – к.пс.н., ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии
Оренбургского государственного медицинского университета МЗ РФ
(Оренбург)
- Ершов Б.Б. – к.пс.н., старший преподаватель Северо-Западного государственного
медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)
- Ершов Е.Е. – заведующий отделением Городской психиатрической больницы №1
им. П.П. Кащенко, младший научный сотрудник Национального
медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева МЗ РФ (Санкт-Петербург)
- Журавлев Я.С. – заведующий отделением Областной клинической
психиатрической больницы №2 (Оренбург)
- Захарова К.В. – к.м.н., врач-психиатр Федерального медицинского
исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.
Сербского МЗ РФ (Москва)

- Зислин И. – MD психиатр, член Европейской Психиатрической ассоциации, член Израильской психиатрической ассоциации и Израильской ассоциации биологической психиатрии (Иерусалим, Израиль)
- Зуйкова Н.Л. – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Российского Университета Дружбы Народов, председатель правления МОП-объединения (Москва)
- Иванова Т.В. – заведующая отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Ильясова А.Г. – клинический психолог Клинической психиатрической больницы №1 (Нижний Новгород)
- Ирмухамедов Т.Б.. – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института (Ташкент, Республика Узбекистан)
- Исаева Е.Р. – д.пс.н., профессор, заведующая кафедрой общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)
- Искандеров М.Н. – врач-психотерапевт Областной клинической психиатрической больницы №2 (Оренбург)
- Карякина М.В. – младший научный сотрудник Московского НИИ психиатрии – филиала Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (Москва)
- Кирсанова К.Р. – медицинский психолог Психоневрологического диспансера №6 (Санкт-Петербург)
- Кишка Т.Н. – медицинский психолог Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Климук Н.В. – социальный работник Областного клинического психоневрологического диспансера (Тверь)
- Колбин А.С. – д.м.н., заведующий кафедрой клинической фармакологии и доказательной медицины Первого Санкт-Петербургского государственного университета им. акад. И.П. Павлова, профессор кафедры фармакологии Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург)

- Константинова Е.А. – заведующая отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Копытин А.И. – д.м.н. профессор кафедры психологии Академии постдипломного педообразования, доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)
- Костикова Л.Ф. – заведующая отделением Ленинградской психиатрической больницы №3 им. И.И. Скворцова-Степанова.
- Костюк Г.П. – д.м.н, профессор, Главный внештатный специалист психиатр Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева (Москва)
- Кравцов В.В. – студент Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург)
- Кузина О.В. – студентка Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ (Рязань)
- Куликова Ю.С. – заведующая отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Куликова Ю.С. – заведующая отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Курылев А.А. – аспирант кафедры фармакологии Санкт-Петербургского университета, клинический фармаколог Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Лебедева Г.Г. – к.пс.н., ассистент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)
- Лемешко К.А. – врач-психиатр Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева, Российский государственный гуманитарный университет (Москва)
- Лиманкин О.В. – д.м.н., Заслуженный врач РФ, главный врач Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, вице-президент

Российского общества психиатров, Главный внештатный психиатр эксперт Росздравнадзора по СЗФО РФ (Санкт-Петербург)

Лисейкер П. Х. (Paul H. Lysaker) – профессор клинической психологии Отдела психиатрии Indiana University School of Medicine (Индианаполис, США)

Лозинская О.И. – заведующая отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)

Лухсе Л. – MSc-магистр наук в области здравоохранения (арт-терапия), психолог, супервизор НКО «Вильяндимаа Сингель» (Вильянди, Эстония)

Максимова Н.Е. – д.м.н., главный врач Областного клинического психоневрологического диспансера (Тверь)

Маммадова М.Н. – врач-психиатр Министерства юстиции Азербайджана (Баку. Республика Азербайджан)

Матвеева А.А. – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института (Ташкент, Республика Узбекистан)

Мелёхин А.М. – клинический психолог Российского геронтологического научно-клинического центра (Москва)

Мизинова Е.Б. – к.пс.н., старший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург)

Мионов К.О. – к.м.н., руководитель научной группы разработки новых методов выявления генетических полиморфизмов Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва)

Митихин В.Г. – к.физ.-мат.н., ведущий научный сотрудник отдела организации психиатрических служб Научного Центра психического здоровья РАМН (Москва)

Моренец Т.В. – заведующая дневным стационаром Областной психиатрической больницы №1 (Брянск)

- Мухитова Ю.В. – к.п.н., медицинский психолог Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, доцент кафедры общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург)
- Назарова Н.Р. – к.п.н., медицинский психолог Психоневрологического диспансера №5 (Санкт-Петербург)
- Насырова Р.Ф. – д.м.н., руководитель отделения персонализированной психиатрии и неврологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ, клинический фармаколог Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Оганесян Н.Ю. – к.п.н., клинический психолог Городской психиатрической больницы №6 (стационар с диспансером), Городской психиатрической больницы №7 (Санкт-Петербург)
- Отмахов А.П. – заместитель главного врача Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Отмахова У.А. – студентка НИУ «Московский институт электронной техники» (Москва)
- Павлова М.В. – врач-психотерапевт Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Павлова М.В. – психотерапевт Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Павлова Т.С. – заведующая отделением Областного клинического психоневрологического диспансера (Тверь)
- Паненко О.А. – заведующая отделением Областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова (Омск)
- Петров М.В. – к.п.н., научный сотрудник Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург)
- Петрова Н.Н. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета (Санкт-Петербург)

- Полторац С.В. – к.м.н., ведущий научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург)
- Пряникова Е.В. – заместитель главного врача Областной клинической психиатрической больницы №2 (Оренбург)
- Пустотин Ю.Л. – заведующий отделением Областной клинической психиатрической больницы №2 (Оренбург)
- Пьянзин Ю.Ф. – заведующий отделением Психоневрологического диспансера №6 (Санкт-Петербург)
- Рамос Валерио Л.Э. – клинический ординатор Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург) (Перу)
- Рождественский В.И. — к. п. н., медицинский психолог Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, старший преподаватель кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета МЗ РФ (Санкт-Петербург)
- Рыбаков П.В. – врач-психотерапевт Клинической психиатрической больницы №1 (Нижний Новгород)
- Ряполова Т.Л. - д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Донецкого Национального медицинского университета им. М. Горького (Донецк, ДНР)
- Самотаева И.С. – к.б.н, научный сотрудник лаборатории прикладной физиологии высшей нервной деятельности человека Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, Научно-практического психоневрологического центра им. З.П. Соловьева ДЗМ (Москва)
- Сарайкин Д.М. - младший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург)
- Семенова Т.С. – медицинский психолог Областной клинической психиатрической больницы №1 (Оренбург)
- Синева А.И. – заведующая отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)

- Синёва А.И. – заведующая отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Случевская Н.С. — заведующая отделением Городской психиатрической больницы №3 им. И.И. Скворцова-Степанова (Санкт-Петербург)
- Случевская С.Ф. (1972-2015) – к.м.н., доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)
- Случевский Ф.И. (1931-1993) – выдающийся отечественный психиатр, доктор медицинских наук, профессор, представитель ленинградской психиатрической школы. Главный врач Ленинградской психиатрической больницы №3 им. И.И. Скворцова-Степанова (1963-1970), заведующий кафедрой психиатрии Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института (1970-1993).
- Соломонова С.В. – к.м.н., главный врач медицинского центра «Кадуцей» (Санкт-Петербург)
- Солохина Т.А. – д.м.н., заведующая отделом организации психиатрических служб Научного Центра психического здоровья РАМН (Москва)
- Сорокин М.Ю. – младший научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ (Санкт-Петербург)
- Спаская М.А. – частнопрактикующий врач психотерапевт (Санкт-Петербург)
- Суманов Е.В. – к.м.н., врач функциональной диагностики Медицинского центра нейрофизиологических и сосудистых исследований (Бишкек, Кыргызская Республика)
- Тараскина А.Е. – к.м.н., заведующая лабораторией молекулярной биологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, старший научный сотрудник отделения персонализированной психиатрии и неврологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ (Санкт-Петербург)
- Толмачев М.В. – младший научный сотрудник отделения персонализированной психиатрии и неврологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ (Санкт-Петербург)

- Тюменкова Г.В. – к.м.н., научный сотрудник отдела организации психиатрических служб Научного Центра психического здоровья РАМН (Москва)
- Убайдуллаева А.Г. – преподаватель кафедры анатомии и физиологии 1-го Республиканского медицинского колледжа (Ташкент, Республика Узбекистан)
- Федоров Я.О. – к.м.н., заведующий дневным стационаром Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, руководитель СПОЛ – Свободной Психотерапевтической Образовательной Лаборатории (Санкт-Петербург)
- Федотов И.А. – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, председатель Совета молодых ученых Российского общества психиатров (Рязань)
- Фоменко А.Н. – врач-психиатр Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, аспирант кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (Санкт-Петербург)
- Ханько А.В. – к.пс.н., медицинский психолог Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Хасанова К.Д. – ассистент кафедры психиатрии и психотерапии Ташкентского института усовершенствования врачей (Ташкент, Республика Узбекистан)
- Хидоятов А.И. – врач-психиатр Областного наркологического диспансера (Калининград)
- Черепанова М. – волонтер Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Черепанова М.В. – волонтер дневного стационара Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Чесакова А.В. – аспирант отделения персонализированной психиатрии и неврологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ (Санкт-Петербург)
- Чехонадский И.И. – главный врач Областной клинической психиатрической больницы №2 (Оренбург)

-
- Чумаков Е.М. – к.м.н., врач-психиатр Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко, доцент кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета, руководитель Секции по поддержке интернет-ресурсов СМУ РОП (Санкт-Петербург)
- Шадманова Л.Ш. – к.м.н., старший преподаватель кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии (Ташкент, Республика Узбекистан)
- Шарина Н. – волонтер Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Шеллер А.Д. – заместитель главного врача Областной клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова (Омск)
- Шигакова Ф.А. – д.м.н., ассистент кафедры психиатрии и психотерапии Ташкентского института усовершенствования врачей (Ташкент, Республика Узбекистан)
- Шнайдер Н.А. – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения персонализированной психиатрии и неврологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева МЗ РФ (Санкт-Петербург)
- Якунов А.С. – заведующий отделением Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Яценко К.О. – к.м.н., врач-психиатр Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)
- Яшина К.В. – медицинский психолог Городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург)

Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии

Выпуск V

Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина.

Художник В. Барсуков

Технический редактор К. Паник

Тираж 300 экз.

Подписано в печать 07.06.2018 г.

Формат 70x100 1/16. Печать офсетная.

Бумага офсетная пл. 80 г/м². Усл. п. л. **21,25**

Тираж 500 экз. Заказ № **2523**.

Отпечатано в ООО «Таро».

199106, Санкт-Петербург, В.О., 24-я линия, д. 1