



Всероссийский конгресс с международным участием

женское психическое здоровье: междисциплинарный статус



МАТЕРИ
8-9 октября 2018 года
Санкт-Петербург

к 100-летию кафедры психиатрии
Первого Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета им. акад. И.П. Павлова,
бывшего Женского Медицинского Института

УДК 616.89-055

ББК 56.14

«Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус»: материалы Всероссийского научно-практического конгресса с международным участием, посвященного 100-летию кафедры психиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, бывшего Женского медицинского института, 8-9 октября 2018 г., Санкт-Петербург. [Электронное издание]. / Под ред. Незнанова Н.Г., Семеновы Н.В., Васильевой А.В., Мазо Г.Э. – СПб.: Альта Астра, 2018. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM). – ISBN 978-5-905498-88-6.

Научные редакторы:

Незнанов Н.Г., Семенова Н.В., Васильева А.В., Мазо Г.Э.

XX век ознаменовался стремительным изменением поло-ролевых стереотипов: женщины активно включаются в общественную жизнь, осваивают новые виды деятельности и социальные позиции, что потребовало мобилизации адаптационных ресурсов. Именно поэтому в XXI веке тема женского психического здоровья становится все более популярной и представляет не только медицинские, но и социальные аспекты.

Актуальность конгресса определяется более высокой заболеваемостью среди женщин расстройствами тревожно-депрессивного спектра, расстройствами пищевого поведения, что требует развития гендерного подхода в изучении и профилактике этой группы заболеваний. Более длительная продолжительность жизни женщин, в особенности в нашей стране, определяет фокус внимания на женщин в геронтопсихиатрии. К сожалению, статистика указывает на то, что среди жертв различных форм насилия и жестокого обращения преобладают женщины, это объясняет необходимость разработки гендерно-специфичных программ психосоциальной помощи и реабилитации.

Современные исследования убедительно продемонстрировали значимость особенностей опыта ранних отношений, прежде всего в детско-материнской диаде для формирования стрессоустойчивости и уязвимости к манифестации психических расстройств во взрослом возрасте, что подтверждает важность женского психического здоровья как психопротективного фактора для общей заболеваемости населения психическими расстройствами

Важным вопросом является разработка комплексного мультидисциплинарного подхода к изучению проблем реципрокного взаимодействия гормонального статуса функционирования репродуктивной системы и психических нарушений у женщин, что нашло, к примеру, отражение в выделении специфических аффективных нарушений, связанных с репродуктивным циклом женщины. Таким образом, необходим постоянный обмен опытом между психиатрами, психотерапевтами, гинекологами и эндокринологами для разработки современных эффективных комплексных лечебных программ с учетом всех звеньев этиопатогенеза. Тактика ведения пациенток с психическими расстройствами в период беременности и возможности использования психотерапии является одной из наиболее сложных дискуссионных тем, как для ученых, так и представителей практического здравоохранения.

В сборник материалов конгресса вошли работы ведущих российских и зарубежных ученых в области психиатрии, психотерапии, психологии, неврологии, фармакологии и смежных медицинских специальностей, отражающие последние достижения в области женского психического здоровья.

Сборник предназначен для врачей-психиатров, неврологов, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов соматического профиля, студентов медицинских вузов, ординаторов и аспирантов, а также широкому кругу специалистов, интересующихся вопросами психического здоровья.

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

*Сдано в набор 24.09.2018, подписано 02.10.2018
Гарнитура «Калибри», формат 60×84 1/8, 202 стр.
Объем 2,2 Мб
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв.,
упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж 300 экз.*

ISBN 978-5-905498-88-6

© РОП, 2018

© НМИЦ ПН им. Бехтерева, 2018

© Коллектив авторов, 2018

© ООО «Альта Астра», оформление, 2018

ЗАВИСИМОСТЬ АГРЕССИИ И ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ОТ ОСОЗНАНИЯ СМЫСЛА ЖИЗНИ (В ПАРАДИГМЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПИТАНИЯ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ И КАВКАЗЕ)

Akbar E.Y.

Baku

The center of the American Embassy in Baku

Первичная диспозиция нашей работы, это то что в северокавказских и кавказских странах ответственность за свой выбор член общества несет начиная с конца подросткового возраста. Грубо говоря, только с окончанием подросткового возраста, молодой член общества осознает смысл своего существования и берет ответственность за свои выборы на свои плечи. А это связано с тем что, национальные факторы воспитания предполагают что до конца подросткового возраста ребенок не сможет сделать правильный выбор в серьёзных вопросах так как нет у него достаточного жизненного опыта и родители должны в этом ему помогать, правильно направляя. А уже с началом юношества он становится полноценным членом своего общества.

Не давая никакого оценочного оттенка, попытаемся выяснит как же влияет полученное право выбора и осознание смысла своей жизни на уровень агрессивности и на деструктивное поведение личности.

Организация и проведение эксперимента: Экспериментальное исследование по изучению деструктивных установок и агрессивности у подростков и девушек проводилось в трех кавказских столицах: Махачкале, Баку и Грозном. Общий объем выборки составил 200 человек: 100 подростков в возрасте 13-14 лет и 100 девушек в возрасте 18-19 лет.

Исследование проводилось в несколько этапов:

- организационный этап эксперимента – формирование выборки испытуемых, выбор таких диагностических методик как: 1) исследование агрессивности подростков и юношей с помощью методики: «Методика состояния агрессивности Басс-Дарки» 1) исследование самооценки подростков и юношей с помощью методики: «Методика измерения самооценки Дембо-Рубинштейна для подростков и юношей» 3) исследование уровня стрессоустойчивости и социальной адаптации у агрессивных подростков и юношей с помощью методики: «Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге» 4) исследование деструктивных установок в межличностных отношениях с помощью методики: «Методика определения деструктивных установок в межличностных отношениях В.В. Бойко».

- исследовательский этап – исследование агрессии у подростков и девушек;

- аналитический этап эксперимента – анализ, сравнение данных, полученных при помощи методов математического анализа.

Для подтверждения гипотез были использованы наблюдение, опрос, метод тестов с дальнейшей математической обработкой, их качественным и количественным анализом.

Заключение. Повышенная агрессивность подрастающего поколения является одной из наиболее острых проблем не только педагогов и психологов, но и общества в целом. Нарастающая волна подростковой и юношеской преступности и увеличение числа детей, склонных к агрессивным формам поведения, выдвигают на первый план задачу изучения психологических условий, вызывающих эти опасные явления. Ситуацию усугубляют социальные кризисные процессы, происходящие в современном обществе, которые отрицательно влияют на психологию людей, порождая тревожность и напряжённость, озлобленность, жестокость и насилие. И вместе с тем, проведенные исследования говорят о большей агрессивности подростков по сравнению с юношами, что связано с возрастными особенностями.

В проведенном эксперименте мы попытались ответить на вопрос: на сколько агрессивность у подростков отличается от агрессивности у девушек, так как в силу национальных и традиционных особенностей, понимание смысла жизни и взятие ответственности за свои выборы приходит именно в юношеские годы. А так же попытались выявить как агрессивность подростков и девушек зависит от уровня чувства вины, самооценки, стрессоустойчивости, социальной адаптации и деструктивных установок в межличностных отношениях.

Исследование в основном подтвердило исходную гипотезу о том, что деструктивное поведение и агрессивность подростков и девушек зависит от глубины осознания и понимания смысла жизни, от взятия ответственности за свои выборы, от уровня чувства вины и в том числе от самооценки, стрессоустойчивости, социальной адаптации и деструктивных установок в межличностных отношениях.

В ходе исследования было установлено:

1. В зависимости от национальных и традиционных особенностей воспитания, понимание смысла жизни и взятие ответственности за свои выборы резко возрастает именно с наступлением юношеского возраста, соответственно индекс агрессивности у подростков намного выше чем у девушек.

2. Индекс враждебности у подростков выше чем у девушек, но в данном случае эта разница не настолько очевидна.

3. При незначительных различиях, все же самооценки подростков малозаметно выше, чем у девушек.

4. Уровень стрессоустойчивости и социальной адаптации у подростков намного ниже чем у девушек.

5. Анализ результатов изучения жестокости, как одной из составляющих деструктивных установок, показал о более высокой жестокости, как явной, так и маскированной у подростков.

6. Корреляция по возрасту и деструктивным установкам в межличностных отношениях:

По всем трём коэффициентам возраст имеет негативную корреляцию с деструктивными установками в межличностных отношениях на 5 % (0,05) уровне (двусторонняя), что свидетельствует о том, связь есть, но слабая. То есть чем выше возраст, тем ниже деструктивные установки в межличностных отношениях, и наоборот: чем меньше возраст, тем сильнее деструктивные установки в межличностных отношениях. Таким образом, у подростков деструктивные установки в межличностных отношениях выражены сильнее, чем у девушек.

7. Корреляция по возрасту и вербальной агрессии:

Возраст имеет негативную корреляцию с деструктивными установками в межличностных отношениях на 1 % (0,01) уровне по коэффициенту Пирсона – сильная связь и на 5 % (0,05) уровне (двусторонняя) по коэффициентам Тау-в Кендалла и Спирмана, что свидетельствует о том, связь есть, но слабая. То есть чем выше возраст, тем ниже вербальная агрессия, и наоборот: чем меньше возраст, тем сильнее вербальная агрессия. Таким образом, у подростков вербальная агрессия выражена сильнее, чем у девушек.

8. Корреляция по возрасту и негативизму:

По всем трём коэффициентам возраст имеет негативную корреляцию с негативизмом на 5 % (0,05) уровне (двусторонняя), что свидетельствует о том, связь есть, но слабая. То есть чем выше возраст, тем ниже негативизм, и наоборот: чем меньше возраст, тем сильнее негативизм. Таким образом, у подростков негативизм выражен сильнее, чем у девушек.

9. Корреляция по возрасту и подозрительности:

По всем трём коэффициентам возраст имеет негативную корреляцию с подозрительностью на 1 % (0,01) уровне (двусторонняя), что свидетельствует о том, что между этими шкалами есть сильная связь. То есть чем выше возраст, тем ниже подозрительность, и наоборот: чем меньше возраст, тем сильнее подозрительность. Таким образом, у подростков подозрительность выражена сильнее, чем у девушек.

10. Корреляция по возрасту и обиде:

По всем трём коэффициентам возраст имеет негативную корреляцию с обидой на 5 % (0,05) уровне (двусторонняя), что свидетельствует о том, связь есть, но слабая. То есть чем выше возраст, тем ниже обида, и наоборот: чем меньше возраст, тем больше обид. Таким образом, у подростков обида выражена сильнее, чем у девушек.

11. Корреляция по возрасту и чувству вины:

По всем трём коэффициентам возраст имеет негативную корреляцию с чувством вины на 1 % (0,01) уровне (двусторонняя), что свидетельствует о том, что между этими шкалами есть сильная связь. То есть чем выше возраст, тем ниже чувство вины, и наоборот: чем меньше возраст, тем сильнее чувство вины. Таким образом, у подростков чувство вины выражено сильнее, чем у девушек.

12. Корреляция по возрасту и ИВ (индексу враждебности).

По всем трём коэффициентам возраст имеет негативную корреляцию с индексом враждебности на 5 % (0,05) уровне (двусторонняя), что свидетельствует о том, связь есть, но слабая. То есть чем выше возраст, тем ниже индекс враждебности, и наоборот: чем меньше возраст, тем больше индекс враждебности. Таким образом, у подростков индекс враждебности выражен сильнее, чем у девушек.

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С МАМАМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ

Аксенова О.Ж., Оганесян Н.Ю.

Архангельск, Санкт-Петербург

ГБУ ФО Архангельский многопрофильный реабилитационный центр для детей

Родители детей, имеющих нарушения или риск развития, переживают тяжелые кризисы в связи с новой реальностью, когда рождается такой ребенок. Все больше родителей нуждаются в своевременной психологической и психотерапевтической поддержке, которая может дать ресурс для жизни и воспитания ребенка. Эмоционально благополучный родитель (мама) способствует развитию безопасной привязанности, созданию атмосферы любви и понимания, развитию активности и участия самого ребенка и эффективному функционированию всей семьи.

В данной работе впервые проводится анализ состояния матерей, имеющих депрессивные и тревожные расстройства до и после применения нового метода работы с родителями, а именно танцевально-двигательной терапии в службе ранней помощи при сохранении всей программы абилитации для семей и детей.

Отделение раннего вмешательства было создано на базе Государственного бюджетного учреждения Архангельской области «Опорно-экспериментальный реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями» в 2000 году. Междисциплинарная команда специалистов осуществляет помощь семьям воспитывающих маленьких детей от 0 до 3 лет с нарушениями и риском развития

В рамках данной работы было решено апробировать новую форму работы с родителями, страдающими эмоциональными расстройствами и депрессиями, а именно танцевально-двигательную терапию, выявить влияет ли и каким образом данный вид психотерапии на состояние женщин.

Во время исследования было проведено 10 танцевально-двигательных терапевтических сессий для мам, воспитывающих детей с тяжелым нарушением развития и риском развития и страдающих от депрессии и тревожных состояний.

Цель исследования. Изучить влияние танцевально-двигательной терапии на эмоциональное состояние матерей, воспитывающих детей раннего возраста с нарушениями и риском развития, и на развитие отношений матери к ребенку.

Материалы и методы исследования. В работе приняла участие вся команда специалистов отделения: специальные педагоги, врач, психолог. На междисциплинарном обсуждении были предложены мамы, которые, по мнению специалистов особенно нуждались в такой поддержке.

Представляем двух участниц программы танцевально-двигательной психотерапии. Участницами сессий являлись 2 женщины, воспитывающие детей с нарушениями и риском развития. Кроме того в одной из семей имелись нарушения привязанности в паре «мать-ребенок». В другой семье наблюдался уход в обучающие системы, что «вылечить» ребенка, из-за чего, на фоне «неуспешности» ребенка, состоянии матери постоянно ухудшалось.

1 участница: (42 г.) – мама ребенка 2016 г.р. На первичный прием в отделение обратились по направлению педагога поликлиники с жалобами на отсутствие зрительного контакта, повышенную возбудимость и двигательную расторможенность ребенка, отставание в речевом и когнитивном развитии. Из выписки невролога: «Задержка речевого развития. Гипердинамический синдром. Нарушение ночного сна. Миоклония неуточненного генеза». По шкале RCDI (оценка уровня развития детей от 16 до 36 месяцев) на момент первичного приема ребенок отставал в социальной сфере, навыках самообслуживания, тонкой моторике и развитии экспрессивной речи.

Мама отмечала, что беременность была нежеланной, протекала с приступами психоза. Мама также отметила, что в анамнезе у нее хроническая депрессия, у отца ребенка вялотекущая шизофрения. Мама испытывала большие трудности с установлением контакта с ребенком, заботу о ребенке брала на себя бабушка.

2 участница – мама (35 лет). На первичный прием семья обратилась с дочкой 2015 г.р., с жалобами на отставание в развитии. Девочка имеет серьезные функциональные ограничения. Оформлена инвалидность по неврологическому статусу. Из выписки невролога: «Перинатальное поражение центральной нервной системы гипоксически – ишемического генеза, судорожный синдром, смешанная атрофическая микроцефалия, нарушения зрения». По шкале KID (оценка развития детей от 2 до 16 месяцев) девочка в возрасте 10 месяцев развивалась на 3 месяца. Во время работы с семьей, специалисты центра заметили, как ухудшается эмоциональное состояние мамы. Поиски излечения ребенка, борьба за сохранение семьи привели к полному психологическому и физическому ее истощению. Специалисты отмечали повышение плак-

сивости, безудержной страсти сделать все возможное, иногда, наоборот, апатию на занятиях. Мама была приглашена в родительскую группу, где сказала, что она уже не может самостоятельно выйти из депрессии. На обсуждении было принято решение взять ее на курс танцевально-двигательной терапии.

С целью раскрепощения участниц, было предложено приходить на занятия без детей. Однако, в случае невозможности оставить ребенка с кем-то из близких, педагоги могли взять ребенка на индивидуальное занятие, в то время, когда мама будет на танцевально-психотерапевтических сессиях.

Методы исследования. Для оценки эмоционального состояния, наличия и степени выраженности тревоги и депрессии, мониторинга состояния матерей, ведущим использовался ряд известных, разработанных, апробированных профессионалами методик, которые позволили спланировать работу сессий и анализировать результаты работы: Методика определения уровня депрессии (В.А. Жмуров); Шкала определения степени тревоги Бека; Методика «Телесный анализ» (Н.Ю. Оганесян) для оценки динамики психомоторного самовыражения; Непроизвольный невербальный рисуночный тест: «Какого я цвета?» (Н.Ю. Оганесян); Дополнительный тест-рисунок «Я и мой ребенок».

С участницами исследования проведено 10 сессий, направленных на снижение уровня тревоги и депрессии;

По окончании сессий ведущим проведена повторная диагностика эмоционального состояния целевой. По окончании курса танцевально-двигательной терапии терапевтом был сделан сравнительный качественный анализ эффективности программы. В результате танцевально-двигательных сессий у первой участницы значительно расширился двигательный репертуар: во-первых, она начала двигать ногами и корпусом, значительно меньше стали проявляться мышечные зажимы в области грудной клетки. Увеличился объемный показатель танцевальных движений (как структурированных, так и собственных).

Особенно важным изменением является характеристика: «отношение к пространству». Участница имела серьезные трудности в коммуникации и ощущением собственных границ в мире. Работа с пространством, с использованием метода отзеркаливания, специально подобранных музыкально-ритмических упражнений, а также вербальной поддержки позволили ей танцевать в полном объеме комнаты, двигаться в танце, быть более спокойной и смелой, начать контактировать с ведущим и второй участницей.

По результатам ее телесного анализа можно говорить о приближении к выравниванию ее движений, к «равновесию». У первой испытуемой к концу курса уровень депрессии снизился с 77 до 51 (от выраженной степени депрессии до умеренной). Уровень тревоги также имел тенденцию к понижению с 54 до 33 (с высокой степени тревоги до средней).

У второй – уровень депрессии по шкале снизился от 51 до 23 (с умеренной степени выраженности до минимальной). Уровень тревоги также с тенденцией к снижению от 38 до 20 (со средней степени выраженности до незначительной). Отмечено расширение движений тела в пространстве, использование разных уровней. Эмоциональная реакция на данные движения была положительной. Телесный зажим как симптом тревоги локализовался в области живота. В конце курса участница свободно двигала корпусом в области талии, грудной клетки, начала подключать бедра.

На примере 2-х семей можно сказать, что увеличить количество участников группы в условиях отделения практически невозможно, так как мамы, воспитывающие маленьких детей, заняты с ними практически целый день (педагоги могут занять не более 2 детей), часто семьи могут пропускать занятия по причине болезни или лечения по основному заболеванию ребенка. Результаты проведенных исследований доказали позитивное влияние танцевально-двигательной терапии на эмоциональное состояние матерей, воспитывающих детей с нарушениями и риском развита

ПРЕДИСПОЗИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Алексеев Б.Е.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Исследования подтвердили, что именно нарушения «отношений к себе» выступают в качестве самого существенного патогенетического механизма невроза (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999; Мясищев В.Н., 2004).

Однако, с учетом структурной организации личности, остается недосказанным, что служит предпосылкой нарушения «отношения к себе» и внутриличностного конфликта. В этом смысле изучение психосексуальной сферы: половой идентичности, полоролевого поведения, направленности полового влечения могло бы пролить свет на данную проблему.

Половая идентичность относится к базовым уровням в структуре организации личности. Принадлежность человека к определенному полу определяет становление личности, ее интересы, формирование особой системы представлений о себе как о человеке определенного пола, включающей специфические для мужчин и женщин потребности, мотивы, ценностные ориентации и соответствующие этим образованиям формы поведения – в целом социализацию человека.

Цель исследования – выявление predispositional факторов развития невротических расстройств и их коррекция.

Для этого на первом этапе изучались особенности полоролевого поведения, половой идентичности, направленности полового влечения женщин, больных невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми женщинами. В данном сообщении приводятся сведения о структуре половой идентичности женщин и ее взаимосвязи с полоролевым поведением.

Было исследовано 94 пациентки и в качестве контрольной группы – 50 женщин без психических расстройств. Диагноз больных соответствовал разделу F4 «Невротические и связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (МКБ-10, 1994).

Для определения половой идентичности и структуры полового влечения служил семантический дифференциал (Osgood Ch., 1969). Применялся специально разработанный набор шкал (Каган В.Е., Колесов В.П., Сингуринди Э.Г., 1981), модифицированный Б.Е. Алексеевым (2001). «Методика диагностики акцентуаций полоролевого поведения (Алексеев Б.Е., 2001; 2006) применялась для оценки полоролевого поведения.

Результаты. У больных невротическими расстройствами, по сравнению со здоровыми женщинами меньше выражен фемининный компонент в структуре базовой и персональной идентичности женщин.

У женщин, больных невротическими расстройствами в структуре базовой идентичности маскулинный компонент преобладает над фемининным компонентом (инверсия относительно паспортного пола). Напротив, в структуре базовой идентичности здоровых женщин фемининный компонент преобладает над маскулинным компонентом.

Изучение взаимосвязей компонентов структуры половой идентичности в группах женщин проводилось путем анализа интеркорреляций индексов семантического дифференциала в зависимости от уровня маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Таким образом, получилось четыре группы сравнения: акцентуированные и неакцентуированные женщины клинической группы, акцентуированные и неакцентуированные женщины контрольной группы.

У здоровых женщин, у которых не было выявлено маскулинной акцентуации полоролевого поведения, компоненты структуры половой идентичности не обнаруживают никаких «перекрестных» взаимосвязей. Это свидетельствует о том, что в данной группе здоровых женщин фемининный компонент половой идентичности связан с фемининным компонентом более глубоких структур идентичности. То же самое можно сказать в отношении маскулинных компонентов половой идентичности. Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод о том, что у здоровых женщин без маскулинной акцентуации полоролевого поведения половая идентичность характеризуется дифференцированностью маскулинного и фемининного радикалов.

В группе здоровых женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения фемининный и маскулинный компоненты половой идентичности связаны с соответствующими элементами более глубоких структур. Однако на уровне базовой идентичности наблюдается взаимосвязь маскулинного и фемининного радикалов.

Полученное в результате корреляционного анализа отсутствие взаимосвязей между маскулинным и фемининным компонентом персональной идентичности говорит об определенности половой идентификации здоровых женщин. Тем не менее, можно видеть, что маскулинное полоролевое поведение вносит некоторую «размытость» на уровне глубинных структур половой идентичности.

У женщин, больных невротическими расстройствами, у которых не выявлено маскулинной акцентуации полоролевого поведения, компоненты половой идентичности прямо связаны не только с соответствующими компонентами базовой половой идентичности, но также тесно положительно взаимосвязаны между собой: чем больше выражен маскулинный компонент, тем более выражен и фемининный компонент половой идентичности. Это отражает некоторую недифференцированность и неопределенность половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, без маскулинной акцентуации полоролевого поведения.

У женщин клинической группы с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения выявлено самое большое количество взаимосвязей между компонентами структур половой идентичности на разных уровнях и направленности полового влечения по сравнению с другими группами исследованных женщин. Это свидетельствует о высокой степени неопределенности, размытости и недифференцированности половой идентичности женщин, больных невротическими расстройствами, с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения. Можно заключить, что у женщин, больных невротическими расстройствами, недифференцированность половой идентичности тем больше, чем выше уровень маскулинной акцентуации полоролевого поведения. Чем он выше, тем менее адекватно и менее дифференцированно восприятие различных аспектов полоролевого поведения.

В группе здоровых женщин имеется высокий уровень согласованности структур полоролевого поведения и половой идентичности. Подобной согласованности в группе женщин, больных невротическими расстройствами, нет.

Выводы. У женщин, больных невротическими расстройствами, отмечается недостаточность развития структурных компонентов половой идентичности. Об этом свидетельствует отсутствие взаимосвязи полоролевого поведения и половой идентичности, а также недифференцированность маскулинного и фемининного компонентов половой идентичности, выявленные у женщин, больных невротическими расстройствами. С клинической точки зрения это можно рассматривать как задержку развития идентификационного компонента психосексуальной сферы. В совокупности с его несогласованностью с полоролевым поведением данная коллизия является одним из проявлений психосексуального диатеза (Алексеев Б.Е., 2010) и предпосылкой, а также фактором полоролевого конфликта (Алексеев Б.Е., 2017).

Таким образом, у женщин, больных невротическими расстройствами, процесс восприятия и осознания себя и своего поведения как представителя пола носит особый характер. Полученные результаты согласуются с теорией В.Н. Мясищева (1960, 2004), согласно которой центральным патогенетическим механизмом невротических расстройств является противоречивость в самом ядре значимых отношений личности – отношении к себе. Диффузность половой идентичности и ее несогласованность с полоролевым поведением являются характерным проявлением больных невротическими расстройствами женщин и становятся предпосылкой противоречивых отношений личности.

Практические рекомендации для психотерапевтической работы:

- повышение уровня осведомленности об особенностях полоролевого поведения людей;
- обучение распознаванию маскулинных и фемининных аспектов полоролевого поведения, как собственного, так и поведения окружающих;
- развитие навыков полоролевой коммуникации с лицами противоположного пола;
- выявление и психологическая проработка полоролевых аспектов, которые могут участвовать в развитии и углублении психологических конфликтов;
- повышение уровня осознания и развитие возможностей контроля и коррекции полоролевого поведения в различных жизненных ситуациях;
- разрешение возможных трудных жизненных ситуаций, связанных с заболеванием и изменением полоролевого статуса в семье.

СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕСТА EAT-26

Алтухова Н.Ю., Брюхин А.Е., Деменина С.Н.

Москва

Российский университет дружбы народов, ГБУЗ «Психиатрическая больница №13 ДЗМ»

Введение. Тест отношения к приему пищи – это инструмент диагностики расстройств пищевого поведения, который был разработан Дэвидом Гарнером в университете Торонто Институтом психиатрии Кларка в 1979 году. Полное английское название – Eating Attitudes Test, или сокращенно EAT. Русскоязычная версия теста была адаптирована Мешковой Т.А. и Николаевой Н.О.

Первоначально шкала предназначалась для скрининга нервной анорексии и состояла из 40 вопросов. В 1982 году разработчики модифицировали ее и создали шкалу EAT-26, состоящую из 26 вопросов. Шкала EAT-26 показала высокую степень корреляции с первоначальным вариантом. Впоследствии шкала EAT-26 стала широко применяться при скрининге как нервной анорексии, так и нервной булимии. В настоящее время шкала EAT-26 является самым распространенным инструментом исследований расстройств пищевого поведения. Шкала включает в себя симптомы, расцениваемые как абнормальные в отношении пищевого поведения. Симптомы относятся к когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферам, но подшкалы в тесте не выделяются.

Тест предназначен для заполнения самим пациентом/испытуемым, специалист не должен участвовать в этом.

Цель исследования. Изучение использования теста EAT-26 для скрининговой диагностики нарушений пищевого поведения.

Материалы и методы. На базе кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН было проведено исследование с помощью теста EAT-26 у 95 человек, из которых 68 – студенты медицинского факультета, в возрасте 19-25 лет, а 27- пациенты, в возрасте 17-24 лет, которые обратились за помощью по поводу расстройств пищевого поведения.

Результаты и их обсуждение. Таким образом из 68 студентов у 6 суммарный балл EAT-26 (≥ 20 баллов) достиг критических значений, что составило 8,8 %. У 27 пациентов суммарный балл EAT-26 (≥ 20 баллов) достиг критических значений в 100 % случаев, что говорит о высокой достоверности теста.

Тест EAT-26 является скрининговым, т.е. на его основе невозможно поставить диагноз, даже предварительный, но высокий балл по нему означает высокую вероятность наличия серьезного расстройства пищевого поведения, предположительно нервной анорексии или нервной булимии (тест создавался для выявления именно этих расстройств). Между тем, ряд пунктов является специфическим для некоторых других расстройств пищевого поведения, например, ограничительного, компульсивного и т.д.

Заключение. Представленные данные показывают достаточно высокую диагностическую эффективность теста EAT-26 для скрининга расстройств пищевого поведения. Таким образом, тест позволяет выявить «группу риска», нуждающуюся в консультации специалиста в области психического здоровья.

МЕТИЛИРОВАНИЕ ДНК КАК ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ ПО КОГНИТИВНОМУ ДЕФИЦИТУ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Алфимова М.В., Кондратьев Н.В., Голов А.К., Абрамова Л.И., Голимбет В.Е.

Москва

ФГБНУ Научный центр психического здоровья

Гендерные различия в клинических проявлениях и функциональных последствиях шизофрении многочисленны и очевидно обусловлены как нормальным половым диморфизмом мозга, так и факторами болезненного процесса. Эти различия затрагивают и когнитивное функционирование, нарушение которого является одним из основных проявлений заболевания наряду с позитивным и негативным синдромом. Результаты большого числа работ указывают на различный рисунок, степень выраженности и взаимосвязи отдельных когнитивных нарушений внутри когнитивного синдрома у мужчин и женщин. Это позволяет предположить, что молекулярные механизмы когнитивных нарушений гендерно специфичны, что должно быть изучено и применено при формировании терапевтических подходов.

Половой диморфизм в строении и функционировании мозга в норме и патологии давно связывают с действием половых гормонов и влиянием половых хромосом на экспрессию генов. Начинают проясняться конкретные молекулярные механизмы, через которые может быть реализовано такое влияние, и огромное внимание в этой связи привлекают эпигенетические процессы. Среди последних наиболее изучено метилирование ДНК – присоединение метильной группы к цитозину в составе CpG динуклеотидов. При исследовании периферической крови, префронтальной коры мозга, других органов и тканей показано, что метилом мужчин и женщин значительно различается и затрагивает все хромосомы. Уже при рождении в клетках крови можно обнаружить различия в метилировании большого числа CpG сайтов между мужчинами и женщинами, и среди этих сайтов выявляется значимое накопление именно тех, которые во взрослом

возрасте показывают дифференциальное метилирование между больными шизофренией и здоровыми. Как эти данные связаны с клиническими проявлениями шизофрении и когнитивного дефицита, в частности, только начинает изучаться.

Нами проводится исследование связи метилирования в генах, ассоциированных с шизофренией по данным полногеномных исследований (GWAS), с когнитивными нарушениями больных на материале периферической крови. Сформирована выборка больных шизофренией и здоровых с учетом возможных конфундеров исследований метилирования (возраст, курение), сдавших кровь для выделения ДНК и прошедших нейropsychологическое обследование, включавшее батарею тестов для оценки скорости обработки информации, вербальной эпизодической памяти, регуляторно-исполнительных функций и социальных когний. Оценки тестов были стандартизованы на основе нормативных данных с учетом пола. Таким образом, они отражают когнитивное снижение при шизофрении, нивелируя когнитивные различия между полами, не связанные с болезненным процессом. В соответствии со многими другими исследованиями, когнитивный дефицит у женщин оказался выражен в меньшей степени, чем у мужчин. Определение статуса метилирования осуществлено модифицированным методом бисульфитного секвенирования единичных молекул ДНК в реальном времени (SMRT-BS) с использованием стратегии подавления ПЦР на коротких матрицах с помощью идентичных адаптеров на концах праймеров.

В настоящее время в подвыборках испытуемых численностью от 94 до 145 человек проведен анализ метилирования и его связи с когнитивными в трех генах – RELN, CLU и MIR137HG. По данным предшествующих исследований, каждый из изученных локусов не только ассоциирован с шизофренией в GWAS, но и связан с когнитивными функциями в различных клинических и неклинических когортах испытуемых. Каждый из этих генов может представлять интерес для поиска механизмов гендерных различий при шизофрении и механизмов резистентности к когнитивному снижению у женщин, в частности. Так, для гена RELN, кодирующего белок внеклеточного матрикса рилин, ассоциация с шизофренией в GWAS была впервые обнаружена только у женщин, и последующие работы подтвердили связанные с полом эффекты полиморфизма rs7341475 в гене RELN на риск развития заболевания, выраженность отдельных групп симптомов и содержание разных изоформ рилина в префронтальной коре. Помимо шизофрении, связанный с полом эффект гена рилина найден также для риска развития биполярного расстройства и болезни Альцгеймера, состояния, которое значительно чаще поражает женщин, чем мужчин. В исследованиях на модельных животных показано, что гетерозиготность по гену рилина влечет разные последствия для самцов и самок, как на уровне биологических процессов, так и на уровне поведения, что может объясняться действием половых гормонов. Мы провели анализ метилирования 170 CpG сайтов, образующих CpG-островок, включающий промотор и первый экзон RELN (фрагмент ДНК длиной 1465 пн). Хотя мы наблюдали умеренную связь между метилированием одного из участков промотора и общим когнитивным индексом в группе больных, мы не нашли ни разницы по метилированию между полами, ни различий между полами в отношении ассоциации между метилированием и когнитивным дефицитом.

Аналогично, полиморфные сайты в гене кластерина (CLU) являются сигналами не только GWAS шизофрении, но и болезни Альцгеймера. На модельных животных показана важная роль снижения экспрессии CLU в общем паттерне изменений биоэнергетического и амилоидного метаболизма при старении самок, но не самцов. Мы изучили метилирование 27 CpG сайтов на участке длиной 1316 пн, расположенном между полиморфизмами rs9331888 и rs9331896, ассоциированными с деменцией. Данный участок обладает потенциальной регуляторной активностью и включает в себя один из альтернативных промоторов гена. Хотя мы обнаружили умеренные доказательства в пользу связи между паттерном метилирования на данном участке и нормальной вариативностью эпизодической вербальной памяти, мы не нашли изменений метилирования, связанных с шизофренией и нарушениями памяти больных, ни у мужчин, ни у женщин.

Наконец, нами было изучено метилирование 91 CpG, образующих островков внутри локуса MIR137HG, содержащего гены, кодирующие микроРНК 137 и 2682. Изученный фрагмент ДНК длиной 1197 пн включал ген MIR137 и область, прилегающую к 5'-концу MIR2682. Важно отметить, что микроРНК являются мощными регуляторными молекулами, и их роль в посттранскрипционном контроле трансляции мРНК большинства генов, кодирующих белки, делает их важным потенциальным фактором формирования полового диморфизма мозга и возможным посредником в действии половых гормонов и половых хромосом на мозг. Изученный нами CpG островок в гене MIR137HG был гипометилирован в клетках крови больных шизофренией и здоровых, за исключением одного сайта (GRCh37/hg19; chr1: 98,511,049) со значительной межиндивидуальной вариативностью доли метилирования. Мы выявили отрицательную корреляцию между уровнем метилирования этого сайта и уровнем когнитивного функционирования. При этом тенденция к более высокому уровню метилирования данного CpG относительно здоровых наблюдалась у больных мужчин,

но не у женщин. Данный сайт находится между 3'-областью MIR137 и 5'-областью MIR2682, на участке с потенциальной промоторной активностью. Интересно также отметить, что он расположен в нуклеотидной последовательности, которая является сайтом узнавания ряда транскрипционных факторов, включая TFAP2B. При этом ранее было показано, что полиморфизм гена TFAP2B ассоциирован с когнитивными функциями у женщин из общей популяции.

Таким образом, нами выявлены особенности метилирования ДНК в локусе MIR137HG, дальнейшее функциональное изучение которых представляется перспективным для понимания молекулярной основы формирования когнитивного дефицита при шизофрении и связанных с полом различий в его структуре и динамике.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №16-15-00056).

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ К «РАСШИРЕННОМУ АУТИСТИЧЕСКОМУ ФЕНОТИПУ»

Альбицкая Ж.В., Плотникова Г.А., Сушенцова Е.В.

Нижний Новгород

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский институт» Минздрава России

Введение. В последнее десятилетие отмечается значительное повышение интереса ученых и практических врачей к проблеме расстройств аутистического спектра (РАС) у детей в связи с неуклонным ростом числа детей, страдающих аутизмом, следствием чего является поиск причин этиологии данного заболевания. «Расширенный аутистический фенотип» (Broad Autism Phenotype) рассматривается, как одна из предполагаемых причин возникновения аутизма у детей и представляет собой комплекс характеристик личности и языковых навыков, которые отражают фенотипическое выражение генетической предрасположенности к аутизму среди не аутичных родственников детей.

Цель исследования. Выявление расширенного аутистического фенотипа (РАФ) у матерей детей с РАС.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 78 матерей, имеющих детей с РАС и 64 матери здоровых детей (контрольная группа).

Методы исследования: анкетирование матерей и психометрический. Тестирования обоих родителей проводились с использованием шкалы BAPQ (“Broad Autism Phenotype Questionnaire”), с помощью которой исследовались такие подшкалы, как «отчужденность; практическое использование языка (ПИЯ); ригидность» и Торонской шкалы алекситимии (TAS). Статистическая обработка результатов производилась при помощи пакетов “Stats” и “Fifer”.

Результаты: По результатам теста BAPQ 69,8 % матерей их выборки исследования относятся к BAF. У 65,3 % матерей выявлено повышение показателей по подшкале «отчужденность», у 37,2 % по подшкале шкале «ПИЯ», а у 49,4 % – по подшкале «ригидность». Было отмечено, что черты, выявленные у матерей качественно схожи с определяющими особенностями аутизма, но выражены мягче. Матери имели менее выраженный дефицит речевых и коммуникативных навыков и у них не наблюдались специфичные речевые паттерны (в частности эхолалия), стереотипные навязчивые формы поведения, а также интеллектуальная недостаточность, формально присутствующие в диагностике аутизма. Результаты тестирования по Торонской шкале алекситимии выявили, что алекситимия является преобладающим показателем у матерей в 74,2 % случаев. В контрольной группе показатели не имели статистической значимости ($p < 0.05$).

Выводы. Результаты исследования подтверждают гипотезу о роли генетических и наследственных факторов, требуют дальнейшего изучения, а перспективным направлением будущих исследований может являться изучение РАФ, других личностных особенностей и тестирование обоих родителей перед зачатием ребенка на принадлежность к «расширенному аутистическому фенотипу» с целью углубленного наблюдения за родившимся ребенком и раннему началу медикаментозной и психолого-педагогической коррекции.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПТСР ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Андреева М.Т., Караваева Т.А.

Санкт-Петербург

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»

Минздрава России

Рассеянный склероз (РС) представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Подавляющее большинство пациентов находятся в возрастной группе от 20 до 40 лет, при этом женщины болеют в два раза чаще мужчин. Количество пациентов в последнее время неуклонно увеличивается, что связано как с улучшением ранней диагностики и лечения, так и с истинным увеличением заболеваемости. РС является хроническим неуклонно прогрессирующим заболеванием. С появлением препаратов, изменяющих течение РС, существенно увеличился период времени, в течение которого пациент сохраняет свою активность и работоспособность. Однако процесс аутоиммунного воспаления и нейродегенерации невозможно полностью остановить, что ведет к постепенному накоплению неврологического дефицита. Неуклонное прогрессирование и непредсказуемость течения заболевания приводят к тому, что рассеянный склероз становится тяжелой психической травмой для пациентов. Вместе с тем само заболевание также может приводить к формированию эмоциональных и поведенческих нарушений, а в ряде случаев манифестация заболевания протекает в виде психических нарушений. Обращает на себя внимание тот факт, что выраженность депрессивных симптомов не коррелирует со степенью ограничения физических функций и инвалидизацией пациента. Изучение природы возникновения и распространенности психических заболеваний при РС является важной клинической проблемой. Сопутствующие тревожные и депрессивные расстройства могут приводить к формированию ПТСР и, как следствие, существенно ухудшать качество жизни больных, снижать их трудоспособность, нарушать психологическую адаптацию.

Цель исследования: выявить признаки, позволяющие верифицировать нарушения психической адаптации пациентов с рассеянным склерозом, определить психологические и клинические индикаторы посттравматического стрессового расстройства, а также их связь с характером течения заболевания, изучить роль психологических ресурсов личности в поддержании физического и психического здоровья.

Было скринировано 642 пациента сплошной выборки, проходящих лечение в условиях городского центра рассеянного склероза. Критериями включения являлись: возраст пациентов от 18 до 65 лет, наличие установленного диагноза в соответствии с критериями Мак Дональда. Критерием не включения в исследование является наличие установленного психического заболевания в анамнезе. По результатам скринингового опроса 46 человек имеют признаки ПТСР. Из них 11 мужчин и 35 женщин, средний возраст составил 32 года, средний возраст мужчин – 32 года, средний возраст женщин – 31 год. Средний балл по шкале EDSS составил 3 балла, средний балл EDSS у мужчин – 3,6, у женщин – 2,8.

Всем пациентам с признаками ПТСР проводилось обследование с помощью клинико-психологических и экспериментально-психологических методов. Клинико-психологический метод представлен полу-структурированным интервью на основе специально-разработанной индивидуальной карты, учитывающей социально-демографические, психосоциальные и клинико-динамические характеристики больных; признаки посттравматического стресса; шкалой диссоциативного переживания (Bernstein E.M., Putnam F.W., 1986), шкалой SF-36 для оценки качества жизни, госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS). Экспериментально-психологический метод представлен: шкалой субъективной оценки тяжести воздействия травматического события – ШОВТС (Тарабрина Н.В., 2001), Я-структурным тестом Амона, методикой для определения типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л. И. и соавт., 2005, 2014), тестом жизнестойкости Д.А. Леонтьева (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова, 2006), кратким опросником по оценке страха прогрессирования заболевания А. Mehnert, P. Herschbach, P. Berg (2006), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014), «опросником когнитивных представлений о болезни» А. Evers, F. Kraaimaat (1998), в адаптации Н.А. Сирота, Д.В. Московченко (2014), а также госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS).

По предварительным результатам исследования, у всех пациентов наблюдались признаки психической дезадаптации, связанной с заболеванием. Признаки ПТСР встречаются у пациентов, имеющих средний балл по шкале EDSS – 3,0, что говорит о легкой степени инвалидизации. Т.е. отсутствует корреляция между степенью выраженности неврологического дефицита и наличием признаков ПТСР. При этом, чем выше уровень инвалидизации, тем чаще пациент убежден в пользе своего беспокойства о прогрессировании заболевания.

Женщины с рассеянным склерозом, по сравнению с мужчинами, демонстрируют большую адаптивность в социальном плане, тогда как мужчины больше ограничивают себя в социальных контактах, у них снижен уровень общения с другими. Мужчины больше тревожатся, в сравнении с женщинами, о благополучии своей семьи, вследствие имеющегося у них заболевания. Эмоционально уравновешенные пациенты с рассеянным склерозом значительно чаще оценивают качество своей жизни положительно. Пациенты, которые более стабильны в эмоциональной сфере, более рационально относятся к своему заболеванию. Чем больше пациенты ощущают себя полными сил и энергии, тем реже они консультируются у врача.

Полученные данные свидетельствуют о наличии достоверной взаимосвязи между индивидуально-психологическими особенностями личности и риском развития ПТСР. Тяжесть клинических проявлений зависит не столько от проявлений основного заболевания, сколько от отношения к заболеванию и имеющихся адаптационных ресурсов.

Полученные результаты могут быть использованы для совершенствования комплексной диагностики и персонализированной терапии пациентов с рассеянным склерозом, а также при создании специализированных программ психологической помощи в амбулаторном, диспансерном, стационарном звеньях здравоохранения. Кроме того, с учетом полученных данных могут быть разработаны программы реабилитации для пациентов с рассеянным склерозом, направленные на адаптацию, мобилизацию психологических ресурсов, повышение приверженности проводимому лечению и улучшение социального функционирования, что в целом способствует восстановлению и сохранению психического и физического здоровья пациентов.

ТЕРАПИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ У ЖЕНЩИН

Антонова А.А., Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Бачило Е.В.

Саратов

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

Введение. По данным исследователей современная популяция женщин проводит одну треть жизни и более в периодах пери- и постменопаузы (Крыжановская И.О., 2000, Татевосян А.Г., 2000). Климактерический синдром может проявляться в пременопаузальном периоде у 36 % больных, с наступлением менопаузы – у 35 %, в течение 1-1,5 года после менопаузы – у 26 %, либо через 2-5 лет после менопаузы – у 3 % (Сметник В.П., Тумилович Л.Г., 1995).

Несомненно, с наступлением менопаузы начинается вторая половина жизни женщины с характерными для нее процессами инволюции, изменениями социальной роли женщины, на протяжении которой состояния подавленности, колебания настроения становятся более частыми (Арушанян Э.Б., 1997).

Ухудшение настроения в периоде перименопаузы у женщин может быть связано как с прямым действием гипоэстрогении, так и со способностью эстрогенов изменять биодоступность нейротрансмиттерных агентов (серотонина и др.).

В связи с вышеизложенным, особую актуальность приобретает изучение сравнительной эффективности использования различных вариантов терапии у женщин в периоде перименопаузы.

Цель исследования. Сравнительный анализ эффективности лечения непсихотических психических расстройств у женщин в перименопаузе.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 130 женщин в возрасте от 45 до 55 лет (в среднем 50,5±3,5 года) с непсихотическими психическими расстройствами в периоде перименопаузы, а в группе контроля 50 женщин в перименопаузе с физиологическим течением климактерия и без психической патологии (средний возраст 50,4±3,1 года). Длительность климактерических нарушений варьировала от начала нерегулярного цикла в течение 5 месяцев до отсутствия менструального цикла в течение 2 лет. Пациентки, включенные в исследование не получали гормональную терапию.

Для обследования пациенток и оценки эффективности терапии использовались следующие методы:

- 1) Общеклинические методы исследования: жалобы, анамнез, общий осмотр.

2) Психометрический метод. Включает в себя применение следующих шкал:

1. Шкалы для оценки выраженности депрессии М. Гамильтона (Hamilton M., 1960).
2. Шкала для оценки выраженности тревоги М. Гамильтона (Hamilton M, 1959).
3. Шкала общего клинического впечатления – серьезность (тяжесть) заболевания – CGI-Severity (Guy W., 1976).
4. Шкала оценки качества жизни – “SF-36 Health Status Survey” (Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D., 1994; компания Эвиденс).
5. 10 визуальных аналоговых шкал вопросника для оценки сна Leeds, LSEQ (1978).

Результаты исследования. Проведенное комплексное обследование больных позволило выявить у них психические нарушения, соответствующие следующим диагнозам:

1. Депрессивный эпизод средней степени тяжести с соматическими симптомами (F32.11) – 16 %.
2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 40 %.
3. Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22) – 12 %.
4. Соматизированное расстройство (F 45.0) – 20 %.
5. Конверсионное расстройство (F 44) – 12 %.

Пациентки были случайным образом распределены на 2 группы. Лечение в основной группе (62 женщины) проводилось дифференцированно в зависимости от степени выраженности КС (при оценке по менопаузальному модифицированному индексу). Пациентки с легким течением КС получали агомелатин 25-50 мг за 30-40 минут до сна. А женщины с КС средней степени тяжести дополнительно к 25-50 мг агомелатина женщины назначался 5-10 мг алимемазина вечером первые три дня, затем при необходимости прием алимемазина переносился на утро. В группе сравнения (68 женщин) назначался классический антидепрессант amitriptилин 25-75 мг/сутки, и с целью коррекции выраженной тревоги феназепам 0,5-3 мг/сутки.

Исходное состояние пациенток характеризовалось сравнимыми средними показателями тяжести депрессивных, тревожных и климактерических проявлений в обеих подгруппах: 22,7±6,5 и 23,36±6,3 при оценке по шкале HAMD-17 и 20,3±7,9, 21,27±8,2 при оценке НАМА, 32,9±16,3 и 30,4±6,0 при оценке менопаузального индекса соответственно. При оценке исходной тяжести состояния по шкале CGI-S также не было выявлено статистически значимых различий: 4,38±0,75 и 4,45±0,6 баллов. В ходе исследования также оценивалось качество жизни женщин по шкале SF-36 по общим показателям физического (Physical health – PH) и душевного (Mental Health – MH) благополучия. В первой и второй группе состояние женщин также характеризовалось сравнимыми средними величинами: PH 58,34±7,6/MH 27,69±12,5 и PH 56,24±8,2/MH 25,33±14,2 соответственно. При этом можно говорить о значительном снижении качества жизни женщин по обоим показателям.

По результатам 4 недель терапии у всех пациенток в обеих подгруппах наблюдалось, по меньшей мере, 50 %-ное снижение исходной выраженности симптоматики при динамической оценке состояния по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона, что соответствует 100 % ответа на терапию согласно общепринятому подходу к интерпретации результатов оценки по этим шкалам.

На 8 неделе терапии в основной группе отмечена достоверно более выраженная редукция баллов по шкалам HDRS-17, HARS, CGI-S и менопаузальному индексу ($p < 0,001$). Однако анализ сравнительной эффективности лечения показал достоверное превосходство лечения в основной группе лишь по шкале CGI-S ($p < 0,0001$). В процессе лечения по всем субшкалам вопросника сна (LSEQ) основная группа превосходила по эффективности группу сравнения, однако значимыми были показатели на 1, 4 и 8 неделе лечения по категориям «легкость пробуждения», «целостность поведения после пробуждения» и общему показателю оценки сна ($p < 0,001$ (MANOVA)).

На 8 неделе достоверные межгрупповые различия были выявлены по общим показателям «Психологический компонент здоровья» и «Физический компонент здоровья», а также по подшкалам «Жизненная активность» (VT), «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) и «Психическое здоровье» (MH).

В основной группе по общему показателю «Психологический компонент здоровья» баллы выросли до уровня 47,62, в группе сравнения показатель был несколько ниже – 51,06 ($p = 0,03$). По общему показателю «Физический компонент здоровья» в основной группе балл составил 48,49, в группе сравнения 43,43 ($p = 0,01$). По шкале «Жизненная активность» на 8 неделе терапии в основной группе изменения составили 58,06 баллов, в группе сравнения – 53,12 баллов ($p = 0,008$). По шкале «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» выявляется некоторое преимущество в показателях основной группы 72,23 баллов, в группе сравнения 59,65 баллов ($p = 0,0001$). И по показателю «Психическое здоровье» в основной группе уровень достиг 64,11 баллов, в группе сравнения 59,13 ($p = 0,02$).

Выводы.

1. Эффективность дифференцированной терапии непсихотических расстройств у женщин в перименопаузе сопоставима со стандартным.
2. Предложенная дифференцированная терапия более эффективна в лечении психических расстройств непсихотического уровня с нарушениями сна у женщин в периоде перименопаузы.
2. Качество жизни женщин с непсихотическими психическими расстройствами резко отличается от женщин климактерического возраста без психопатологической симптоматики. Физическая активность и повседневная деятельность значительно ограничена вследствие физического упадка и ухудшения эмоционального состояния. Пациентки не только низко оценивают состояние собственного здоровья в настоящий момент, но и пессимистичны к перспективам лечения.

ОСОБЕННОСТИ ПОМОЩИ НАРКОЗАВИСИМЫМ СЕКС-РАБОТНИЦАМ, ИМЕЮЩИМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

Антонова Д.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

В России наблюдается эпидемия ВИЧ-инфекции (Покровский В.В. и др., 2017). В последние годы половой путь передачи вышел на первое место, в связи с чем, можно говорить обо всем населении как группе риска по ВИЧ (Штейман А.А., 2016). Однако наиболее уязвимыми группами населения в плане заражения ВИЧ-инфекцией остаются потребители инъекционных наркотиков, коммерческие секс-работницы и лица с гомо/бисексуальной ориентацией. Коммерческие секс-работницы (КСР), особенно женщины, работающие в условиях улицы, по сравнению с остальными уязвимыми группами имеют гораздо более высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией, в том числе из-за зависимости от наркотических веществ (Zhang L., et al., 2015).

Исследование проводилось в рамках работы над кандидатской диссертацией на тему «Мотивация сокрытия положительного ВИЧ-статуса от сексуального партнера». Исследование проводилось среди лиц, посещающих проекты БОФ МСП «Гуманитарное действие» (проекты работают на базе мобильных лабораторий или «автобусов»). Главная цель работы фонда – профилактика ВИЧ и других социально значимых заболеваний среди групп риска и общего населения (Цеханович А.А. и др., 2010).

Один из проектов («Маленький автобус») специализируется на работе с КСР и, прежде всего, работа направлена на женщин, работающих в условиях улицы. Также секс-работницы посещают проект «Синий автобус», работающий с лицами, употребляющими наркотические вещества инъекционно. Согласно данным фонда, 61,3 % КСР, работающих в условиях улицы, инфицированы ВИЧ (Дугин С.Г., 2015).

Главные принципы работы – анонимность и конфиденциальность (Цеханович А.А. и др., 2010). Фонд работает с женщинами любой национальности, любого возраста, вероисповедания и т.д. Женщины-мигрантки также посещают проекты (как из других городов, так и стран). Всем таким женщинам оказывается помощь в том объеме, в каком она возможна в каждой конкретной ситуации.

Социальная ситуация секс-работниц характеризуется комплексом проблем, от медицинских (ВИЧ-инфекция, гепатиты, ИППП, туберкулез), до социально-правовых (лишение родительских прав, отсутствие документов и т.д.). Такие женщины имеют низкий социальный статус. Также у них наблюдаются психологические проблемы: низкая самооценка, психологическая незрелость, сложность в принятии ответственности. Данная ситуация отягощается стигматизацией и дискриминацией со стороны общества, а также самостигматизацией.

Образ жизни таких женщин напоминает «замкнутый круг», из которого им сложно выбраться самостоятельно.

Все это в целом создает ситуацию социального, психологического и медицинского неблагополучия.

Помощь, которая оказывается фондом, в конечном итоге направлена на профилактику ВИЧ-инфекции и других заболеваний, сохранение здоровья женщин и на разрыв описанного выше «замкнутого круга». Работа осуществляется комплексно, с целью охвата всех сторон жизни клиентов (Дугин С.Г., 2015).

Формы работы, направленные на профилактику ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний:

1. Предоставление средств защиты, чистого инструментария, средств по уходу за венами, ранами.

2. Экспресс-тестирование на ВИЧ, гепатиты В и С, сифилис.

3. Информационная работа (распространение информационных материалов о профилактике ВИЧ и других заболеваний, проведение обучающих мероприятий для клиентов).

4. Медицинское, социальное, психологическое консультирование:

- до и послетестовое;

- по вопросам реабилитации;

- экстренная психологическая помощь.

5. Социальное сопровождение – это содействие в получении услуг:

- медицинских (получение лечения от наркотической зависимости, гепатитов и других заболеваний);

- социальных (восстановление или получение новых документов, оформление пособий, пенсий по инвалидности);

- правовых (представительство в суде по вопросам лишения/восстановления родительских прав, привлечения к уголовной ответственности и т.д.).

Формы работы с ВИЧ-положительными клиентами:

1. Информационная работа (распространение информационных материалов о лечении ВИЧ, проведение обучающих мероприятий по вопросам приверженности лечению и т.д.);

2. Медицинское, социальное, психологическое консультирование:

- послетестовые консультации (сообщение диагноза и разъяснение дальнейших действий);

- консультации по вопросам течения ВИЧ-инфекции, влияния на организм, особенностях лечения, долгосрочных последствиях;

- мотивационное консультирование, направленное на начало лечения, сохранение здоровья и раскрытие ВИЧ-статуса партнерам;

- экстренная психологическая помощь.

3. Социальное сопровождение в данном случае в основном осуществляется равными консультантами, также имеющими ВИЧ-инфекцию, и направлено на получение следующих услуг:

- медицинских (подтверждение диагноза и получение своевременного лечения в необходимом объеме);

- социальных (восстановление паспорта, медицинского полиса или получение новых документов, в том числе временной регистрации для получения лечения, что особенно важно для мигрантов);

- психологических (направление в группы поддержки для ВИЧ-положительных).

Цель исследования: выявление мотивации сокрытия ВИЧ-инфекции и гепатита С от сексуального партнера.

Мы изучали женщин, употребляющих наркотические вещества инъекционно. Представители первой группы являются коммерческими секс-работницами, второй – не являются. На данном этапе была разработана «Анкета риска и опыта жизни с ВИЧ и гепатитом С». Анкета выявляет социально-демографические данные, опыт рискованного поведения (сексуальное поведение, особенности употребления ПАВ) в отношении заражения, опыт жизни с заболеваниями, мотивацию сокрытия и раскрытия, факторы, которые могут приводить к раскрытию наличия заболеваний. Апробация анкеты проводилась на данной выборке.

В исследовании приняло участие 29 женщин в возрасте от 19 до 52 лет; из них КСР – 13 женщин в возрасте от 19 до 40 лет, средний возраст=30,61; из них не КСР – 16 женщин в возрасте от 23 до 52 лет, средний возраст=35,87.

Сравнивались группы КСР (1) и не КСР (2). Группа КСР статистически достоверно отличается по следующим характеристикам: реже используют общую емкость/воду/вату при инъекции наркотических веществ ($p=0,032$), больше сексуальных партнеров в течение года ($p=0,01$), чаще тестируются на ВИЧ ($p=0,02$).

Все женщины сообщали о наличии ВИЧ-инфекции своим постоянным партнерам, но 31 % женщин (9 человек) сообщали не всем партнерам (из них 6 женщин (66 %) – КСР). Секс-работницы также в большинстве случаев сообщали о ВИЧ-инфекции при оказании секс-услуг, но 38,46 % (5 человек) сообщали о диагнозе не всем клиентам, и 38,46 % не сообщали диагноз никому.

У 22 человек был диагноз гепатит С (88,13 %). Отсутствие диагноза наблюдалось только у секс-работниц, у 7 из них не было диагноза (53,85 %), у 6 было (46,15 %).

Сложность раскрытия ВИЧ-статуса зависела от следующих факторов: семье тяжелее говорить из-за чувства стыда (27,58 % указали – 8 человек), легче говорить при доверительных отношениях (27,58 %), тяжело говорить из-за страха изменения отношения/потери отношений (20,69 % – 6 человек).

Наиболее часто говорили о следующем факторе, который может способствовать раскрытию ВИЧ – более адекватное отношение к ВИЧ-инфицированным в обществе и большая информированность о заболевании (31 % – 9 человек).

Выводы. Группы КСР и не КСР по большинству параметров не отличаются друг от друга. Секс-работницы действительно имеют больше сексуальных контактов, однако они чаще тестируются на ВИЧ. Респонденты в основном говорят о ВИЧ постоянным сексуальным партнерам. Секс-работницы в большинстве случаев сообщают о ВИЧ при оказании секс-услуг, однако, не всегда.

В настоящее время проводится следующий этап исследования – идет работа над созданием «Опросника мотивации сокрытия положительного ВИЧ-статуса от сексуального партнера» для более подробного изучения данного феномена.

ПРОБЛЕМЫ САМОРЕАЛИЗАЦИИ У ДЕВУШЕК

Арпентьева М.Р.

Калуга

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Самореализация молодых и зрелых женщин в семье и на работе – сфера многих проблем и противоречий. Наибольшая активность процессов самореализации отмечается у девушек, особенно в процессе выбора траектории развития. Наибольшие проблемы у ориентирующихся на сферу карьеры. Девушки, выбирающие сферой самореализации карьеру, характеризуются (по сравнению с девушками с семейной ориентацией проектов) большей активностью, стремятся раскрыть свои способности и увеличить свой потенциал, представления о способностях и самооценке идеального успешного человека служат для них значимым ориентиром. Девушки, стремящиеся самореализоваться в семье, отмечают желание развить свои способности, активность в реализации желаемого, в их представлениях успешный человек имеет высокую самооценку. Девушки, предпочитающие самореализоваться в увлечениях, не имеют сколько-нибудь оформленной картины представлений о себе, уступают по всем обозначенным параметрам двум предыдущим группам сверстниц. Увлечения и досуг для юношей – своеобразная «стартовая площадка», на которой отрабатываются модели поведения, которые будут использованы в отложенных пока сферах построения карьеры и семьи. По мере освоения этих моделей готовность к освоению других сфер увеличивается. У девушек, напротив, сфера досуга является наиболее «пассивной»: связанной с переживанием отсутствия значимых причин и целей самореализации. Отказ от самореализации и ориентация на адаптацию и репродукцию социокультурных норм наиболее выпукло проявляется именно в этой сфере. Для девушек семья – поле столкновения присвоенных ими в ходе социализации представлений о себе и отношениях с людьми и реальной жизни: реальных и присвоенных потребностей. В каком-то смысле – поле «принудительной самореализации»: если девушка может отказаться от самореализации в карьере, то гораздо сложнее – отказаться от самореализации в «социально желательной» сфере. Семья для молодых людей предстает как своеобразная «проверка на самореализацию»: юноши ярче переживают свою неготовность к самореализации именно в сфере семейных отношений. Здесь же перед ними встает проблема не просто достичь результата и внести вклад в развитие социума, но и построить отношения с другим человеком, и, в конечном счете, с собой.

Ощущение психологического благополучия у девушек с различной направленностью самореализации также имеет свои особенности. Девушки, выбравшие самореализацию в карьере, чаще стремятся к осмыслению жизни, анализу обстоятельств и их управлению, но менее позитивно настроены на отношения с окружающими, чем их сверстницы с ожиданием успешной самореализации в семье. Они также менее позитивны в отношениях с окружающими, более самостоятельны, чем девушки с намерением самореализоваться в увлечениях, однако, последние больше уверены в доброжелательности других людей. Их сверстницы с намерениями самореализоваться в увлечениях выражено позитивны в отношениях с окружающими и хотели бы управлять обстоятельствами. Таким образом, ощущение благополучия у девушек

весьма противоречиво по своим содержательным характеристикам. Все это говорит о наличии конфликта между стремлением девушек соответствовать социальным нормам и социально желательному образцу «сверхадаптации» (конформистской адаптации) и их собственными стремлениями и потребностями (в том числе, потребностями самореализации). По сути, мы имеем дело с проявлением защитного механизма, названного А. Маслоу «комплекс Ионы» (избегание самореализации), а Э.Фроммом механизмом «бегства от свободы». Комплекс Ионы – безотчетное внутреннее сопротивление реализации заложенных в человеке способностей, выступающее препятствием на пути личностного роста. Он включает бессознательный страх самоусовершенствования и развития способностей, уменьшающий шансы на самоактуализацию и достижение успеха. Отказ от попыток полной реализации способностей дестабилизирует личность и зачастую является причиной возникновения неврозов. Этот комплекс и связанные с ним переживания напоминают описанный А. Адлером комплекс неполноценности, но, согласно А. Маслоу, человек с этим комплексом чувствует себя так, как будто его специально заставляют ощущать себя неполноценным. Показательным примером А. Маслоу считает веками сложившееся предубеждение, будто для женщины самоактуализация возможна только в семейной сфере. Подчиняясь этой установке, которую активно навязывает социум, многие девушки и женщины отказываются от поиска себя в иных сферах, замыкаются в традиционной роли – порой весьма комфортной, но ограниченной. Люди часто избегают ответственности, удовлетворяясь достигнутым и опасаясь в полной мере использовать свой потенциал. Они предпочитают ставить перед собой незначительные цели, не стремятся к серьезным жизненным успехам. Полноценная и насыщенная жизнь представляется невыносимо трудной: люди боятся оторваться от всего привычного, потерять контроль над тем, что уже есть. Э. Фромм также отмечал, что для многих свобода представляет собой не столько благо, сколько непосильное бремя, от которого они стремятся избавиться. Заурядный человек «бежит от свободы», предпочитая уступить ее бремя в обмен на гарантированный минимум стабильного благополучия. По А. Маслоу, этот комплекс обуславливает также негативное и даже враждебное отношение человека к людям, добившимся значительного успеха и известности той или иной сфере деятельности (например, стремление девушек быть «не хуже других» или «быть никем» у юношей, «в противовес более продуктивному стремлению девушек «быть собой» и стремлению юношей «быть лучше всех»)

Девушки, для которых высока ценность самореализации в карьере, связывают ее с активностью поведения, желанием повысить оценку самооценности, стремятся максимально адаптироваться в настоящем, при этом сверяют с собственным ощущением благополучия, самостоятельности, внутренней гармонии, спонтанности и непосредственности. Девушки, для которых высока ценность самореализации в семье, стремятся раскрыть свой скрытый потенциал и хотели бы быть такими же активными, как идеальный успешный человек, они стремятся к самостоятельности, реализации цели, управлению своей жизнью, им важно ощущение внутренней гармонии. Их сверстницы, с проектами ориентированными на самореализацию в увлечениях, возлагают большие надежды на свои способности, стремятся к активности, соответствующей их модели успешного человека, принятию прошлого опыта как позитивного. Они стремятся осуществить свои планы на будущее путем планирования дел в соответствии с ощущением благополучия, внутренней гармонией и непосредственностью реагирования.

В целом, молодые люди имеют представления о личностных качествах успешного человека и в различной степени готовы реализовать свои планы. Можно отметить преимущественно оптимистический характер проектов самореализации юношей и девушек, их полноту как стремление к самореализации в различных сферах. Анализ корреляционных связей ощущения психологического благополучия с параметром экзистенциальной (жизненной) ценности помог уточнить внутреннюю картину проектов самореализации юношей и девушек. Так юноши, проектирующие успешную самореализацию во всех сферах жизни, сознательно не стремятся к позитивным отношениям с окружающими, но считают важными следующие ценности: самостоятельность, саморазвитие, управление событиями своей жизни, достижение поставленных целей, гармонию с собой, управление своими эмоциями, постоянное осознанное существование, открытость в отношениях с другими людьми. Девушки с теми же ожиданиями успешности солидарны с юношами, но менее ориентированы на ценности автономии, стремление осмысливать свою жизнь. Юношей и девушек с частичным ожиданием успеха объединяет стремление управлять обстоятельствами своей жизни, стремление к личностному росту, осмысленности своей жизни, глубокого доверия к людям. Девушки предпочитают иметь позитивные отношения с окружающими, контролировать процессы рядом с ними, для них важно ощущение внутреннего спокойствия, анализ событий, окружение. Эти моменты важно учитывать в психотерапии и психопрофилактике

«МОНО ФАЗА» КАК КОМПЕНСАТОРНАЯ ФОРМА ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ ПРИ ПРОБЛЕМАХ ВЗАИМОПОНИМАНИЯ С ПАРТНЕРОМ ИЗ-ЗА КУЛЬТУРАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА, КАК ФАКТОР

Атаев И.Х., Салман-Заде Б.В.

Баку

Азербайджанский медицинский университет

«Моно фаза» как компенсаторная форма женской сексуальности при проблемах взаимопонимания с партнером из-за культуральных особенностей у физиологически здоровых женщин детородного возраста, как фактор задерживающий конфликтные реакции.

Актуальность темы. Увеличение числа разводов в Азербайджане за последние три года.

Цель. Проанализировать механизмы компенсации и вспомогательных факторов адаптации при проблемах взаимопонимания в молодых семьях.

Методы исследования. За период 2014-2017 гг. было проконсультировано сорок пять женщин в возрасте 23-32 лет, обратившиеся за психотерапевтической помощью в Психоневрологический диспансер города Баку, с жалобами на конфликтные отношения с супругом, проявляющиеся без особых причин со стороны последнего, при сохраненной сексуальной жизни, которая порой прекращалась в связи с конфликтом. При этом, у большинства имеются дети, и жалоб на сексуальную жизнь не имеют. Опрашиваемые ведут активную социальную жизнь, желают сохранить брак и разрешить конфликтную ситуацию в семье.

У всех наблюдаются сложности с адаптацией к партнеру в сексуальном плане на первых порах, но на момент обращения подобных реакций не наблюдалось. Во время психотерапии им предлагалось поэтапно разбирать механизм адаптации к партнеру.

Размышление. Анализируя материалы сексуального анамнеза пациенток прояснилось очень многое, что могло бы быть причиной столь резких изменений в отношении партнеров при нормальной сексуальной жизни и механизмы по которым им удавалось адаптироваться к партнеру, при этом ничего не меняя в своем мировоззрении относительно сексуальности.

Вывод. В структуре сексуальности имеется фаза, которая может быть активирована в случае проблем с адаптацией при наличии сексуальной жизни.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ ЖЕНЩИНЫ ПСИХОЛОГА НА КАВКАЗЕ

Babaeva E.T.

Баку

Logos

На Востоке есть такие мудрые слова: «Когда человек сходит с ума, он идет к мулле. А что делать мулле, который сам сходит с ума? Куда ему идти?». Про личную жизнь психолога часто говорят «сапожник без сапог», а мужа психолога сравнивают с «женой декабриста». С тем, что на сегодняшний день многие психологи-женщины, спорить не приходится. Проведя опрос среди моих коллег на тему того, каким должен быть муж психолога, я получила следующие ответы: мужа вообще не должно быть; он должен быть психологом или врачом; третьи заявили, что постараются «перевоспитать это несовершенство», взяв под контроль его личностный рост, а последние, отчаявшиеся, заявили, что «если брак тебя разрушает, то лучше его разрушить». Занятия психологией сильно влияют на личную жизнь. Мнение обоснованное, ведь психология пристально изучает эту самую личную жизнь как раз с целью что-то в ней поменять. Известен психоаналитический запрет – не жениться, не разводиться, не менять профессию в процессе анализа. В результате анализа высвобождаются мощные бессознательные силы, которые могут разрушить все: отношения, карьеру, брак.

Умный человек обладает эрудицией, неординарным мышлением. Умная женщина при общении не выпячивает свой интеллект, тем более в семье. Она старается аккуратно найти то самое решение, самое мягкое, самое безболезненное, которое всех в семье устроит, чтобы помочь мужу, и чтобы все было мирно и спокойно. И умная женщина-психолог знает, как ее работа и профессиональные качества отражается на ее семейной жизни.

Но если вместо того, чтобы заняться собой и своей жизнью, ты хочешь кого-то лечить или изменить, это уже нездорово. Эти психологи иногда с вызовом, иногда с мазохистским сожалением, заявляют, что в процессе терапии действительно «освободились» от мешающих им отношений, браков, занятий. Вместо этого они обрели свободу от запретов, свободу самовыражения, новых друзей и новые возможности для самореализации.

Приближаясь к психологическим знаниям и инсайтам, способным менять жизнь, нужно соблюдать осторожность. Мы можем в порыве не до конца проработанного аффекта выгнать из своей жизни что-то, или самого важного кого-то.

Я все время задавалась вопросом, влияет ли личная жизнь психолога на качество его терапии? Как бы мы не старались, личный опыт участвует в нашем мышлении, в интерпретации того, что происходит с клиентом.

Психология – хороший способ быть в изоляции от реальности. Наблюдать за жизнью людей, тем самым избегая проживания собственной жизни. Большинство людей этой профессии хотят быть способными, компетентными и знающими.... Поэтому практически всю жизнь они изучают тренинги, личную терапию, книги, постепенно превращаются в «ходячие энциклопедии». Эти люди испытывают сопротивление к близости, держа всю жизнь дистанцию от людей, так как любовь – это поглощение. Кабинетная работа психолога удовлетворяет эти потребности.

Критерием умения решить проблемы является отсутствие таковых у себя, а критерием умения выстраивать отношения – собственное семейное счастье. Если так, то семейная жизнь психологов должна быть образцовой. А как обстоят дела в реальности? Каким должен быть муж психолога?

У всех на слуху старая затертая фраза: «семья – ячейка общества». С этим теоретически все согласны, на практике это уже редко наблюдается, многих людей эта формулировка коробит, потому что есть «партнерские отношения».

Другое дело на Востоке, в Азербайджане. И хотя Азербайджан является светским государством, и религия отделена от государства, ни законы ислама, ни патриархальное воспитание не позволяют так просто начать жить вместе. Не секрет, что азербайджанская культура является коллективистской. В подобных культурах на первое место индивид ставит интересы семьи, клана, и уже потом свои собственные. В то же время группа защищает своих членов, когда им кто-то угрожает. Основная группа, вокруг которой строится деятельность жизни азербайджанца – это его семья.

Между членами семьи формируются и передаются от поколения к поколению определенные нормы поведения и взаимоотношений. Эти отношения реализуются в трех плоскостях: внутрисемейные, межличностные и семейно-личностные. Создав семью, часто с большими трудностями, стараются ее беречь. Большим позором считается разводиться, особенно в семьях, где дети являются девочками. Особую роль в азербайджанской семье играет отец. Уважительное отношение к отцу закреплено в азербайджанской культуре, его прививает в первую очередь мать. Уважение к матери также занимает важное место в жизни каждого азербайджанца, муж советуется с женой по всем вопросам, касающимся семейных дел.

Итак, как вы поняли, Азербайджан – это страна, свято соблюдающая свои многовековые национальные традиции, которые сопровождают человека с момента рождения и на протяжении всей жизни. В результате коренных изменений экономических и бытовых условий жизни глубоко изменились внутрисемейные отношения. Для современной семьи характерной становится демократизация внутрисемейных отношений.

Путь психолога-женщины в Азербайджане тернист. Женщина должна выйти замуж по всем традициям, быть замечательной снохой, но при этом оставаться хорошей дочерью, родить детей, быть счастливой матерью, участвовать во всех семейных традициях и быть, что важно, примерной женой и профессионалом. Самое главное – совместить это в одном человеке. Вот и получается «сапожник без сапог», хочет женщина научиться быть дома женщиной, а на работе психологом, а не получается.

Теперь, зная все наши традиции и устои, азербайджанская женщина-психолог, погружаясь в психологию, начинает делать ошибку за ошибкой. Первые звоночки начинаются, когда жена-психолог начинает проводить с мужем тесты. Сделав экскурс в историю психологии, вспомним, что Анна Фрейд проходила анализ у своего отца. По словам многих сегодняшних специалистов, эта практика граничит с инцестом. Но не будем забывать, что в то время это было обычным явлением. Первые аналитики анализировали своих детей, супругов, любовниц. Конечно же, современным психологам говорилось об этом не раз: не пытайтесь проводить эксперименты на муже.

Следующее, что больше всего злит мужчину, когда жена-психолог жонглирует психологическими терминами. Когда она может назвать мужа человеком спаранойальной акцентуацией характера, а муж всего лишь хочет пирожки или какие-то мучные блюда, которые так вкусно готовила его бабушка или мама.

Задевается мужское самолюбие, когда жена жалуется на него своим психологам-коллегам, демонстрируя тем самым его беспомощность, как ему кажется. Потому что муж живет принципом «Сор из избы нельзя выносить», а еще, самое худшее, если об этом узнает свекор или свекровь.

И самое последнее, что может произойти в семье психолога, это когда женщина-психолог с сильной волей просто начинает соперничать с мужчиной и претендовать на его место в социуме, забывая о том, что муж женился на женщине, а не на профессии психолог. Женщина обеспечивает мужчине «тылы» – сохраняет уют в доме, воспитывает его потомство, радуется его успехам и утешает в трудную минуту. На глубинном психологическом уровне женщина дает мужчине возможность проецировать на себя его «внутреннюю женщину» или по Юнгу, «аниму». Она пробуждает и поддерживает в нем героические порывы, тянет его к наполненной и осмысленной жизни.

Женщина-психолог – это не болезнь и не диагноз. На примере своего мужа я поняла, что можно научиться говорить с ним на одном языке, правда, он по специальности врач-реаниматолог. Идти по жизни рядом с родным человеком легче и гораздо приятнее, чем в одиночку. Я благодарю своего мужа за его терпение и поддержку... Он действительно «оставшийся в живых»!

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Бабарахимова С.Б.

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: одним из психотерапевтических методов, широко применяемым в настоящее время отечественными и зарубежными исследователями в лечении аффективных расстройств, обладающим наибольшей доказательной базой, является когнитивно-поведенческая терапия (Д.В. Ковпак, 2015; И. Кроне, 2016). Вместе с тем теория когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) достаточно сложна и громоздка для применения в клинической практике, поэтому нуждается в адаптации к конкретному спектру психопатологических расстройств в направлении дифференцированного индивидуально-личностного подхода (С.М. Бабин, 2015). Основная часть КПТ связана с определением и изменением негативных, автоматических мыслей и глубинных убеждений, а также в терапевтическом процессе значимую роль занимает идентификация и применение сильных сторон клиента. Зарубежные исследователи, расширяя значение «позитивной концептуализации» и рекомендуют в терапевтическую работу включать техники стимулирования творчества клиента, техники воображения, метафоры, проведение арт-терапии (Padesky, Mooney, 2012). Также большую роль в этом процессе играют и невербальные аспекты коммуникации, например, улыбка терапевта, подходящий темп работы (Padesky, Mooney, 2012). С другой стороны, клиенты часто не сразу осознают стратегии, которые они используют, чтобы эффективно действовать. В таких случаях для выявления ресурсного поведения классически используются поведенческие эксперименты, а также уже упомянутые техники воображения, сократический диалог и другие (Bannick, 2013). Фредерика Банич в рамках проведения позитивной КПТ описывает использование интегративных методов психотерапии, которые терапевт применяет на основе принципов подкрепления. Так, к примеру, терапевт с помощью позитивного подкрепления меняет фокус внимания и в беседе больше времени уделяет разговорам о целях клиента, талантах и ресурсах, фокусируясь на ситуациях, где наблюдались исключения из проблемного поведения (Bannick, 2013). Для процесса изменений необходимо сбалансированное взаимодействие двух информационных систем: рациональной (факты) и эмоциональной (чувственный опыт) (Teasdale, 1999). По мнению ряда специалистов, именно работа с позитивными образами занимает центральное место в достижении глубоких изменений и нахождении нового образа жизни посредством выявления новых возможностей (Bennett, 2015).

Цель исследования: разработать дифференцированный индивидуально-типологический вариант комбинированной психотерапии, адаптированной для применения в стационарных условиях у женщин с шизоаффективными расстройствами. Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 30 женщин с шизоаффективными психозами, находившихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической Больнице города Ташкента. В ходе исследования для оценки выраженности тревожно-депрессивной патологии применялась Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многофакторный межличностный опросник (MMPI). Комплексный подход к лечению больных с шизоаффективными расстройствами включал в себя совместное взаимодействие психиатров, социальных работников, медицинских психологов и психотерапевтов.

Результаты: шизоаффективные нарушения классифицировались как шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F-25.1 согласно классификации МКБ-10) – у 10 пациенток (33.3 %), смешанный тип (F-25.2) – у 8 женщин (26.7 %). Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F-32.1) – у 20 % обследованных женщин, другие шизоаффективные состояния со смешанными аффективными расстройствами (F-25.28) – у 6 женщин (20 %). При исследовании личностных особенностей с помощью опросника мини-мульти (MMPI) среди всех обследованных были выявлены: демонстративный тип личности у 3 больных (10 %), застревающий тип личности у 8 больных (26.7 %), дистимический тип в 40 % случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16.7 %), в 6.6 % случаев был выявлен эмотивный тип личности. Главными целями психотерапии явились: изменение поведенческих навыков и стратегий в ситуации стресса, акцентирование особого внимания вопросу соблюдения режима лечения, выявлению положительных эффектов от краткосрочной и долгосрочной систематической помощи. Проводились когнитивные тренинги, индивидуальные и групповые занятия, рациональная психотерапия, семейная терапия, реабилитационная терапия, проведение арт-терапии и танцевально-двигательной психотерапии, разработка протоколов лечения в рамках КПП. Когнитивно-поведенческая психотерапия проводилась медицинскими психологами и психотерапевтами в течение двух месяцев по три сеанса в неделю. Групповые тренинги включали в себя: сбор анамнестических сведений, оценку предыдущих рецидивов заболевания, обсуждение с пациентками триггеров, автоматических мыслей (АМ), эмоциональных и физиологических реакций на АМ, компенсаторных стратегий поведения; формирование альтернативных адаптивных рациональных убеждений; постановку достижимых, измеримых и конкретных целей и сроков их выполнения; планирование поведенческих экспериментов. В качестве мишеней психотерапевтического воздействия рассматривались когнитивные дисфункциональные схемы, составляющие основу избыточно используемых стратегий совладания со стрессом, а так же аффективных расстройств у пациентов с различной личностно-типологической картиной. Разработка дифференцированной когнитивной терапии основывалась на выявлении базовых личностно-типологических свойств, влияющих на выбор стратегий преодоления. Так, содержанием дисфункциональных схем тревожно-боязливых пациенток были когниции о необходимости поддержки со стороны более сильных партнеров, у личностей демонстративного типа наряду с представлением о собственной неадекватности отмечалась убежденность о необходимости быть всеми любимыми, значимыми. Застревающие личности были фиксированы на теме глобального контроля. Выявленные дисфункциональные мысли в ходе работы изменялись в конструктивные и адаптивные. Эффективность разработанной модели КПП оценивалась по изменению динамики основных клинико-психологических параметров, а также показателей качества жизни, отражающих психоэмоциональные и физические компоненты здоровья. Интегративная танцевально-двигательная терапия проводилась в комбинации с арт-терапией и позволила в полном объеме раскрыть эмоциональную сферу личности пациенток. Участницы 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. В результате исследования определено, что применение в стационарных условиях комбинированных методов психотерапии шизоаффективных расстройств с учётом личностных особенностей в сочетании с психофармакотерапией оказывает положительное влияние на редукцию симптомов аффективной патологии. Быстрое выздоровление сокращает длительность пребывания пациенток в отделении стационара, способствует скорейшему возвращению в социум, восстановлению трудоспособности, развитию адаптационных способностей и реабилитации.

Выводы: пациентки с шизоаффективными расстройствами в ходе проведённой комбинированной психотерапии овладели рядом психотерапевтических техник, позволяющих самостоятельно справляться с негативными аффективными реакциями и жизненными стрессами. К концу групповой психотерапии у 78 % пациенток отмечалась редукция шизоаффективной симптоматики и быстрое наступление ремиссии, что свидетельствует об эффективности применения комбинированных методов психотерапии.

ПСИХОДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К БРОДЯЖНИЧЕСТВУ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ТЕНДЕНЦИЯМ

Бабарахимова С.Б., Матвеева А.А.

Ташкент

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: изучить конституционально-личностные особенности у девочек-подростков с суицидальными тенденциями депрессивного генеза, формирующимися на фоне синдрома уходов и бродяжничества.

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 МКБ-10 – F91.2. Основными методами исследования явились клиничко-психопатологический, катамнестический и клиничко-патопсихологический. Для определения степени выраженности синдрома бродяжничества была использована «Шкала уходов и бродяжничества», тяжесть аффективных расстройств определялась с помощью шкалы Гамильтона, а для определения личностных характеристик испытуемых – тест Шмишека-Леонгарда. Результаты исследования и обсуждения: при исследовании конституционально-личностных особенностей пациенток с помощью теста Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных 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 больных (25 %), дистимический тип был выявлен в 42 % случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12 %), в 10 % случаев был выявлен эмотивный тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался дистимическим типом. У этих девочек-подростков отмечались такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 5 пациенток с демонстративным типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При эмотивном типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80 %), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжелой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений. Среди всех обследованных тревожно-боязливый тип личности встречался в 12 % случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. 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 в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 25 % пациенток, в 61 % случаев – депрессивное расстройство средней степени, у 2 пациенток выявлено депрессивное расстройство тяжелой степени. Исследование развития

синдрома уходов и бродяжничества в данной группе пациентов выявил, что аффективные нарушения предшествовали проявлению синдрома и в ряде случаев (69 %) возникали задолго до первой попытки ухода из дома. Формирование синдрома бродяжничества происходило на фоне измененного аффекта. 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 % обследуемых, 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 сверстницами (15 %), внутриличностными проблемами (10 %). У 60 % пациенток со средней степенью тяжести уходов из дома отмечалось демонстративно-шантажное суицидальное поведение, пациентки наносили неглубокие порезы на предплечье, 17 % обследуемых совершали самопорезы до ухода из дома, в ряде случаев такое поведение повторялось при последующих уходах из дома. В 10 % случаев самоповреждение было совершено при попытке вернуть пациентку 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 56 % больных, депрессивно-дисфорических реакций у 33 % обследованных, тревожные расстройства наблюдались у 10 %.

Выводы: таким образом, суициды 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.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СИСТЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ДИАГНОЗОМ БЕСПЛОДИЕ ИЛИ РАННИЙ КЛИМАКС

Белоногова Ю.Ю.

*Санкт-Петербург
Частная практика*

Введение: в рамках заявленной темы конгресса «Женское психическое здоровье: междисциплинарный статус» важным мне кажется такой аспект как взаимодействие системы врачебной помощи женщинам, которые в силу различных обстоятельств, не являющихся осознанным выбором женщины, утратили возможность самостоятельно родить ребенка, либо переживают наступление ранней менопаузы. На первый взгляд, озвученные диагнозы - область гинекологии, эндокринологии и подлежат сопровождению после проведения медицинских исследований и постановки диагноза. Но, не менее важно, что чувствует и переживает женщина до и после. Женщины часто задают себе вопрос: «Какая же я женщина или мать, если не могу родить или старею в свои двадцать или тридцать с лишним лет? Мне страшно, а что же будет с мной потом и как мне с этим жить?». Ее путь до, в момент и после диагноза – путь надежд, борьбы, поиска причин, бессилия, разочарования, отчаяния, безысходности, вины и стыда, одиночества, потери или обретение нового смысла и способа жить. Как теперь ей быть с этим в семье, окружении и социуме в целом. Тело и психика как будто бы отделены и живут своей жизнью. Именно последнее побудило меня задуматься над этим фактом и шире рассмотреть проблему. Тезисно я постараюсь осветить основные мысли:

1. Бесплодие и ранний климакс – как не только состояние репродуктивной функции женского организма, а состояние организма в целом. На практике, при постановке упомянутых диагнозов, внимание как самой женщины, так и врачебной системы устремляется к репродуктивной функции и связанных с ней эффективных перспектив. Это своего рода цель, мишень, на которую в определённый момент направляется сильнейший поток ресурсов самой женщины и усилий гинекологов, репродуктологов: многочисленные анализы и УЗИ, различные схемы заместительной-гормональной терапии; гомеопатия, герудотерапия; лечение инфекционных и воспалительных процессов мочеполовой системы, неоднократные попытки ЭКО, а так же посещение святых мест, обращение к целителям, применение БАДов, диет, и пр.).

Так же как невозможно представить автономное существование репродуктивной системы от иных систем организма и его в целом, полагаю неполным аналогичный лечебный подход к проблематике:

- на практике круг профессиональной диагностики и оценки состояния женщины с заявленной проблематикой ограничивается заключением гинеколога, эндокринолога и реже репродуктолога. Предполагается, что изученной клинической картины в рамках упомянутых профессиональных областей достаточно, т.к. запрос о бесплодии или раннем климаксе ограничивается половой и эндокринной системами организма. Взаимосвязь и влияние иных систем организма на появление проблемы и участие в процессе излечения либо не применяется, либо носит робкий рекомендательный характер. Например: «сделайте на всякий случай МРТ головного мозга, пройдите невролога, обратитесь к психотерапевту». Но пройдет она, для чего ей это, и что в итоге-уже не отслеживается и не подлежит системному анализу.

- Нельзя изъять мочеполовую систему женщины и передать ее специалистам на временное лечение и восстановление. А в это время продолжать быть беззаботной, спокойной и счастливой, любящей и любимой, энергичной и вдохновляющей. Диагноз бесплодия или раннего климакса женщина слышит от гинеколога или репродуктолога. В связи с этим, женщина переживает свою внутреннюю неполноценность, потерю, риск проститься с чем то очень важным навсегда. Диагноз преждевременной менопаузы переживается не только как невозможность самой родить своего ребенка, но и как потеря молодости, начало старости и разрушения. Тело лечится, а душа болит. Как женщина прокладывает себе маршрут помощи, кто и что ей в этом помогает? Она обращается к информационному пространству, в первую очередь интернет и сми. В нем много про само бесплодие, про инновационные методы лечения, зарубежные в том числе, про известных репродуктологов, про чудодейственные БАДы, многочисленные терапевтические тренинги по «обретению женственности» и проработке детских психологических травм, про «излечение кармы и освобождение долгов из прошлой жизни». Нет или мало места про чувства и переживания как закономерной части события. Ничего про то, что психологическая составляющая требует такого же внимания и участия, оказывает не меньшее влияние на качество жизни сейчас и потом.

- Гормональная система и психоэмоциональное состояние женщины находятся во взаимосвязи и определяют состояние друг друга. Что первичнее, гормоны или стресс? В отношении женщины за 40 легче предположить наличия физиологической причины, нежели в отношении женщины более раннего возраста. В случае с ранним климаксом это остается за пределами профессионального исследования. Причины в ее раздражительности, апатии, конфликтов на работе и семье ищутся с помощью психологии, психотерапии. И несмотря на это, динамика терапии продолжает оставаться непредсказуемой и руководимой чем то еще. Либо наоборот, сосредоточившись на восстановлении гормонального баланса с помощью медикаментозных методов, диет, физической активности, за границей внимания остаются внешние факторы и источники нарушенного эмоционального состояния.

Итак, два важных момента: пока в информационном пространстве и в системе профессиональной помощи бесплодие и ранний климакс рассматриваются как часть истории про тело, вернее конкретную его часть. Второе: непривычно и не распространено, что в комплексе лечения и поддержания женщины могут быть меры психологической диагностики, поддержки и сопровождения в системе общей медицины, государственных и частных программ вспомогательной репродукции, в системе общей и частной психологической практики. Второй момент более подробно озвучивается в следующем тезисе.

2. Бесплодие и ранний климакс – это не только состояние всей системы организма, но состояния женщины в социуме.

Молодость, цветущее здоровье, материнство и плавный переход к более зрелому возрасту и этапу жизни – это общепринятые признаки и критерии, которые существенно определяют роль женщины в социуме, диктуют направления ее поведения и определяют ее жизнь. Например, приятно считать, что девушка становится женщиной лишь с наступлением менструального цикла, а старение знаменуется менопаузой и приходит в ее жизнь после 45 лет. Рождения ребенка ждет не только сама женщина, но и ее муж, родители и родственники. Что если в организме конкретной женщины не так, как описано и известно, и не всегда по ее

воле? Каким содержанием наполняется ее жизнь? Кто она и в какой среде есть еще возможность прожить себя женщиной? Все эти вопросы о смысле, о способе и возможностях. Как ранее описывалось, современный подход к бесплодию и раннему климаксу сужает фокус внимания до уровня тела, определяет смысл ее бытия. Сама женщина на этом этапе, образно как бы уменьшается до размеров ее репродуктивной функции, отдавая ей все внимание и энергию. Как мне представляется, важным является смещение фокуса внимания со своей конкретной телесной неспособности, к расширению собственного представления о себе. Внутренние ресурсы женщины на этом этапе невелики. Внешне: об этом мало написано и сказано, а то, что уже, есть не соотносится с реальностью конкретной женщины.

Вывод: как указывалось выше, существующий подход к помощи женщинам с диагнозом бесплодие и ранняя менопауза узконаправлен и разрознен. Даже при условии увеличения областей исследования, возникает потребность в механизме связанного объединения полученных данных и пересмотре всей системы профессиональной помощи. Несмотря на то, что такой механизм на сегодняшний день пока отсутствует, потребность в нем остается.

АРТ-ТЕРАПИЯ, С ЖЕНЩИНАМИ ПЕРЕНЕСШИМИ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В ДЕТСТВЕ

Берегулина Л.Н.

Санкт-Петербург

СПбГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»

По данным ВОЗ, примерно 20 % женщин сообщают о том, что в детстве подвергались сексуальному насилию.

Сексуальное насилие над детьми может приводить как к краткосрочным, так и к долгосрочным последствиям, в том числе к развитию психопатологии в старшем возрасте. К долгосрочным последствиям, с которыми мы имели дело, относятся попытки самоубийства, страхи, депрессии, злоупотребление ПАВ, прерывание обучения, сексуальные расстройства, психические проблемы общего характера.

Часто у них развиваются психосоматические, физиологические и аутоиммунные расстройства.

Учитывая значимость проблемы женщин, перенёсших сексуальное насилие в детском возрасте, мы разработали программу реабилитации, в основе которой лежит арт-терапия (АТ).

За последние 3 года мы применили нашу программу с 14 женщинами, в возрасте от 19 до 62 лет, перенёсшими сексуальное насилие в детстве или в подростковом возрасте. Давность перенесённого сексуального насилия – от 2-х до 58 лет (!). 9 женщин из 14 перенесли сексуальное насилие в собственной семье от близких родственников, что ещё больше усиливает психическую травму. Причины госпитализации этих женщин следующие: депрессивные эпизоды, суицидальные попытки, тревожные расстройства и другие нарушения, главным образом, невротического регистра. У 6 женщин присутствовали психосоматические болезни.

Чувства стыда, вины, безысходности женщины затрудняют начало работы специалиста. Однако, предоставив женщине спокойную, мягко директивную позицию психотерапевта, мы удовлетворяем её потребности в эмпатической поддержке. При проведении занятий следует учитывать особенности динамики расстройства, особенности личности и осуществлять воздействие в три последовательных этапа:

1) этап психологической и физической стабилизации,

2) этап проработки травматического опыта на основе обсуждения или использования невербальных средств выражения опыта,

3) этап преодоления последствий психической травмы и личностной реконструкции, который также может включать перестройку отношений, ревизию травматического опыта, привычных схем реагирования и самооценки (Копытин, 2014).

Женщинам важно научиться контролировать свои реакции, поэтому в качестве разминки используем освоение аутогенной тренировки по Джекобсону. Мы считаем, что оптимальным методом в работе с данными пациентами является АТ.

АТ характеризуется как система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях пациента изобразительной деятельностью, построении и развитии психотерапевтических отношений. Она может применяться с целью лечения и предупреждения различных состояний болезни, коррекции нарушенного поведения и психосоциальной дезадаптации (Копытин, 2000).

В работе с нашими пациентами мы использовали как индивидуальную, так и групповую динамически-ориентированную или клиент-центрированную АТ со средними сроками лечения (Макги, 2010; Сучкова, 2007); (студийные и тематические группы), проводимые на базе лечебно-реабилитационного отделения больницы (отд. №6), отделения трудовой реабилитации (отд. №18) и дневного стационара больницы. Продолжительность запланированной программы рассчитана на 6 недель. Занятия проводились 2-3 раза в неделю по 60-90 минут, с последующим переводом женщин в дневной стационар, или использовалась система лечебных отпусков.

На первом этапе реабилитации – стабилизации психофизического состояния необходимо создать благоприятную, доверительную обстановку, располагающую к использованию следующих техник: совместный рисунок пациента и арт-терапевта, когда пациентка испытывает чувство растерянности и неуверенности; «моё безопасное и комфортное место» – выполняется в виде рисунка или коллажа; мандала – как защитный приём, сохраняющий личностные границы. Также мы успешно используем технику «галерея гармонизирующих образов», методом подбора соответствующих фотографий или иллюстрируя музыкальные произведения (например «Карнавал животных» Сен-Санса). Возможны варианты групповой работы: коллективное рисование окружностей на формате трёх листов А-1. Эта деятельность укрепляет чувство защищённости и даёт начало коммуникативным навыкам.

Убедившись в эмоциональной и физической стабильности женщины, можем переходить к следующему этапу занятий.

Второй основной этап – проработки травматического опыта и связанных с ним эмоциональных состояний невербальными методами с последующим обсуждением. При возникновении у женщины растерянности, целесообразно использовать метафорические карты. Предлагаем использовать метод «контейнирования» – создание ёмкости (коробки, конверта), куда можно поместить изображение своей травмы, которая может превратиться в бесценный жизненный опыт. Групповая работа для пациентов с ПТСР является весьма полезной с точки зрения обмена опытом, и улучшения коммуникации. С женщинами, имевшими жалобы на выраженные соматовегетативные проявления, состояния «заморозки», мы успешно использовали приёмы телесно-ориентированной терапии и элементы игровой терапии. На этом этапе применяется работа с естественными негативными эмоциями – гневом и злостью. Здесь отдаётся предпочтение работе с глиной. В работе с чувствами страха, стыда, вины и печали, помогает техника «отпечатков» и «картины-мазилки», которые помогают справиться с этими эмоциями. (Баер, 2013).

Третий этап реабилитации направлен на переоценку травматического опыта, преодоления его последствий. На данном этапе мы использовали следующие методы работы: «Мой жизненный путь» – рисование и повествование об основных этапах жизни, включая травматические эпизоды, способы их преодоления, с обязательными планами на будущее; метод исследования собственных потребностей; технику работы с обидой (Лебедева, 2016); успешно используем технику изготовления защитного оберега (Корт, 2014), которая укрепляет веру в себя и в окружающих людей. Создание личного герба – является итоговой работой, показывающей отношение пациента к собственной личности, реальную оценку прошлого и будущего. Все эти методы направлены на успешное преодоление, переработку травматического опыта, изменение личностных качеств, повышение собственной ответственности, способность управлять своим состоянием.

Пациентам проводились следующие психологические и арт-терапевтические исследования:

1. симптоматический опросник SCL-90 (1974);
2. определение самооценки по Дембо-Рубинштейн;
3. тест «Самочувствие-Активность-Настроение» (САН) (1973);
4. опросник депрессивных состояний (ОДС) (Беспалько и др., 1980; Беспалько, 2004);
5. интегративный тест тревожности (ИТТ) (Петрова, 2007);
6. опросник качества жизни ВОЗКЖ- 100 (Бурковский, Коцюбинский, Левченко, Ломаченков, 1998);
7. рисуночный тест Сильвер и тест «Нарисуй историю» (Silver, 2002; Сильвер, Копытин, 2002);

Часть исследований проводились клиническими психологами. Другая часть исследований (определение самооценки, САН, опросник качества жизни, рисуночный тест Сильвер и тест «Нарисуй историю» проводилась нами самостоятельно.

Клинические наблюдения за женщинами, участницами реабилитационного проекта, показали значительную положительную динамику их психосоматического состояния: стабилизацию настроения, улучшение сна, заметное уменьшение или исчезновение страхов, тревожности, неуверенности; обретение коммуникативных качеств и улучшение комплайенса; повышение активности, высказывание реальных планов на будущее. Постепенно минимизировали психосоматические проявления. Данные психологического исследования подтверждают адекватное повышение самооценки. Опросник САН и опросник качества

жизни также дают положительную динамику. Сравнительные рисуночные тесты Сильвер и «Нарисуй историю» подтвердили уменьшение напряжённости, неуверенности, проявления активной позиции и юмора.

Таким образом, арт-терапевтическая программа для женщин, перенёсших сексуальное насилие в детском или в подростковом возрасте, с посттравматическими расстройствами, преимущественно невротического регистра, обеспечивает выраженные и разносторонние положительные эффекты и может быть рекомендована к психотерапевтической работе с подобными пациентами.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕ

Бобров А.Е., Чернуха Г.Е., Никитина Т.Е., Агамамедова И.Н.,
Табеева Г.И., Гусев Д.В.

Москва

*НМИЦ НП им. В.П. Сербского Минздрава России, РНИМУ им. Н.И. Пирогова,
НЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России*

Многие случаи бесплодия обусловлены функциональной гипоталамической аменореей (ФГА). Распространение этого эндокринно-гинекологического расстройства часто связано с трансформацией поведения современных женщин (изменением социального статуса и поло-ролевых стереотипов, конкурентной окружающей средой, коммерциализацией спорта, распространением фитнеса, низкокалорийных диет и косметологии). Несомненную роль в происхождении ФГА играют также психические расстройства.

В литературе имеются указания на наличие патогенетических взаимосвязей между нейропсихиатрическими расстройствами и эндокринно-гинекологическими нарушениями. В спектре этих психосоматических расстройств рассматривается и специфический синдром, получивший название «женская атлетическая триада».

Этот синдром включает сочетание расстройств приема пищи (РПП), аменореи и остеопороза. Он обычно выявляется у спортсменок, любительниц фитнеса и спортивных танцев, женщин, придерживающихся различного рода диет, актрис, манекенщиц и т.п. По существу, указанный синдром отражает спектр психофизиологических состояний, характеризующихся пониженным потреблением энергии, дисфункцией менструального цикла и снижением плотности костной ткани.

Важно отметить, что наличие клинически очерченных РПП для констатации женской атлетической триады в настоящее время необязательно. С одной стороны, было обнаружено, что эти расстройства могут переходить друг в друга и нередко имеют смешанный характер. С другой стороны, исследования указывают на наличие патогенетических связей между РПП, расстройствами личности и широким спектром расстройств биполярного спектра (РБС). Помимо этого, у таких женщин часто отмечается сходная ситуационно-психологическая проблематика.

Сказанное свидетельствует о наличии психопатологических состояний, клинически и патогенетически связанных с ФГА. Эти состояния выходят за рамки традиционной психиатрической нозологии и нуждаются в дополнительном изучении.

Цель исследования: анализ психического состояния пациенток с ФГА, их психологических особенностей.

Материал и методы. В работу вошли результаты обследования 69 пациенток в возрасте от 18 до 63 лет, находившихся на обследовании и лечении у гинекологов с диагнозом ФГА. Все пациентки дали добровольное информированное согласие на проведение психиатрического обследования. 63 из них прошли индивидуальное собеседование с психиатром, которое осуществлялось дистанционно по Скайпу и включало полуструктурированное клиническое интервью MINI-6 («Международное нейропсихиатрическое интервью»). Был также осуществлен сбор ряда дополнительных данных, касающихся анамнеза и личностных характеристик. Кроме того, все они прошли психологическое тестирование с помощью Методики многостороннего исследования личности (ММИЛ), а 48 из них – при помощи Опросника расстройств приема пищи (ОРПП) – EDI-2.

Результаты. Более чем у 90 % больных выявлялись психопатологические состояния. С наибольшей частотой это были РПП (47,6 %), депрессивные состояния (15,9 %), а также РБС (14,3 %), генерализованное тревожное расстройство (14,3 %) и пролонгированная депрессивная реакция (14,3 %).

РПП были представлены типичной и атипичной нервной анорексией (36,6 %), а также атипичной нервной булимией (11,1 %). У пациенток не отмечалось существенного снижения массы тела, а индекс массы тела находился либо на нижней границе нормы, либо – незначительно ниже установленного порога. Однако имелась тенденция к употреблению продуктов с пониженной энергетической ценностью и несбалансированным соотношением белков, жиров, углеводов и минеральных веществ.

Из депрессивных состояний выявлялись депрессивные эпизоды (12,7 %), рекуррентная депрессия (3,2 %), дистимия (6,3 %), а также пролонгированные (депрессивные) расстройства адаптации (всего 14,3 %). К ним примыкали тревожные расстройства (27,0 %).

У 29 пациенток (46,0 %) отмечались различные аномалии личности. Почти в половине таких случаев (14-22,2 %) был установлен диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности. Однако наряду с этим у больных выявлялись и тревожные, и шизоидные, и зависимые личностные расстройства.

Большинству из пациенток были свойственны также перфекционизм, гиперсоциальные установки и недостаточная поло-ролевая дифференцированность. В целом же ряде случаев – отмечалась отчетливая психологическая маскулинизация.

Результаты психодиагностического обследования больных с помощью теста ММИЛ и последующего факторного анализа полученных данных показали, что поведение больных с ФГА характеризуется наличием четырех основных паттернов: параноидного, соматоформного, депрессивного и гипертимного.

При доминировании соматоформного стиля отмечалось большое количество жалоб на соматическое неблагополучие, психовегетативные расстройства, демонстративность, а также склонность к конверсии и психической диссоциации.

При преобладании параноидного паттерна поведения имелась склонность к сверхценным образованиям, внешне обвиняющему реагированию, невысокая общительность и напряженно-гипотимное настроение.

Депрессивный стиль поведения определялся апатией, общим снижением силы побуждений, пониженной самооценкой, относительной социальной изоляцией, а также пессимизмом. Интересно, что у больных этой подгруппы обнаруживались признаки психологической маскулинизации.

Четвертый – гипертимный тип поведения характеризовался повышенным настроением, активностью и уверенностью в себе. При этом также имелись признаки поведенческой маскулинизации.

По данным ОРПП было обнаружено, что у больных с соматоформным, депрессивным и гипертимным паттернами поведения имелась сильная тяга к снижению веса, которая сочеталась с аскетичным образом жизни и выраженной неудовлетворенностью своим телом. Другой психологической чертой этих пациенток являлось переживание психологической несостоятельности и неэффективности. Это было особенно характерно для больных с параноидным и депрессивным стилем поведения, но часто отмечалось и при других вариантах поведения больных с ФГА. Особенности больных с гипертимным стилем поведения выражались в перфекционизме, склонности к фиксации на interoцептивных ощущениях, а также ощущении недостаточности социального комфорта.

Обсуждение. Исследование показало, что у подавляющего большинства пациенток с ФГА имеются психические расстройства. Почти в половине случаев – это РПП, преимущественно, в форме нервной анорексии (как типичной, так и атипичной формы). Более чем в 30 % случаев имеются аффективные расстройства биполярного или рекуррентного типа. Чуть менее, чем у 30 % – наблюдаются тревожные и связанные со стрессом расстройства. Причем тревожные расстройства нередко сопутствует РПП. Следует подчеркнуть, что сами по себе ФГА необязательно связаны с клинически очерченными формами психических расстройств. Но они могут указывать на наличие ремиссий, предболезненных и субсиндромальных состояний.

Полученные данные также свидетельствуют о важной роли личностных механизмов в генезе ФГА, которые часто способствуют нарушениям психосоциальной адаптации. У таких больных отмечается несколько характерологических паттернов. Нарушения адаптации наиболее выражены у больных параноидного и соматоформного круга, тогда как при субдепрессивном и гипертимном вариантах частота дезадаптаций примерно в 2-3 раза ниже.

Больным с ФГА присущи также эмоциональная неустойчивость, перфекционизм, склонность отождествляться с социальными нормами и недостаточная развитость поло-ролевых установок. У многих из них отмечается фрустрация, обусловленная субъективным ощущением недостаточной психологической эффективности. Это ощущение может подталкивать к уменьшению социальных запросов (аскетизму) за счет подавления или искажения спектра индивидуальных потребностей. Немаловажную роль при этом играют затруднения в становлении психосоциальной идентичности, в особенности, связанные с формированием поло-ролевых установок.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН, АКТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ

Богданов С.И., Сафина С.С., Ретюнский К.Ю.

Екатеринбург

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Введение. Неблагоприятный преморбидный фон и отягощенная наследственность являются важными предрасполагающими факторами для развития нервно-психических заболеваний. В связи с увеличением распространенности наркомании в общей популяции, отмечается и рост числа женщин, употребляющих наркотики. Особый интерес вызывает изучение ситуации среди женщин из труднодоступных групп, к которым относятся активные потребители наркотиков (АПН). Развитие наркомании в данной половой группе имеет специфические особенности, которые в частности затрагивают сферу женского здоровья.

Целью исследования явился изучение преморбидного фона, частоты встречаемости отягощенной наследственности по алкоголизму, наркомании и психической патологии, акушерско-гинекологического анамнеза среди женщин АПН, проживающих в г. Екатеринбурге.

Материалы и методы. Для проведения исследования использован оригинальный комбинированный опросник, состоящий из модифицированной «Анкеты для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)» разработанной на основе анкеты, используемой в исследованиях "Treatment Demand" Группы Помпиду Совета Европы, и адаптированных под задачи исследования блоков «Карты обследования больных алкоголизмом» В.Б. Альтшулера. Исследование проводилось в г. Екатеринбурге силами аутич-работников СООБО «Шанс плюс». Критерии включения – женщины активные потребители наркотических средств, в возрасте 18 лет и старше. Критерии исключения – женщины активные потребители наркотических средств в возрасте до 18 лет. В исследование принимали участие только женщины АПН. Число участниц составило 103 человека. Средний возраст женщин, принявших участие в обследовании, составил $27,0 \pm 0,6$. Около 90 % респондентов были в возрасте от 18 до 34 лет. Исследуемая группа состояла исключительно из граждан Российской Федерации и жителей г. Екатеринбурга. Женщины АПН проживали во всех административных районах г. Екатеринбурга. Половина женщин на момент обследования продолжала проживать с родителями или близкими родственниками. Среди женщин АПН постоянную или временную занятость имели 50 %. Среднее образование имели 5 женщин АПН, высшее учебное заведение закончила каждая десятая женщина.

Результаты исследования. В группе женщин АПН обнаружен высокий удельный вес органических нарушений центральной нервной системы (энурез, детский невротизм, ЧМТ, нейроинфекции, раннее органическое заболевание ЦНС, снохождение), диагностированных до начала наркомании (60 %). Выявлен высокий уровень перенесенных вирусных гепатитов (42 %). Данные о том, что практически половина респондентов перенесла в детстве отит (48 %), косвенно могут свидетельствовать об изначально слабом иммунном статусе и болезненности женщин АПН в детстве. Каждая третья женщина АПН (34 %) воспитывалась без отца. В процессе проведенного исследования было выявлено, что целом психопатологически наследственность отягощена у 34 % женщин АПН. При этом отягощенность по алкоголизму обнаружена у 27 %, наркоманией – у 13 % и другой психической патологии – у 12 % женщин. Наиболее значимыми факторами наследственной отягощенности по алкоголизму являются алкоголизм дедов (бабок) по линии матери и алкоголизм у отца и матери (46 %, 43 % и 39 % соответственно). Алкоголизм дедов (бабок) по линии отца, как фактор наследственной отягощенности по алкоголизму встречается сравнительно реже (14 %), а алкоголизм братьев и сестер – в единичных случаях (7 %). Злоупотребление алкоголем до начала приема ПАВ встречалось лишь у 7 % женщин, с опрошенных (74 %) выпивали алкоголь эпизодически, а каждая пятая женщина АПН (19 %) вообще не принимала алкоголь до этого времени. Практически у половины респондентов с отягощенной наследственностью по наркомании (46 %) страдал наркоманией отец, у каждой третьей (31 %) – братья и сестры, у каждой четвертой (23 %) – мать. Отягощенность наследственности по другим психическим заболеваниям определялась ведущей ролью психической патологии у дедов (бабок) по отцовской линии (33 %). С равной частотой отмечались случаи психической патологии у дедов (бабок) по материнской линии и психической патологии у отца (по 25 %). Наименее представлены случаи психической патологии у матери (17 %).

Данные проведенного нами исследования показали, что средний возраст наступления менархе у женщин АПН укладывается в характеристику нормы. Однако у 12 % из них отмечались признаки первичной аменореи. У женщин АПН выявлен высокий уровень наличия гинекологических проблем, требующих

консультации гинеколога и, возможно, лечения. А такие их часто встречающиеся проявления как болезненность месячных, симптомы предменструального синдрома, способны напрямую актуализировать тягу к наркотику. Согласно нашим данным, средний возраст начала половой жизни у женщин АПН в среднем на год старше в сравнении с данными современных социологических исследований. Относительно раннее начало половой жизни у шестой части респондентов трактовать как девиацию, как нам кажется, не следует, т.к. средний возраст начала менархе в исследуемой группе составил 13,6 года. Более позднее начало половой активности респондентов можно с большой долей вероятности объяснить гинекологическими проблемами. Причины проблем в половой жизни исследуемой популяции, по-видимому, лежат в целом комплексе преморбидных особенностей (отягощенная наследственность, перенесение сомато-неврологических заболеваний, особенности воспитания), а также связаны непосредственно со злоупотреблением наркотическими средствами и субкультуральными особенностями жизни женщин АПН. Да и действие основного наркотического средства (опиоиды), которым в основном злоупотребляли женщины АПН – седативное. Наркотик подавляет половое влечение.

Заключение. Таким образом, наиболее значимыми фактором наследственной психопатологической отягощенности у женщин АПН являются: алкоголизм дедов (бабок) по линии матери и алкоголизм родителей; наркомания у обоих родителей (особенно у отца), а также наркомания братьев и сестер; наследственной отягощенности психической патологией по линии отца (самого отца и его родителей). У женщин АПН выявлен высокий удельный вес сочетанной психической и наркологической патологии у родственников. У большинства женщин АПН выявлен высокий уровень серьезных проблем в сексуальной жизни, проявляющийся прежде всего беспорядочностью половых связей и широким спектром негативного отношения к ней (холодность, дефицит и неудовлетворенность, отвращение к половой жизни), которые предположительно можно трактовать, как проявления сексуальной дисфункции. В исследуемой группе каждая четвертая женщина прибегала к искусственному прерыванию нежелательных беременностей. Из них более половины делали аборт повторно (от 2 до 5 раз). Следовательно, изначально невысокое гинекологическое здоровье в исследуемой группе усугублялось еще и абортами. Патология беременности (повторные выкидыши и преждевременные роды) отмечалась у женщин АПН в единичных случаях. Случаев мертворождений отмечено не было. Из 27,5 % женщин АПН, родивших детей, около половины сделали это до начала употребления наркотиков. Во время употребления наркотиков родила каждая пятая женщина. Незавидна судьба детей, рожденных от матери-наркоманки: умер каждый третий ребенок, каждый десятый – с проблемами психического развития.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С.

Санкт-Петербург

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева

Воспитание ребенка с тяжелым инвалидизирующим заболеванием часто становится трудным испытанием для родителей, в частности для матерей, на которых, в силу культурных особенностей, ложится основная нагрузка по уходу за таким ребенком. Подобная нагрузка не редко бывает слишком сильной, превышающей возможности и ресурсы родителей. Кроме того, высокая значимость семейных связей предполагает невозможность спонтанного выхода из подобной ситуации, а тяжелое течение болезни, порой без ремиссионных периодов, не дает надежды на спонтанное выздоровление, что приводит к накоплению психологического напряжения. Нарастающие проблемы, как в психосоциальной, так и в финансово-бытовой сферах, усугубляют положение родителей и негативно сказываются, как на их физическом здоровье, так и на психологическом благополучии.

Взаимодействие людей, один из которых оказывает помощь другому, а также последствия, связанные с переживанием несоответствия затрачиваемых ресурсов и удовлетворенностью от получаемого результата, традиционно находятся в поле зрения концепции выгорания. Эта концепция была разработана в сфере трудовых отношений лиц помогающих профессий. Однако, в настоящее время, все больше исследователей переносят этот термин в сферу семейных отношений, в том числе и в иностранной литературе.

Цель исследования изучить особенности эмоционального выгорания матерей детей с хронической инвалидизирующей соматической патологией.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 83 матери в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст $36,7 \pm 7,18$). Первую группу составили матери, воспитывающие детей с нейрофиброматозом ($n=30$), вторая группа включала матерей, имеющих детей с ревматоидной патологией ($n=25$), а третья группа состояла из матерей детей с диагнозом эпилепсия ($n=28$). Средний возраст общей группы матерей составил $36,96 \pm 7,326$; средний возраст тяжело больных детей – $9,39 \pm 5,233$; средний возраст начала заболевания – $3,92 \pm 4,524$, а средняя длительность заболевания – $5,13 \pm 4,217$. Большинство матерей имеют высшее образование (66,2 %), среднее специальное или среднее образование (18,9 % и 9,5 % соответственно); замужем 77 % матерей из общей группы, 72 % – имеют несколько детей в семье. Подавляющее большинство положительно относится к своим детям (94,6 %); 62,2 % – «хорошо» понимают тяжесть заболевания ребенка, «в целом» понимают – 31,1 %. Кроме того, в большинстве случаев у детей этих матерей не было ремиссии в прошлом – 44,4 %, у 35,1 % ремиссия продолжалась до 6 месяцев, а у 19,4 % – не более года.

В качестве психодиагностического инструмента применялась методика «Уровень эмоционального выгорания родственников» (УЭВР), разработанная В.В. Бочаровым и А. М. Шишковой. Кроме того, использовалась специально созданная для исследования анкета, включающая демографические, социальные и клинические характеристики.

Методика УЭВР направлена на выявление сбалансированности ресурсных и деструктивных тенденций личностного функционирования родителей в процессе опеки тяжело больного ребенка. Ресурсные тенденции – факторы уменьшающие подверженность родителей выгоранию описываются шкалами: «Энергия», «Наполненность смыслом» и «Поглощенность». Деструктивные тенденции – увеличивающие риск эмоционального выгорания описываются шкалами: «Истощение», «Деперсонализация» и «Деструктивная разрядка напряжения».

Шкала «Энергия» – раскрывает энергетический потенциал матери при уходе за ребенком; «Наполненность смыслом» – отражает смысловую сферу, то есть насколько ценностно значимой и осмысленной родителю представляется деятельность по уходу за ребенком; «Поглощенность» – говорит о том, насколько сильно забота о ребенке, может отодвинуть на задний план другие дела и заботы родителя.

Шкалы, отражающие деструктивные тенденции, направлены на выявление симптоматики непосредственно связанной с феноменом эмоционального выгорания. В шкале «Истощение» представлены симптомы соответствующие психологическому истощению в связи с заболеванием ребенка; «Деперсонализация» состоит из описания тенденций, связанных со смещением родительской роли, которые выражаются в нежелании контактировать с больным ребенком, раздражении на него, усталости и пренебрежении родительскими обязанностями; «Деструктивная разрядка напряжения» отражает симптомы, связанные с телесными появлениями истощения, тревоги по поводу заболевания и общего ухудшения соматического состояния, связанного с болезнью ребенка.

Обработка данных: описательные статистики, проверка на нормальность Шапиро-Уилка, непараметрический критерий Н – Краскала-Уоллеса, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) и коэффициент ранговой корреляции r-Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Достоверные различия по шкалам методики УЭВР в исследуемых группах не были выявлены, что говорит о примерно равной выраженности выгорания у матерей из представленных групп, вне зависимости от нозологических особенностей заболевания.

По шкале «Истощение» матери тяжело больных детей чаще всего положительно отвечали на следующие вопросы: «С тех пор как заболел мой ребенок, я чувствую себя эмоционально истощенной» – 54,1 % и «К вечеру я обычно ощущаю себя абсолютно «выжатой» – 56,8 %; по шкале «Деперсонализация»: «Иногда, ухаживая за ребенком, я ловлю себя на мысли, что действую почти механически (как робот)» – 58,1 % и «Иногда, я стала замечать, что когда я думаю о моем болящем ребенке у меня ухудшается настроение» – 51,4 %; по шкале «Деструктивная разрядка напряжения»: «Иногда я так переживаю за состояние моего ребенка, что у меня бывают расстройства сна (бессонница, трудности засыпания, пробуждение в холодном поту, ощущение невозможности встать с постели)» – 64,9 % и «Я замечаю, что когда у моего ребенка неприятности я теряю аппетит, пренебрегаю едой или пытаюсь «заесть» существующие проблемы» – 51,4 %.

Таким образом, матери детей с хронической инвалидизирующей соматической патологией часто отмечают у себя основные признаки эмоционального выгорания.

С помощью корреляционного анализа были выявлены множественные связи шкал УЭВР с социально-демографическими и клиническими признаками. Так, чем выше уровень образования матери, тем ниже

показатели по шкалам «Вовлеченность» ($r=-0,463$, $p=0,000$), «Энергия» ($r=-0,314$, $p=0,003$), «Наполненность смыслом» ($r=-0,401$, $p=0,000$), «Поглощенность» ($r=-0,301$, $p=0,010$) заболеванием и уходом за ребенком. Возможно, у матери с более высоким уровнем образования, уход за ребенком и лечение не являются единственной значимой целью в жизни.

Корреляционные связи параметра «продолжительность ремиссии», говорят о том, что, чем короче продолжительность ремиссии ребенка ($r=-0,333$, $p=0,004$), тем сильнее мать вовлечена в заботу о нем, а чем лучше родитель понимает тяжесть заболевания своего ребенка ($r=0,268$, $p=0,023$), тем выше его энергетическая наполненность.

В то же время, высокая степень истощенности матери связана с менее теплым отношением к ребенку ($r=0,234$, $p=0,048$) и меньшим пониманием тяжести его заболевания ($r=-0,263$, $p=0,046$). Высокая выраженность деперсонализации у матерей тяжело больных детей, так же связана с отчужденным отношением к своему ребенку ($r=0,290$, $p=0,015$). Высокий показатель по шкале «Деструктивная разрядка напряжения» матерей связана с коротким ремиссионным периодом ($r=-0,235$, $p=0,047$) и меньшим пониманием тяжести заболевания ($r=-0,243$, $p=0,039$).

Заключение. Результаты исследования показывают, что матери детей с хронической инвалидирующей соматической патологией часто отмечают у себя основные признаки эмоционального выгорания. Кроме того, матери характеризующиеся менее теплым отношением к ребенку, хуже понимают тяжесть его заболевания, склонны к более выраженным проявлениям симптомов истощения, деперсонализации и деструктивной разрядки напряжения. Частые обострения болезни ребенка, так же связаны с высокой выраженностью проявлений эмоционального выгорания.

СООТНОШЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, СТЕПЕНИ ЛИЧНОСТНОЙ ВОВЛЕЧЕННОСТИ И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ РОДСТВЕННИКОВ В ПРОЦЕССЕ ОПЕКИ БОЛЬНОГО С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ

Бочаров В.В., Шишкова А.М., Ипатова К.А.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ, проект «Методология и инструментарий оценки уровня эмоционального выгорания родственников больных с аддиктивными расстройствами», № 17-06-00533

Зависимость от психоактивных веществ является хроническим заболеванием в значительной степени нарушающим физическое, психическое и социальное функционирование больного, который, как правило, теряет способность критически оценивать свое состояние, своевременно обращаться за специализированной помощью, справляться с повседневными обязанностями. В связи с этим родственники больных аддиктивными расстройствами часто занимают активно опекающую позицию, всеми силами стремясь поддержать благополучие больного. Однако, в свете традиционных концептуальных подходов к пониманию психологии родственников аддиктов (в частности, концепции созависимости) и реализуемых в их рамках терапевтических моделей, активность родственников по опеке больного зачастую рассматривается как патологическая, направленная на компенсацию их собственного личностного дефицита. Потребность в опеке, в наибольшей степени присущая женщинам (матерям и супругам больных), противопоставляется личностной самореализации. Такой взгляд по отношению к опеке родственниками аддиктивного больного, во многом, связан с тем, что истоки формирования концепции созависимости тесно переплетаются с феминистическими идеями, исходя из которых традиционная опекающая роль женщины в семье рассматривалась как ущемляющая ее права.

Другим основанием для негативного отношения к активно-опекающей позиции родственников по отношению к аддиктивному больному, как демотивирующей его и соответственно препятствующей лечебным мероприятиям, является существующее в клинике аддиктивных расстройств представление о необходимости больного пережить кризис во всей его полноте, «опуститься на дно». Безосновательность данного представления доказана, например, высокой эффективностью применения техник мотивационного интервю в работе с аддиктивными больными, находящимися на разных стадиях осознания своей болезни.

Вышеописанные представления существенным образом влияют на характер взаимодействия специалистов и опекающих аддиктивного больного родственников, конструктивная составляющая личностной активности которых часто не только остается без поддержки, но даже блокируется советом «не брать ответственность за жизнь больного и заняться собой».

Отсутствие возможности полноценного участия в лечении больного и блокированность стремления к его активной опеке, сочетающаяся с постепенно формирующейся социальной изоляцией и низкой результативностью лечения, приводят к ощущению собственной личностной неэффективности родственников, истощению их физических и психических ресурсов, разочарованию в больном и методах лечения, то есть формированию феномена так называемого эмоционального выгорания. Наличие выраженных проявлений эмоционального выгорания, в свою очередь, тесно связано с проблемами на уровне соматического функционирования, депрессивными проявлениями, потерей смысла существования и фактически является отражением личной драмы опекающего родственника.

Для профилактики эмоционального выгорания у родственников больных с аддиктивными расстройствами представляется необходимым понимание того, как поддерживая их конструктивную личностную активность, направленную на опеку больного, избежать формирования симбиотической позиции, характеризующейся потерей автономного функционирования и потенциально опасной как для родственника, так и для самого больного.

Целью настоящей работы было изучение соотношения проявлений эмоционального выгорания, степени личностной вовлеченности и уровня социальной поддержки родственников в процессе опеки больного с химической аддикцией.

В качестве объекта исследования выступали 114 родственников больных с химической аддикцией: 38 матерей (средний возраст – 59,47 лет; SD=6,54) и 23 жены (средний возраст – 34,43 года; SD=5,37) пациентов с опиоидной наркоманией, а также 27 матерей (средний возраст – 61,48 год; SD=6,50) и 26 жен (средний возраст – 45,08 лет; SD=13,00) пациентов с алкогольной зависимостью. Все пациенты находились на этапе реабилитации в СПб ГБУЗ ГНБ, постановка диагноза (F 10.2; F11) осуществлялась врачами психиатрами-наркологами (по МКБ10).

В качестве методов исследования выступали специально разработанные инструменты, позволяющие оценить степень вовлеченности родственника в процесс опеки больного – анкета «Уровень вовлеченности» (УВ), выраженность проявлений эмоционального выгорания – методика «Уровень эмоционального выгорания родственников» (УЭВР) и уровень доступной социальной поддержки – анкета «Социальная поддержка» (СП).

Анкета УВ состоит из 3 блоков: 1 – «нагрузка», позволяет проанализировать распределение нагрузки по уходу за болеющим в семье, а также оценить степень эмоциональной привязанности родственника к больному химической зависимостью близкому; 2 – «стигматизация», направлен на объективацию уровня переживаемой родственником общественной стигматизации; 3 – «совладание», позволяет оценить степень удовлетворенности родственников при использовании простых способов совладания со стрессом, обусловленным болезнью близкого.

Методика УЭВР включает 8 шкал, позволяющих выявить положение опекающего родственника в континууме, на одном полюсе которого располагаются феномены «эмоционального выгорания» описываемые 4 шкалами: «Истощение», «Цинизм», «Редукция личных достижений» и «Деструктивная разрядка напряжения», на другом феномены противоположные «выгоранию»: «Энергия», «Наполненность смыслом», «Поглощенность», «Самозффективность в лечении родственника».

Анкета СП направлена на оценку степени удовлетворенности родственников аддикта эмоциональной, информационной и финансовой поддержкой со стороны микро- и макросоциального окружения.

Обработка исходной информации проводилась с использованием статистического пакета SPSS 21. В качестве меры связи между показателями применен коэффициент корреляции Спирмена.

Корреляционный анализ показателей, отражающих проявления эмоционального выгорания (методика УЭВР) с показателями личностной вовлеченности (анкета УВ) и удовлетворенности социальной поддержкой (анкета СП) родственников в процесс опеки аддикта, позволил выявить наличие множественных разноплановых связей. Показатели удовлетворенности поддержкой со стороны микро- и макросоциального окружения имеют отрицательные взаимосвязи с показателями, отражающим эмоциональное выгорание и положительные с противоположными ему феноменами. Например, высокая удовлетворенность эмоциональной и информационной поддержкой членов семьи отрицательно коррелирует с показателями шкал «Истощение», «Цинизм» и «Деструктивная разрядка напряжения» ($p < 0,05$), а показатели удовлетворенности эмоциональной и информационной поддержкой со стороны специалистов положительно коррелирует с показателем шкалы «Самозффективность в лечении родственника» ($p < 0,05$).

Высокая удовлетворенность родственников способами совладания со стрессом (блок «совладание» анкеты УВ) положительно коррелирует с показателями отражающими энергетическую и ценностную наполненность родственников в процессе опеки больного (методика УЭВР).

Выявлено особое значение стигматизации как фактора сопряженного со всеми компонентами эмоционального выгорания. В тоже время, высокая степень эмоциональной привязанности родственника к страдающему химической зависимостью близкому может как препятствовать, так и способствовать эмоциональному выгоранию.

В целом, полученные данные позволяют говорить о неоднородной природе эмоциональной вовлеченности родственников, способствующей как наполнению их личностным смыслом и энергией в процессе опеки аддикта, так и выступающей в качестве фактора, связанного с развитием деструктивных форм личностного реагирования, проявляющихся в виде эмоционального выгорания. При этом, высокая степень удовлетворенности социальной поддержкой, в частности, со стороны семьи и специалистов препятствует формированию выгорания у родственников пациентов с химической аддикцией.

ЛИЧНОСТНАЯ ВОВЛЕЧЕННОСТЬ ЖЕН И МАТЕРЕЙ АДДИКТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕСС ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Бочаров В.В., Шишкова А.М., Чуйкина А.Г.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Возникновение хронического заболевания у одного из членов семьи часто становится переломным моментом в жизни всего его семейного окружения. В тоже время, родственники по разному реагируют на ситуацию болезни близкого, в различной степени включаясь в процесс опеки болеющего. У родственника, опекающего хронически больного, может происходить изменение всей системы личностных отношений, в которой в качестве доминантной смыслообразующей деятельности начинает выступать борьба с болезнью и поддержание благополучия своего близкого.

В клинике аддиктивных и психических расстройств внимание традиционно уделялось негативных аспектам вовлеченности родственников больного в процесс его опеки. Так, в рамках концепции созависимости тесная эмоциональная связь больного с опекающим близким рассматривается как патологическая в своей основе, а увеличение дистанции между ними (разрыв созависимых отношений) выступает в качестве одной из основной терапевтической мишени при работе с родственниками таких больных.

В рамках концепции «эмоциональной экспрессии», широко применяемой при работе с родственниками психически больных, также акцентирую внимание на так называемой эмоциональной сверхвовлеченность (emotional overinvolvement), которая диагностируется при наличии у родственников таких проявлений, как склонность к драматизация событий, выраженные эмоциональные реакции, проявление жертвенности и гиперпротекции по отношению к больному, сочетающейся со сверхидентификацией, выраженной тревогой за его состояние.

В тоже время, современные исследования, посвященные изучению психологии родственников больных психическими и аддиктивными расстройствами, показывают важность поддержки конструктивных компонентов их стремления к опеке больного близкого, реализации прав и потребностей, направленных на лечение болеющего родственника (САМН, 2015). В качестве эффективных и эмпирически обоснованных интервенций, описываются различные подходы, основанные на привлечении (engagement) родственников к активному участию в процессе лечения своих близких. Показано, что основанное на взаимном уважении и партнерских отношениях сотрудничество родственников со специалистами в процессе лечения больных значительно повышает эффективность терапевтических и реабилитационных программ за счет уменьшения частоты повторных госпитализаций и рецидивов, а также повышении медикаментозного комплаенса.

Таким образом, можно выделить континуум на одном полюсе которого располагается личностная сверхвовлеченность в жизнь больного, которая потенциально может быть вредной как для больного, так и для самого опекающего родственника. Другой полюс составляет полная отчужденность родственников от больного, постепенно формирующая его семейную изоляцию, оставляя без необходимой поддержки.

В этой связи, встает вопрос об оптимальной личностной вовлеченности родственников в процесс опеки больного, то есть такой вовлеченности которая, с одной стороны, не блокирует их культурально заданную потребность в опеке близкого, а с другой, не препятствует нормальному личностному функционированию опекающего. Такая позиция важна и для самого больного, который являясь предметом опеки не становится беспомощным или паразитирующим.

Вышесказанное формирует потребность в разработке специальной шкалы, позволяющей качественно и количественно оценивать уровень личностной вовлеченности родственников. Нами была предпринята попытка создания такого инструмента и проведено пилотажное исследование, по его апробации, что и составило цель настоящей работы.

В качестве объекта исследования выступали 114 родственников больных с химической аддикцией: 38 матерей (средний возраст – 59,47 лет; SD=6, 54) и 23 жены (средний возраст – 34,43 года; SD=5,37) пациентов с опиоидной наркоманией, а также 27 матерей (средний возраст – 61,48 год; SD=6, 50) и 26 жен (средний возраст – 45, 08 лет; SD=13,00) пациентов с алкогольной зависимостью. Все пациенты находились на этапе реабилитации в СПб ГБУЗ ГНБ, постановка диагноза (F 10.2; F11) осуществлялась врачами психиатрами-наркологами (по МКБ10). Гендерная специфичность контингента определяется тем, что именно женщины (матери и жены) традиционно выполняют функцию опеки болеющих родственников.

В качестве психодиагностических методов использовались:

1) анкета «Уровень вовлеченности» (УВ), разработанная В.В. Бочаровым и А.М. Шишковой и направленная на определение степени вовлеченности родственника в процесс опеки больного. Анкета состоит из 3 блоков: 1 – «нагрузка», позволяет проанализировать распределение нагрузки по уходу за болеющим в семье, а также оценить степень эмоциональной привязанности родственника к страдающему химической зависимостью близкому; 2 – «стигматизация», направлен на объективацию уровня переживаемой родственником общественной стигматизации; 3 – «совладание», позволяет оценить степень удовлетворенности родственников при использовании простых способов совладания со стрессом, обусловленным болезнью близкого;

2) симптоматический опросник SCL-90-R, адаптация Н.В. Тарабриной;

3) тест «Смыслжизненные ориентации» – СЖО, адаптация Д.А. Леонтьева.

Для ведения базы данных использовался статистический пакет SPSS v. 21. Сравнение средних в группах приводилось при помощи дисперсионного анализа или критериев Краскел-Уоллиса и U Манна-Уитни. Рассчитывались средние и среднеквадратические отклонения (SD). Применялся коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты сопоставления показателей личностной вовлеченности в процесс опеки больного у жен и матерей пациентов с химической аддикцией, по данным анкеты УВ говорят о наличии достоверных различий в исследуемых группах по блоку «нагрузка». Так, у матерей пациентов с опиоидной наркоманией и матерей пациентов с алкоголизмом показатели степени нагрузки по уходу за больным, а также степени эмоциональной привязанности к нему выше ($p < 0,05$), по сравнению с данными показателями в группе жен пациентов с опиоидной наркоманией. Сопоставление результатов методики SCL-90-R, позволило выявить наличие более высокие значения показателей по шкале «Враждебность» в группе жен наркозависимых, по сравнению с матерями таких больных ($p < 0,05$). Данные межгруппового сопоставления средних значений показателей методики СЖО, показали наличие более высоких значений по шкале «Общий показатель осмысленности жизни» в группе жен пациентов с алкоголизмом, по сравнению с показателями групп жен и матерей пациентов с опиоидной наркоманией ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ показателей, отражающих степень личностной вовлеченности родственника в процесс опеки аддикта (анкета УВ) с данными методики СЖО позволил выявить наличие множественных отрицательных связей. Показатели «нагрузка» и «стигматизация» (УВ) отрицательно коррелируют с показателями «Результативность жизни» при $p < 0,01$ и «Локус контроля-жизнь» при $p < 0,05$ (СЖО), а «Общий показатель осмысленности жизни» (СЖО) с показателем «нагрузка» (УВ).

В тоже время показатель «стигматизация» (УВ) положительно коррелирует с показателями таких шкал SCL-90-R как: «Соматизация», «Межличностная сенситивность», «Фобическая тревожность», «Паранойяльные симптомы», «Психотизм» при $p < 0,01$, а также «Депрессия» и «Тревожность» при $p < 0,05$. Показатель «Депрессия» (SCL-90-R) положительно коррелирует с показателем «нагрузка» (УВ) при $p < 0,05$.

Анализируя полученные результаты, можно отметить сложную природу феномена вовлеченности в болезнь близкого. С одной стороны, вовлеченность сопряженная с высокой нагрузкой и выраженными эмоциональными переживаниями, что отражается в субъективно отмечаемых телесных и психических

негативных переживаниях. С другой стороны, имеет место высокая коррелированность вовлеченности и показателями ценностной сферы. Обращает внимание тот факт, что несмотря на негативные последствия для телесного и психического функционирования опекающих, в исследованных группах имеет место значительная личностная вовлеченность, в наибольшей степени проявляющаяся у матерей больных. Это показывает важную роль вовлеченности в целостном личностном функционировании опекающих близких.

ЖАЛОБЫ НА НАРУШЕНИЯ СНА У ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ

Бочкарев М.В., Коростовцева Л.С., Фильченко И.А., Ротарь О.П., Свиряев Ю.В.,
Жернакова Ю.В., Шальнова С.А., Конради А.О., Чазова И.Е.,
Бойцов С.А., Шляхто Е.В.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»

Введение. Наиболее частым нарушением сна является инсомния, распространенность которой достигает около 33-50 % среди взрослого населения, в зависимости от критериев. Критерием инсомнии являются частые жалобы на расстройство ночного сна (трудности инициации, поддержания сна или пробуждение ранее желаемого времени) и связанные с этим нарушения в период дневного бодрствования, возникающие даже при условии наличия оптимальных условий и времени для сна. Первым исследованием, позволившим оценить нарушения сна в разных регионах РФ, стало исследование «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации – ЭССЕ-РФ».

Цель исследования: оценка различий распространенности симптомов инсомнии среди женщин в регионах – участниках исследования ЭССЕ-РФ.

Материалы и методы. Объектом многоцентрового исследования ЭССЕ-РФ были представительные выборки из неорганизованного мужского и женского населения в возрасте от 25 до 64 лет из 13 регионов РФ. Всего было опрошено 22 258 участников, в окончательный анализ было включено 20359 человек, из них 7746 мужчин и 12613 женщин. Все обследуемые опрашивались по стандартному протоколу, разработанному на основе адаптированных международных методик. Из модуля, посвященного оценке сна, для анализа были взяты следующие вопросы (обследуемые должны были предоставить усредненную информацию за предшествующий опросу месяц): 1) Насколько часто Вам было трудно заснуть в течение 30 минут, после того как вы легли в постель? (трудности засыпания) 2) Насколько часто Вам было трудно заснуть, после того как вы проснулись среди ночи или ранним утром? (трудности поддержания сна). 3) Как часто вы испытывали трудности в том, чтобы воздерживаться от засыпания, когда ситуация этого требует (во время работы и т.п.)? (сонливость). 4) Как часто Вам приходилось пользоваться лекарствами, чтобы заснуть? (прием снотворных). Варианты ответов включали в себя: никогда, не чаще одного раза в неделю, один – два раза в неделю, три и более раз в неделю. При этом ответ «три и более раз в неделю» расценивался как наличие частых жалоб. В соответствии с ICSD III частые жалобы на трудности засыпания и поддержания сна соответствуют симптомам инсомнии. Аналогично отдельно оценивались частые жалобы на сонливость как симптом, ассоциированный с инсомнией.

Результаты и обсуждение. Средний возраст включенных в анализ участников составил 48 (25; 64) лет; ИМТ – 27,4 (14,9; 67,6) кг/м². При анализе частоты всех жалоб на нарушения сна выявлено, что как минимум 1 раз в неделю трудности засыпания встречаются у 58 % опрошенных. Реже отмечаются трудности поддержания сна – у 52 %, и всего 14 % отмечают прием снотворных. На сонливость жалуются 37 % участников исследования. При этом выявлены значительные гендерные различия – все жалобы встречаются чаще у женщин, чем у мужчин, среди них трудности засыпания – у 63 % женщин по сравнению с 49 % у мужчин ($\chi^2=469$; $p<0,001$), трудности поддержания сна – у 59 % и 41 % ($\chi^2=709$; $p<0,001$), сонливость – у 59 % и 33 % ($\chi^2=103$; $p<0,001$) соответственно. Прием снотворных отмечают 18 % женщин и 8 % мужчин ($\chi^2=390$; $p<0,001$). В зависимости от частоты жалоб на нарушения сна все обследуемые были разделены на группы с нечастыми и частыми (более 3 раз в неделю) жалобами на нарушения сна, которые соответствуют симптомам инсомнии в соответствии с международной классификацией нарушений сна III пересмотра. Клинически

значимые – частые (≥ 3 раз в неделю) – трудности засыпания отметили 17,2 %, трудности поддержания сна – 13,6 %; сонливость – 6,3 %, прием снотворных – 2,9 % респондентов. При оценке гендерных различий выявлено, что все варианты частых жалоб на нарушения сна женщины отмечают почти в 2 раза чаще, чем мужчины: трудности засыпания – 20,2 % и 12,4 % ($\chi^2=468,552$, $p<0,001$), трудности поддержания сна – 16,6 % и 8,6 % ($\chi^2=708,539$, $p<0,001$), сонливость – 7,0 % и 5,1 % ($\chi^2=103,119$, $p<0,001$), прием снотворных – 3,7 % и 1,5 % женщин и мужчин соответственно ($\chi^2=390,148$, $p<0,001$). Выявлено увеличение встречаемости жалоб на трудности засыпания и поддержания сна с возрастом – от 11,4 % и 5,9 % в младшей до 24,2 % и 20,7 % в старшей возрастной группе соответственно. Соотношение лиц, часто принимающих снотворные, к респондентам, жалующимся на трудности засыпания, составляет около 1:5. Частый прием снотворных достаточно редко отмечается в младших возрастных группах (25-44 лет), составляя 1,5 %, в то время как в группе лиц 55-64 лет прием снотворных отмечают до 4,8 % опрошенных. Значимые различия были выявлены для частых жалоб на трудности засыпания ($\chi^2=382,794$, $p<0,001$), поддержания сна ($\chi^2=571,148$, $p<0,001$) и приема снотворных ($\chi^2=141,922$, $p<0,001$). Сонливость во всех возрастных группах встречалась в 6,1-6,5 % без значимых различий ($\chi^2=0,920$, $p=0,820$). При оценке результатов множественного регрессионного анализа, демографические показатели были ассоциированы с наличием клинически значимых нарушений сна. Так, возраст сопряжен с повышением относительного риска (ОР) частых жалоб на трудности засыпания и поддержания сна, а также с повышением ОР приема снотворных препаратов. Пол также ассоциирован с частотой жалоб на нарушения сна: у женщин значительно выше риск в отношении всех жалоб, в большей степени для ночных пробуждений, трудностей засыпания и сонливости. Полученные нами данные соотносятся с результатами других исследователей: увеличение частоты инсомнии у женщин по сравнению с мужчинами. Общими особенностями женщин, приводящими к таким различиям, исследователи называют низкую самооценку и большое количество социальных обязанностей. С возрастом также чаще выявляется инсомния – в связи с возрастными изменениями циркадианной системы и появлением сопутствующих заболеваний влияющих на качество сна.

Заключение. Основные симптомы инсомнии – трудности засыпания и поддержания сна женщины отмечают почти в два раза чаще, чем мужчины. Частота основных жалоб на нарушения сна увеличивается с возрастом.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА В СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Брюхин А.Е., Овчинникова О.Н.

Москва

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Введение. Расстройства пищевого поведения (РПП) – психогенно обусловленный поведенческий синдром, связанный с нарушениями в приёме пищи, представляющий собой широкий спектр состояний от ограничительного поведения до переизбытка. Выделяется несколько видов расстройств приема пищи: нервная анорексия (НА), атипичная нервная анорексия, нервная булимия (НБ), атипичная нервная булимия, компульсивное переизбытие (КП) и др. Диагностическая оценка патологии данного спектра включает анализ текущих обстоятельств жизни пациента, выявление специфических симптомов. В качестве инструмента скрининговой диагностики целесообразно использование специализированных опросников. Однако, в нашей стране отмечается нехватка русскоязычных адаптированных опросников, направленных на выявление групп риска, определение степени выраженности РПП. С учетом того, что кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН длительное время занимается изучением расстройств пищевого поведения, возник научный интерес в проведении исследования с использованием специализированного опросника «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения», как инструмента скрининговой диагностики расстройств пищевого поведения.

Цель. Изучить удобство и целесообразность применения опросника «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» для выявления групп риска, дифференциальной диагностики РПП в условиях клинической практики.

Материалы и методы. Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» предназначен для определения особенностей течения болезни у конкретного индивида, изучения тенденций пищевого поведения, для дифференциальной диагностики расстройств НА, НБ, компульсивное переедание(КП), а также позволяет выявить тенденции к нарушениям пищевого поведения, которые впоследствии могут трансформироваться в более тяжелую патологию. Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» разработан сотрудниками Алтайского государственного университета (Барнаул), медицинскими психологами Сагалаковой О.А. (к.п.н.) и Киселевой М.Л. Он состоит из 103 вопросов, распределенных на 7 шкал: контроль над употреблением пищи; избегание объективного оценивания веса, в сочетании с приступами переедания; склонность к булимии; ограничительное пищевое поведение, как средство достижения мотива аффилиации; эмоцогенное пищевое поведение; самофокусировка внимания на несовершенствах своего тела; склонность к анорексии. Также, полученные результаты отражают степень выраженности расстройства.

Результаты. С помощью опросника «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» было обследовано 54 человека, из которых 42 – студенты медицинского ВУЗа в возрасте 19-20 лет, а 12 – пациенты, у которых клинически выявлены симптомы РПП, возрастом 17-24 лет. В результате, из 42 студентов, у 24 выявлена склонность к РПП разной степени выраженности: от наиболее легких проявлений (промежуточные уровни по шкалам эмоцогенное пищевое поведение – 2 студента, контроль веса в определенных ситуациях – 12 студентов, избегание объективного оценивания собственного веса – 2 студента) до выраженной предрасположенности к РПП (промежуточные показатели по шкалам склонность к НБ, НА– 8 студентов). У пациентов по результатам опросника выявляется более высокая интенсивность переживаний относительно пищевого поведения: у 10 отмечаются промежуточные и максимальные показатели по всем шкалам, у 2 – максимальные показатели по всем шкалам, что подтверждает наличие выраженных расстройств пищевого поведения в виде нервной булимии или анорексии, выявленных клиническим путем.

Выводы. По результатам исследования, опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» позволяет выявить тенденции к РПП, а также благодаря делению на шкалы, позволяет выявить особенности пищевого поведения (психологические характеристики и поведенческие стереотипы), их степень выраженности, дифференцировать диагнозы НА, НБ, КП, тем самым обеспечивая клинициста диагностически важной информацией. Данный опросник является объемным по содержанию, в связи, с чем требуется 10-20 минут для его заполнения, но при этом прост для понимания и восприятия. Использование данной психометрической методики позволяет в большей мере уточнить и объективизировать информацию, касающуюся симптоматики нарушения пищевого поведения, а также позволяет проследить динамику течения болезни.

ТИПОЛОГИЯ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И НЕРВНОЙ БУЛИМИИ

Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В., Линева Т.Ю.

Москва

Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Введение. Нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ) являются типичной патологией пубертатного и юношеского возраста, развиваются преимущественно у девочек-подростков, молодых девушек и значительно реже (соотношение 9:1) у мальчиков и юношей. Аффективные расстройства играют особую роль в возникновении, динамике и клиническом оформлении НА и НБ. Эмоциональные нарушения при этих заболеваниях многообразны как по психопатологическим особенностям, так и по выраженности и проявляются разнообразными депрессивными и дисфорическими расстройствами, реже гипоманиакальными. При синдромах НА и НБ эндогенной этиологии, наряду с вышеуказанными расстройствами большую роль в клинике и динамике болезни имеют дефицитарные нарушения в виде эмоциональной уплощенности, монотонности, холодности, неадекватности эмоционального реагирования.

Цель исследования: выявить особенности клиники и динамики аффективных расстройств при НА и НБ, определить их роль в этиопатогенезе нарушений пищевого поведения.

Материалы и методы: комплексно обследовано 107 пациенток подросткового и юношеского возраста с НА и НБ пограничной и эндогенной этиологии; использовался клинико-психопатологический метод, психометрические шкалы депрессии MADRS и HAM-D; шкала раннего маниакального синдрома Янга; госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; опросник тревоги и депрессии Бека; опросник Бехтеревского института ЛОБИ.

Результаты и обсуждение. Депрессивная симптоматика была выявлена у всех больных НА и НБ. Для депрессивных состояний невротического уровня, которые отмечались в подавляющем большинстве случаев, характерными являлись следующие общие психопатологические признаки: доминирование в структуре депрессивной триады аффективного компонента; незначительная или умеренная выраженность идеаторного и моторного компонентов; нозологические особенности клинических проявлений и динамики аффективных расстройств; тесная связь депрессивных переживаний с навязчивыми, либо сверхценными, реже-бредовыми дисморфоманическими идеями. Можно было выделить тревожные, тоскливые и апатические варианты депрессий. У большей части больных наблюдались депрессивные состояния с доминированием аффекта тревоги с чувством внутреннего беспокойства, тревожным опасением прибавки веса, нарушения диеты, страхом перед едой. Тревожная депрессия при НБ достигала степени ажитированной. При доминировании тоскливого аффекта настроение больных характеризовалось подавленностью, угнетенностью. В идеаторном компоненте триады отмечалось некоторое замедление ассоциаций. Моторная заторможенность проявлялась некоторой замедленностью движений. У пациенток с апатической депрессией, которая наблюдалась при НА как правило на стадии кахексии, преобладало эмоциональное состояние с безразличием, равнодушием, отсутствием побуждений, субъективным ощущением вялости, разбитости, что сочеталось с выраженностью и глубиной торможения в идеаторной и моторной сферах и проявлялось обеднением и замедлением речевой продукции, замедленностью движений. Депрессивные состояния с доминированием тревожного аффекта были более характерны для больных НБ. Возникновению булимического приступа чаще предшествовало появление и в дальнейшем нарастание внутреннего напряжения, эмоционального дискомфорта, нередко с угрюмо-раздражительным оттенком. После окончания приступа вслед за кратковременным периодом эйфории в процессе переедания и вызывания искусственных рвот, наблюдался сравнительно недолгий период тоскливого аффекта с переживанием чувства вины, раскаяния, иногда с наличием суицидальных мыслей и тенденций. Депрессивные переживания отмечались не только во время булимических эпизодов, но и в межприступном периоде и характеризовались преобладанием тревожных или навязчивых опасений переедания, возможной прибавки массы тела. У больных с типичной НА чаще наблюдались депрессии с преобладанием тоскливого аффекта. Выраженность депрессии зависела от степени коррекции веса. Незначительные колебания массы тела вызывали усиление депрессии с наличием идей самообвинения в безволии, неспособности добиться поставленной цели. В динамике НА прослеживалось изменение глубины депрессии. На инициальном этапе болезни в 80 % наблюдений депрессивные расстройства в целом отличались большой глубиной и на более отдаленных этапах были тесно связаны со степенью эффективности проводимой больными коррекции фигуры. На втором этапе имела аффективная неустойчивость с периодами резкого снижения настроения после прибавки массы тела. К психотравмирующим факторам, обуславливающим выраженность депрессивных расстройств, относились: эффективность коррекции массы тела; способность преодоления сильного чувства голода; возможность скрыть патологическое пищевое поведение; оценка степени похудения сверстниками. Сложные внутрисемейные отношения, обусловленные неправильным пищевым поведением больных, также становились психотравмирующим фактором, вызывающим патологические аффективные реакции. Нарастали эксплозивность, эгоизм, чрезмерная требовательность больных. На этапе кахексии ведущее место занимал астенический синдром с преобладанием адинамии, при этом явления дисморфомании теряли прежнюю аффективную насыщенность, отмечалась определенная нивелировка эмоциональных нарушений. На этапе редукции НА при незначительной прибавке массы тела актуализировалась дисморфомания, нарастала депрессивная симптоматика. До периода стабилизации сомато-эндокринного и психического состояния отмечалась неустойчивость настроения с тревожностью, эксплозивностью. В этот период усиление аффективной патологии могло обуславливать возникновение рецидивов аноректической и булимической симптоматики. В отличие от типичной динамики НА и НБ в 20 % наблюдений депрессивный синдром развивался задолго до манифестации аноректической и булимической симптоматики и дисморфоманические расстройства в дальнейшем становились его составной частью. Достаточно выраженные аффективные колебания, сниженный фон

настроения с падением работоспособности, уменьшением психической активности определяли как инициальный период заболеваний, так и имели ведущую роль в дальнейшей динамике депрессивного синдрома. При НА и НБ в рамках пограничной психической патологии, нозологическая специфичность аффективных расстройств проявлялась преобладанием депрессии с доминированием тревожного аффекта, при этом тревожные опасения отличались конкретностью и были тесно спаяны с дисморфоманическими переживаниями. Значительный удельный вес в структуре депрессии занимали астенические расстройства с раздражительностью, психической истощаемостью, эмоциональной лабильностью. Депрессивные состояния у этой группы больных имели преимущественно психогенное происхождение, являясь клиническим проявлением личностных реакций, связанных с неудовлетворенностью результатами коррекции фигуры и психотравмирующей ситуацией, обусловленной противодействием окружающих стремлению к похудению. При синдромах НА и НБ эндогенной этиологии чаще наблюдались депрессивные состояния с доминированием тоскливого аффекта с тенденцией к его витализации по мере углубления депрессии. Типичными проявлениями депрессии являлись суточные колебания настроения с периодами инверсии аффекта и наличием значительно выраженной депрессивной деперсонализации и анестетических явлений. Большой удельный вес в депрессии занимали идеи собственной малоценности, не касавшиеся дисморфоманических переживаний. При шизотипическом расстройстве с синдромом НА и НБ постепенно нарастали изменения личности в виде замкнутости, малой общительности, утраты прежних интересов, эмоциональной холодности, снижении продуктивности, диссоциации поведения.

Заключение. Таким образом проведенное исследование выявило тот факт, что при НА и НБ аффективные расстройства достаточно разнообразны, зависят от нозологической природы нарушений пищевого поведения, являются по сути облигатной патологией в клинической картине заболеваний и имеют важное диагностическое и прогностическое значение.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА

Бурина Е.А.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Введение. Фетальный алкогольный синдром (ФАС) является необратимым заболеванием, которое остается с человеком на всю жизнь. Единственным способом предотвращения нарушений фетоалкогольного спектра является полный отказ женщины от употребления алкоголя во время беременности. В связи с этим разработка программ, направленных на профилактику ФАС, является актуальной и значимой медико-социальной задачей.

Целью исследования явилось изучение психологических эффектов программы профилактики ФАС, разработанной в рамках международного проекта R01AA016234 «Профилактика фетального алкогольного синдрома и нарушений нейроразвития у детей в России».

Материалы и методы исследования. Данное исследование опирается на модель убеждений в отношении здоровья (Rosenstock I., 1974), метод мотивационного интервьюирования (Miller W., Rollnick S., 1991; Sobell L. et al, 2000), а также метод двухфокусного краткосрочного вмешательства (Balachova T., 2008).

Исследование проводилось на базе факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета. Практическими базами для сбора данных явились 10 женских консультаций, находящихся в разных районах города Санкт-Петербурга. Согласно дизайну исследования, женские консультации были рандомно разделены на 5 экспериментальных и 5 контрольных.

Респондентами выступили женщины детородного возраста (18-44 года), которые посещали одну из женских консультаций. Все женщины проходили скрининг на предмет соответствия критериям формирования выборки: отсутствие беременности на момент начала исследования, отсутствие патологии репродуктивной функции, отсутствие обращений к наркологам по вопросам употребления алкоголя, наличие как минимум одного незащищенного полового акта и употребление алкоголя в любых дозах как минимум один раз за последние 90 дней. Если женщина удовлетворяла критериям, то ей предлагали участвовать в исследовании: подписать форму информированного согласия и пройти базовое интервью.

После базового интервью все женщины получали информационные материалы (брошюра) о влиянии алкоголя на плод и ФАС, таким образом осуществлялось пассивное информирование всех респондентов. С женщинами экспериментальной группы после базового интервью дважды в период от 2-х недель до полутора месяцев специально обученным в рамках проекта врачом-гинекологом проводилось двухфокусное краткосрочное вмешательство. В контрольных женских консультациях краткосрочное вмешательство не проводилось – визитов к врачу не осуществлялось.

Далее по дизайну исследования со всеми женщинами проводились последующие интервью посредством телефонного звонка. Звонки осуществлялись через 3, 6 и 12 месяцев после прохождения базового интервью.

Математико-статистическая обработка данных включала: различные параметрические и непараметрические критерии, а также множественный регрессионный анализ.

Выборку составили 280 женщин детородного возраста (140 – экспериментальная группа и 140 – контрольная), большая часть которой – женщины с высшим образованием, состоящие в официальном или гражданском браке и не имеющие детей. Средний возраст – 26 лет.

Результаты и их обсуждение. Были изучены: социально-демографические характеристики, уровень знаний и установок, связанных с употреблением алкоголя во время беременности и влиянием алкоголя на плод, а также поведение женщин в отношении применения средств контрацепции и употребления алкоголя – то есть риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя (потенциальный риск возникновения ФАС у ребенка). Данные показатели изучались в динамике через 3, 6 и 12 месяцев после реализации профилактической программы.

Было выявлено, что большинство женщин детородного возраста (77 %) не обладает знаниями о синдроме. 89 % женщин считает, что крепкие спиртные напитки вредны для плода; при этом только 69 % женщин полагают, что во время беременности стоит полностью воздерживаться от употребления алкоголя, 28 % респондентов считают допустимым употребление алкоголя в этот период в небольших дозах. Значимо, что 23 % женщин рассматривают употребление красного вина не только допустимым, но и полезным во время беременности. При этом уровень знаний о ФАС к моменту окончания исследования возрастает в обеих группах, однако участницы исследования, прошедшие двухфокусное краткосрочное вмешательство, достоверно чаще правильно отвечают на вопросы. Двухфокусное краткосрочное вмешательство и пассивное информирование вызывают позитивные изменения установок в отношении употребления алкоголя во время беременности и влияния алкоголя на плод: статистически значимо большее число женщин обеих групп к моменту окончания исследования считали недопустимым употребление алкоголя во время беременности. Выявлен различный характер динамики установок в исследованных группах: в экспериментальной группе под влиянием краткосрочного вмешательства обнаружены значительные изменения в установках в течение первых 3-х месяцев, дальнейшие изменения носят более плавный характер; в контрольной группе изменения установок происходят плавно в течение всех 12 месяцев. В экспериментальной группе под влиянием вмешательства также происходит более явный отказ от стереотипа о пользе красного вина.

Большинство женщин характеризуется высоким уровнем употребления алкоголя: 100 % выборки хотя бы 1 раз за последние 90 дней употребляли алкоголь на уровне риска (4 и более доз за один раз); в среднем женщины употребляют 3 стандартные дозы при средней частоте употребления 1-2 раза в неделю; 70 % женщин употребляет 1-5 стандартных доз алкоголя за один раз, 28 % – 6-10 стандартных доз, 3 % женщин – 11-15 доз. Женщины, планирующие беременность, по характеру употребления алкоголя не отличаются от общей выборки. Динамика реального употребления алкоголя женщинами детородного возраста под воздействием двухфокусного краткосрочного вмешательства и пассивного информирования свидетельствует о достоверном уменьшении частоты употребления алкоголя; при этом женщины, прошедшие краткосрочное вмешательство, значительно быстрее снизили уровень употребления алкоголя.

Двухфокусное краткосрочное вмешательство оказывает влияние на риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя: изначально 100 % женщин входили в группу риска; спустя 3 месяца после краткосрочного вмешательства обнаруживаются достоверные различия между экспериментальной и контрольной группами – в группу риска попадают 47 % женщин экспериментальной выборки и 62 % контрольной; спустя 6 месяцев различия обнаруживаются на уровне статистической тенденции (45 % и 55 % соответственно), а спустя 12 месяцев достоверных различий не выявлено (46 % и 49 % соответственно), что свидетельствует о более быстром эффекте, достигаемом при применении метода краткосрочного вмешательства.

Выявлено, что риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, связан с рядом социально-демографических характеристик: неработающие женщины с высшим или средним профессиональным образованием, незамужние или состоящие в разводе достоверно чаще входят в группу риска.

Заключение. Было выявлено, что основным фактором, оказывающим влияние на формирование установок к отказу от употребления алкоголя во время беременности и снижение уровня реального употребления алкоголя, является информированность о влиянии алкоголя на плод и здоровье женщины, что определяет основное содержание профилактической программы: информирование и краткосрочное вмешательство, мотивирующее к изменению установок и поведения.

На основании полученных результатов можно рекомендовать к использованию в практике работы врачей акушеров-гинекологов, клинических психологов, социальных работников и других специалистов комплекс профилактических мер как апробированная и подтвердившая свою эффективность программа профилактики ФАС.

УПРАВЛЕНИЕ СИНДРОМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И ЗУДА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХПН) И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ (ХГ)

Ванчакова Н.П., Шестакова Н.Н., Смирнов А.В.

Санкт-Петербург

ФГОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Введение. У пациентов с ХПН и ХГ часто наблюдаются синдромы хронической боли (ХБ) и зуда (ХЗ). Наиболее тяжело их переносят женщины.

Цель исследования: изучение эффективности карбамазепина и миансерина для управления ХБ и ХЗ у пациенток с ХПН и ХГ.

Группы исследованных: 21 женщина с ХПН и ХГ, возраст $38,2 \pm 2,2$ лет, длительность гемодиализа $45,2 \pm 17,6$ месяцев.

Методы. Шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, визуальная шкала боли (VAS), шкала зуда (SCORAD-индекс). За 7 дней до начала исследования исключались анальгетики, антигистаминные, и психотропные препараты. Средне суточные дозы: миансерин -30 мг, карбамазепин-200 мг. Состояние оценивалось до начала терапии и через 4 недели. Миансерин получали 11, карбамазепин 10 пациенток.

Результаты. ХБ включал хроническую и острую костно-мышечные боли. ХБ занимали 15 % всей площади тела. Длительность ХБ колебалась от 2-3 до 20 ч. в сутки. У 70 % больных имелись нарушения сна. ХЗ часто был генерализованным. Площадь ХЗ 30-60 % площади тела. Время без ХЗ было от 2-3 до 8-10 ч. в сутки. Расстройства сна и атаки на кожу были у 47 %. До начала лечения выраженность ХБ у пациенток, получавших миансерин $4,8 \pm 0,3$, ХЗ – $12,7 \pm 7$ у.б., депрессия $19,25 \pm 2,3$, тревоги – $16,2 \pm 3$ у. б. У пациенток, получавших карбамазепин ХБ – $4,8 \pm 1,4$, ХЗ – $15,5 \pm 1$ у. б., депрессия – $18 \pm 1,5$, тревога – $15 \pm 0,87$ у.б. После 4-х недель терапии на фоне миансерина ХБ – $2,44 \pm 0,6$, ХЗ – $12,7 \pm 7$, депрессия – $6,9 \pm 1,7$, тревога – $7,33 \pm 1,85$. У пациенток принимавших карбамазепин ХБ – $1,8 \pm 1,4$, ХЗ- $8,41 \pm 2,3$, депрессия – $14,1 \pm 1,5$, тревога – $10,5 \pm 2,87$.

Заключение. Миансерин и карбамазепин управляли ХБ и ХЗ у пациенток с ХПН и ХГ. Карбамазепин был менее эффективен для коррекции депрессии и тревоги

НАРУШЕНИЯ СНА У ЖЕНЩИН С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Васильева А.В., Караваева Т.А., Моргачева Т.В.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»

Нарушения сна при тревожных расстройствах невротического уровня особенно часто встречаются у лиц женского пола, что связано с широкой распространенностью различного вида внутриличностных конфликтов у данной категории населения. Клиническую картину отягощает наличие таких факторов,

как сопутствующая соматическая патология, естественные гормональные изменения в течении жизненного цикла, повышенный уровень стресса современной жизни, работа со сменой часовых поясов, суточными или ночными сменами.

На базе отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Национального медицинского исследовательского центра им. В.М. Бехтерева проводилось исследование пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня, имеющих диссомнические нарушения, находящихся на стационарном лечении. Одной из задач этого исследования было феноменологическое описание особенностей диссомнических нарушений, характерных для пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня, и соотнесение их с различными типами внутриличностного конфликта.

В качестве методов исследования применялись клинический, экспериментально-психологический, полисомнографический методы.

Всего было скринировано 110 пациентов с верифицированным диагнозом, относящимся к группе тревожных расстройств невротического уровня с инсомнией, согласно критериям МКБ-10 (F40.0; F40.1; F41.0; F41.1; F48.0). После оценки критериев включения и исключения в группу исследования вошло 98 человек (6 пациентов имели индекс апноэ/гипопное АН1 более 5, у 4 – зарегистрирована пароксизмальная ночная активность, у 2 отмечалась псевдоинсомния), из них 39 мужчин (39,7 %) и 59 женщин (60,3 %).

Выявленные нарушения сна у женщин можно условно разделить на три группы: пресомнические, интрасомнические и постсомнические. Первая группа включает в себя трудности засыпания на фоне тревожных мыслей, воспроизведения актуальных личностных переживаний, навязчивых страхов, связанных с возможным ухудшением состояния в ночное время. Интрасомнические нарушения были представлены частыми пробуждениями, чутким, поверхностным сном, кошмарными сновидениями, постсомнические – трудностями пробуждения, отсутствием чувства отдыха, бодрости по утрам. У части пациенток наблюдались одновременно несколько видов нарушений сна.

В ходе исследования установлено, что клиническая картина диссомнического синдрома достоверно связана с преобладающим типом невротического конфликта.

Нарушения сна у пациенток с психастеническим синдромом характеризовались неспецифическим ухудшением качества сна, при ипохондрическом варианте (фиксации на состоянии) пациенты были озабочены всеми физиологическими процессами, протекающими в организме в том числе и сном, могли приобретать специальные устройства, позволяющие фиксировать общую длительность сна и характеристику его отдельных фаз, увлеченно изучать суточные различия.

При неврастеническом внутриличностном конфликте ведущим нарушением были трудности засыпания, которому препятствовали тревожные мысли, связанные с опасениями не выполнить предъявляемые к себе требования из-за дефицита сна. Для данной категории больных динамика характерно улучшение качества сна в ночь с пятницы на субботу, пресомнические нарушения усиливались в воскресенье вечером перед началом рабочей недели. Часто встречалась парадоксальная сомнезия, когда сонливость рассеивается при попытке уснуть. Сон становился поверхностным, прерывистым с тревожными сновидениями, отражающими беспокойство по поводу работы, без чувства отдыха по утрам. Повышенная сонливость в дневное время заставляла этих пациентов ложиться спать в середине дня, что еще больше нарушало циркадный ритм.

При истерических внутриличностных конфликтах и характерных особенностях у пациентов пресомнические нарушения были связаны либо со страхом отхода ко сну из-за существующих интерперсональных конфликтов и сексуальной дисгармонии в партнерских отношениях, либо у части пациентов имеется страх засыпания из-за того, что достижение релаксации субъективно переживалось как утрата собственного Я и приравнивалось к смерти. Часто отмечались интрасомнические нарушения, сопровождающиеся выраженными сенестопатическими, фобическими, вегето-соматическими проявлениями, пробуждения сопровождаются приступами паники, с их последующей фобической переработкой. Вегетативная лабильность, являющаяся биологической особенностью этих пациентов, могла усугублять диссомнические нарушения. Важным симптомом являлся поверхностный, грезоподобный сон с отсутствием «чувства сна» и свежести при пробуждении. Данная категория пациентов склонна аггравировать имеющиеся диссомнические нарушения с целью поиска сочувствия или манипуляции поведением близких.

Пациенты, соответствующие критериям включения и исключения, методом простой рандомизации были разделены на 2 группы по 49 человек в каждой. По социо-демографическим показателям, клиническим показателям обе группы не имели существенных отличий и были сопоставимы.

Пациентам первой группы (группа 1) – 49 человек, проводилась когнитивно-поведенческая психотерапия, которая включала 15 индивидуальных психотерапевтических встреч (с частотой 3 раза в неделю, время – 50 минут). Длительность программы – 5 недель. Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для тревожных расстройств невротического уровня с инсомнией являлись: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; когнитивное избегание, свехобобщение, касающееся суточных норм сна, нереалистичные представления, о факторах влияющих на сон (к примеру, катастрофические представления о потребности в суточном сне, что после бессонной ночи необходимо больше спать nasledующий день или о пользе дневного сна).

Пациентам второй группы (группа 2) – 49 человек, проводилась личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия Карвасарского, Исуриной, Ташлыкова (ЛОРП), которая представляет собой развитие учения В.Н. Мясищева о системе отношений, патогенетическом понимании невротических расстройств и глубинной психотерапии.

ЛОРП проводилась в индивидуальной форме 3 раза в неделю в течение 5 недель, всего 15 занятий по 50 минут каждое, направленных на восстановление нарушенной системы отношений больного через изучение специфики личностных расстройств у него, анализ и осознание особенностей формирования системы отношений пациента, патогенной ситуации и невротического конфликта. Сбалансированное использование механизмов лечебного воздействия (конфронтации, эмоционально-корректирующего опыта и научения) позволяет изменять нарушенные отношения больного, учитывая три плоскости ожидаемых изменений (в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах), а не только воздействовать на симптоматику или иррациональные установки.

После проведения психотерапевтических мероприятий в обеих группах отмечалась положительная динамика показателей, отражающих качество и продолжительность сна, что говорит о ведущей роли психологических факторов в появлении и развитии диссомнического синдрома. Более выраженная редукция психопатологической симптоматики ($p < 0,05$) отмечена в группе больных, проходивших курс ЛОРП по сравнению с пациентами, проходившим когнитивно-поведенческую психотерапию. Наиболее значимые расхождения наблюдались по шкалам, отражающим основные клинико-психопатологические нарушения у пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня: «Депрессивность», «Тревожность», «Фобии», что достигается за счет патогенетической направленности терапевтического воздействия, включающего когнитивную, эмоциональную, поведенческую сферы, разрешающего внутриличностные конфликты, лежащие в основе формирования невротических нарушений.

РЕСТРИКТИВНОЕ ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ У ЖЕНЩИН. ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Васильева А.В.^{1,2}, Караваева Т.А.², Отрощенко О.Н.³, Фомичева М.В.²

Санкт-Петербург

¹ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России ²ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

³ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» УДП РФ

Расстройства пищевого поведения преобладают именно в женской популяции и в значительной степени определяют психическое здоровье женщин. В 21 веке, когда практически во всех странах исчезли внешние регуляторы доступности пищи, разумные самоограничения в еде относятся к поведению зрелой гармоничной личности. Однако чрезмерные, искаженные средствами массовой информации требования к внешнему виду женщин приводят к формированию крайних форм рестриктивного пищевого поведения – нервной анорексии. Данное расстройство чаще встречается у женщин – в 95 % случаев, в возрасте от 12 до 30 лет, то есть в особо значимый для репродуктивной функции период.

Патогенез нервной анорексии, включающий нейроэндокринно-метаболические нарушения, психические расстройства и нарушения питания продолжает активно изучаться. Важным эндокринным звеном является дисфункция гипоталамо-гипофизарно-овариальной оси, которая приводит к развитию аменореи – одному из значимых симптомов нервной анорексии, определяющих степень ее тяжести. Подробный

механизм развития аменореи еще до конца не изучен, но известно, что торможение секреции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) приводит к резкому снижению плазматических уровней гонадотропинов гипофиза – лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов и, как следствие этого снижению уровня эстрогенов в организме женщины. Кроме того отмечается ослабление и замедление, секреции ЛГ и ФСГ в ответ на введение гонадотропин-рилизинг-гормона. При становлении ремиссии анорексии по мере увеличения массы тела реакция гонадотропинов на введение ГнРГ постепенно восстанавливается. В суточном ритме секреции ЛГ также наблюдаются изменения – уменьшается частота и сила импульсов его выброса, уровень концентрации ФСГ преобладает над уровнем ЛГ – что при нормальном развитии характерно для препубертатной стадии.

Нарушения в функционировании гипоталамо-гипофизарно-овариальной оси зависят от степени дефицита массы тела, стадии болезни, но в целом характеризуются регрессом до препубертатного состояния, что в литературе рассматривается как нормальная защитная реакция организма в условиях пищевого дефицита и психических нагрузок, которая в условиях длительно текущего психического расстройства может принимать затяжной характер и негативно сказываться не только на психическом, но и на репродуктивном здоровье женщины.

В условиях становления ремиссии нервной анорексии, при нормализации пищевого поведения менархе восстанавливается при достижении массы тела в среднем 47,8 кг и при отношении массы жировой ткани к общей массе тела 17 %. Однако для поддержания нормального менструального цикла этот показатель должен составлять 22 %.

Если содержание жировой ткани в организме женщины меньше, то активность процессов экстрагонадной ароматизации андрогенов в эстрогены снижается, что также является условиями для нарушений в системе «гипоталамус – гипофиз – яичники». Если заболевание возникло в период раннего пубертата развивается первичная аменорея. В случае длительного течения анорексии снижение массы тела ниже «критической» при выраженном рестриктивном пищевом поведении у женщин репродуктивного возраста неизбежно ведет к развитию вторичного гипогонадизма, гипоплазии матки и бесплодию. Одновременно с этим гипогонадизм и гипоэстрогения обуславливают высокий риск развития таких соматических нарушений как остеопения и остеопороз.

Таким образом нервную анорексию необходимо рассматривать как значимую мультидисциплинарную проблему в изучении которой необходимо тесное взаимодействие психиатров, эндокринологов и гинекологов. В практической плоскости целесообразна разработка психообразовательных программ информирующих пациенток о последствиях рестриктивного пищевого поведения и психотерапевтических интервенций направленных на коррекцию собственного женского образа и системы ценностных ориентаций, связанных с материнством.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО)

Гарданова Ж.Р., Ильгов В.И., Есаулов В.И., Гарданов А.К.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Введение. В настоящее время проблема лечения бесплодия приобрело не только медицинское, социально-демографическое, но и экономическое значение. Классический метод ЭКО стал основой для развития целого ряда подходов, которые в настоящее время объединены общим термином – «вспомогательные репродуктивные технологии» (ВРТ). Современный уровень развития вспомогательных репродуктивных технологий является залогом эффективного комплексного применения в лечении бесплодного брака. Бесплодный брак приводит к тяжелой моральной травме и самих супругов, и их родственников, не только вызывает серьезную личностную, семейную и социальную дезадаптацию, но и способствует развитию различных тревожных психических расстройств. Бесплодие женщин относится к тем состояниям, которое существенно влияет на психоэмоциональный статус, вызывая состояние хронического стресса. Ухудшается качество жизни бесплодных женщин, формируется состояние одержимости, доминирования мыслей о несостоятельности в репродуктивной сфере. Состояние тревоги и депрессии усиливаются

идеями самообвинения. Подобные состояние не изучены у женщин старшего репродуктивного возраста. Цель исследования: изучить структуру тревожных расстройств у женщин старшей репродуктивной группы в программе экстракорпорального оплодотворения.

Материал и методы исследования. Характеристика выборки. 50 женщин старшего репродуктивного возраста (37-52 года) и контрольная группа (n=50) женщин с бесплодием 25-35 лет, которые проходят лечение в отделении репродукции в программе ЭКО в Национальном медицинском исследовательском центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения РФ.

Методики исследования. Торонтская шкала алекситимии, методика шкала депрессии Бека, опросник SF-36, личностный опросник Шмишека, методика субъективной оценки личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты исследования. В результате нашего исследования выявлены следующие значимые корреляции между группой женщин старшего репродуктивного возраста в программе ЭКО (группа 1) и группой женщин с бесплодием с трубно-перитонеальным фактором бесплодия 25-35 лет (группа 2). Мы выявили, по результатам методики Торонтская шкала алекситимии, что женщины старшей репродуктивной группы значительно чаще оказываются в группе риска алекситимии, в отличие от женщин второй группы ($U_{эмп} = 23,5$; $p \leq 0,01$). На основе личностного опросника Шмишека в группе женщин 25-35 лет большую часть составляли женщины гипертимные. в то время как женщины старшего репродуктивного возраста более экзальтированные. Показатели депрессии по данным методики шкалы депрессии Бека у женщин 1 группы выше (легкие и средний уровень выраженности депрессии), чем у женщин второй группы ($U_{эмп} = 129,5$; $p \leq 0,01$). Результаты по опроснику SF-36 выявили, что показатели здоровья, такие как физическое функционирование, ролевое функционирование, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование и психическое здоровье у женщин второй группы выше, чем у женщин в программе ЭКО. На основе шкалы тревожности Спилбергера-Ханина- ситуационная тревожность у женщин старшей возрастной группы в программе ЭКО статистически значительно выше ($U_{эмп} = 188$; $p \leq 0,01$), чем у женщин 25-35 лет. Изучение личностной тревожности не показало статистически значимых различий.

Обсуждение. Результаты проведенного исследования позволили оценить степень выраженности тревожных расстройств у женщин старшей репродуктивной группы в программе экстракорпорального оплодотворения и своевременно выявленные тревожные расстройства позволили провести психокоррекционную работу на этапе предварительной подготовки женщины перед программой ЭКО. Наличие тревожности и депрессии легкой степени на этапе подготовки к лечению являются показанием для психотерапевтического воздействия, а перенос эмбриона в полость матки целесообразнее проводить после снижения уровня выраженности тревоги при совместном обсуждении с гинекологами.

Выводы. В ходе проведенного исследования нам удалось выявить, что у женщин старшего репродуктивного возраста в программе ЭКО чаще развиваются депрессивные состояния, в том числе легкая и средняя депрессия. Ввиду реакции на сложившуюся ситуацию бесплодия у них значительно выше ситуационная тревожность. Также у этих женщин значительно чаще возникают трудности определения собственных эмоций. Большинство женщин старшего репродуктивного возраста в программе ЭКО имеют склонность к экзальтированности.

МАТЕРИНСТВО И НАРКОЗАВИСИМОСТЬ: РЕСУРСЫ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Городнова М.Ю.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

Продолжая изучение лечебной среды наркологического стационара, мы обратились к проблеме материнства – наиболее эмоционально острой и социально значимой среди множества проблем связанных с потреблением психоактивных веществ. При оказание полипрофессиональной помощи наркозависимым женщинам необходимо учитывать их семейный и родительский статус. Многие реабилитационные

направления рассматривают ребенка как важный ресурс в становлении трезвости матери, а беременность как возможность изменения болезненного поведения. Понимание родительства, как важной составляющей личности матери, определяет одно из направлений реабилитационной работы в поле отношений наркологического стационара.

Именно поле отношений определяет возможность как позитивных, так и негативных изменений участников лечебной среды. Для позитивных изменений необходимы ряд условий: субъект-субъектные отношения, доверие, эмпатия, принятие, что создает ощущение защищенности и возможность экспериментировать с новым поведением. По данным нашего диссертационного исследования среда наркологического стационара отличается низкой эмпатической насыщенностью, низким уровнем доверия и преобладанием объект-объектных отношений. Нами сделано еще одно эмпирическое наблюдение с помощью короткого анкетирования сотрудников наркологического отделения (35 человек). При ответе на вопрос «Какие переживания Вы испытываете при поступлении в отделение наркозависимой женщины?» преобладающее число респондентов (32 чел.) отметили негативные переживания (злость, раздражение, разочарование), при ответе на подобный вопрос в отношении наркозависимых мужчин число негативных эмоциональных ответов значительно меньше: 14 респондентов испытывают эмоции агрессивного спектра, а 21 респондент отметили сопереживание, сожаление, грусть. Таким образом, можно сказать, что среда наркологического стационара более агрессивна в отношении наркозависимой женщины, особенно, если она является матерью.

Цель исследования явился: медико-социальный статус наркозависимых матерей и их стиль семейного воспитания.

В исследовании приняли участие 40 человек: 20 пациенток наркологического стационара, страдающих опиоидной зависимостью, и 20 наркозависимых матерей участниц благотворительного проекта «Семейный клуб» (все женщины имели в анамнезе потребление опиоидов). Данные анонимного анкетирования 20 матерей, пациенток наркологического стационара, показали, что при среднем возрасте 31,3 года стаж потребления инъекционных наркотиков составил 10,5 лет, из них ремиссия – 4,3 года (лишь 4 пациентки имели опыт реабилитации). В браке состояли 7 пациенток (35 %), 3 (15 %) в разводе, 10 (50 %) одинокие. В 50 % случаев отец ребенка наркозависимый, в 30 % не потреблял наркотики, и в 20 % матери не знают о наркостатусе отца. Планируемую беременность отметили 50 % матерей. Во время беременности 4 (20 %) пациентки продолжали употребление, 16 (80 %) прекратили. Средний срок ремиссии, связанный с беременностью и родами, составил 1,4 года. Лишь 5 (25 %) пациенток считали, что ребенок помогает им сохранять трезвость, при этом в 18 (90 %) случаях получен положительный ответ на вопрос «Я считаю, что могу быть хорошей матерью». В настоящее время ребенок воспитывался самостоятельно лишь одной пациенткой, 1 ребенок – отцом и матерью (оба наркозависимые), отцом и его родителями – 2 детей, матерью и ее родителями – 3 детей. Исключительно родителями пациентки воспитывались 14 (70 %) детей. Таким образом, принимают участие в воспитании детей лишь 5 (25 %) пациенток.

В отличие от пациенток стационара 18 участниц проекта имели полные семьи (90 %), при этом отчимы присутствовали в 50 % семей. Дискордантные пары по наркозависимости составили 25 % семей, а по ВИЧ-инфекции – 70 % семей. 45 % респонденток указали на активное участие прародителей в воспитании своих детей, в двух случаях (10 %) дети проживали с бабушками, а не в родительской семье.

Исследование стиля семейного воспитания проведено с помощью опросника Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкис «Анализ семейного воспитания (АСВ)» (2008). Пациентки оценивали как стиль своего воспитания, так и стиль воспитания себя своими матерями («Как меня воспитывали?»), отвечая на вопросы опросника от их имени. Ни одного варианта гармоничного воспитания не было выявлено! Для семейного стиля воспитания по отношению к матери оказалось характерным: низкий уровень запретов – 16, (здесь и далее указывается абсолютное число выборов), низкий уровень требований – 12, проекция на ребенка нежелаемых качеств – 12, предпочтение женских качеств – 12, гиперпротекция – 8, гипопротекция – 8, фобия утраты – 8. Стиль материнского воспитания в настоящем характеризовался: воспитательной неуверенностью – 16, предпочтением женских качеств – 12, гиперпротекцией – 8, низким уровнем запретов – 8. Таким образом, стиль воспитания своих детей женщины оценили как более гармоничный, нежели стиль воспитания их матерей по отношению к ним. Обращает на себя внимание передача патологизирующего стиля воспитания из поколения в поколение по типу потворствующей гиперпротекции, а также предпочтение женских качеств у детей, высокая степень воспитательной неуверенности наркозависимых матерей.

Анализ содержательной характеристики 40 сеансов групповой психотерапии в гетерогенной открытой группе пациентов дал следующие результаты: среди протагонистов 14 были женщины, при этом 8 ситуаций касались проблем в родительской семье, а 6 отношений с партнером. У 8 протагонисток имелись дети,

и отношения с ними всегда являлись актуальными при обсуждении проблемы. Все пациентки указывали на ресурсное значение для их выздоровления материнства, однако 4 признали, что ничего не чувствовали к детям, когда те были рядом, а порой они были обузой. В 6 ситуациях дети выступали предметом манипулирования во взаимоотношениях, при этом, с отцом ребенка в 1 случае и 5 случаях с матерью. Проблемные ситуации в родительской семье в основном касаются взаимодействия пациентки с матерью, лишь в одном случае, из 8 заявленных, актуальными были отношения с отцом. Можно предположить, что именно отношения с матерью являются ключевыми не только в дисфункциональном взаимодействии в родительской семье, но и во многом определяют отношения пациентки с ее ребенком, что напрямую влияет на стиль его воспитания и, в конечном, на становление его личности. При обсуждении проблемы воспитания собственных детей все пациентки боятся их будущей наркотизации. Лишь одна пациентка заявила, что ее собственное воспитание является примером для подражания, все остальные заявили, что не хотели бы повторять «ошибки собственных родителей»: пренебрежение интересами ребенка, «излишней строгости до определенного времени и абсолютной свободы после», грубости и физического наказания, безразличия к проблемам, «бесполезных нравоучений». В своей трезвости пациентки мечтают чаще быть с ребенком, играть и заниматься с ним, помогать в выполнении школьных предметов.

Стиль семейного воспитания участницами семейного клуба чуть менее патологизирующий. В одном случае представлен гармоничный тип воспитания. Чаще всего выявлялся низкий уровень санкций, запретов и требований (8, 6 и 4 ответа соответственно), высокий уровень запретов, предпочтение детских качеств и гиперпротекция (по 4 ответа). Высокий уровень требований, неустойчивый стиль воспитания, воспитательная неуверенность, предпочтение женских качеств отмечены в 3 ответах, 2 респондентки демонстрируют высокий уровень санкций, расширение сферы родительских чувств, фобию утраты, проекцию на ребенка нежелательных качеств. В 2 случаях имеется высокий уровень удовлетворения потребностей, а в 1 низкий уровень удовлетворения потребностей и гипопротекция, в 1 случае диагностировано предпочтение в ребенке мужских качеств и вынесение супружеского конфликта в сферу воспитания.

Таким образом, в ходе трезвости возможна коррекция стиля семейного воспитания, что необходимо учитывать при построении программ восстановительного лечения и реабилитации наркозависимых женщин. Также необходима коррекция агрессивного поля отношений лечебной среды.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИ И ЕЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ, БОЛЬНОМУ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Горячева Т.Г.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Сильным травмирующим фактором для женщины и для всей семьи является рождение ребенка с отклонениями в развитии. Это приводит к необходимости решать многие специфические проблемы. Возрастает физическая и психологическая нагрузка на ближайшее окружение малыша. На долю женщины, матери в данной ситуации приходится наибольшие трудности. Вопросами развития, воспитания, образования и лечения ребенка, преимущественно, занимается именно мать, поскольку социальная адаптация этих детей напрямую зависит от грамотного, последовательного материнского поведения.

Личностные качества матери, ее отношение к ребенку существенно влияют на формирование психологических особенностей, социальную адаптацию этих детей, создавая социальную ситуацию развития. Матери, воспитывающие ребенка с детским церебральным параличом (ДЦП) постоянно находятся в ситуации родительского стресса, который формирует у них различные внутриличностные проблемы и приводит к нарушениям и искажениям родительского отношения к своему ребенку. Это позволило нам выдвинуть следующие гипотезы:

1. Степень выраженности патологии у ребенка усиливает эмоциональное напряжение, снижает психологическую устойчивость и уровень социально-психологической адаптации их матерей, снижает уровень самопринятия у женщины.

2. Материнское отношение к больному ребенку зависит от степени выраженности у него патологии.

В нашем исследовании участвовали матери детей, посещающие «центр психодиагностики и психокоррекции», а также учеников школы-интерната для детей с ДЦП, воспитывающие детей с различными формами ДЦП. Дети также имели различную выраженность дефекта.

Матери были разделены на три группы, учитывая состояние детей.

1-я группа – матери детей, имеющих тяжелые двигательные нарушения в сочетании с умственной отсталостью и сложными речевыми дефектами, с сопутствующими соматическими пороками и заболеваниями. Эти дети, как правило, требуют постоянного медицинского сопровождения и обслуживания. Имеющиеся нарушения не позволяют им общаться с внешним миром и соответственно они не посещают детские образовательные учреждения.

2-я группа – матери детей, имеющих среднюю степень тяжести двигательных нарушений, в сочетании с задержкой психического развития или легкой умственной недостаточностью. Также эти дети имели речевые трудности и сопутствующие соматические заболевания. Дети этой группы были более самостоятельны и обладали навыками элементарного самообслуживания. Они обучаются в специализированных школах, преимущественно в надомной форме обучения.

3-я группа – матери детей с легкой двигательной недостаточностью и близким к норме интеллектуальным развитием. У некоторых детей отмечались негрубые речевые нарушения. Данная категория детей передвигается самостоятельно, хорошо контактирует с другими учащимися и педагогами, обучаются в школах по общеобразовательной программе.

Исследование показало, что имеющиеся у ребенка отклонения в развитии оказывают существенное влияние на личностные особенности матери и ее отношение к ребенку. Детский церебральный паралич является серьезным психотравмирующим фактором для матери ребенка. Для матерей детей с ДЦП характерно повышение тревожности, чувствительность к средовым влияниям; ранимость, выраженная эмоциональная лабильность, неуравновешенность эмоционального реагирования, психофизическое истощение, склонность к астенодепрессивным, ипохондрическим, истерическим реакциям. Повышенный уровень эмоциональной напряженности, выраженные невротические признаки, депрессия приводят к значительному снижению социально-психологической адаптации, снижению стрессоустойчивости. Степень тяжести заболевания у ребенка влияет на увеличение тревожности женщины, повышается ее ранимость, чувствительность, уровень ее эмоциональной напряженности. Тяжесть заболевания ребенка негативно влияет на степень удовлетворенности семейными отношениями и усиливает отрицательные переживания женщины, связанные с ее отношением к дефекту ребенка. Материнское отношение к ребенку с ДЦП можно охарактеризовать как дисгармоничное: эмоциональное отвержение ребенка может, на бессознательном уровне проявляться гиперопекой, увеличением контроля за его поведением и деятельностью, снижением адекватной нагрузки и санкций. Такая материнская позиция, преобладание негативного эмоционального фона и негативных оценок ребенка приводит к неправильным формам воспитания, и нарушениям адекватного функционирования ребенка. При более тяжелых формах ДЦП у детей, воспитательные действия матери направлены, в основном, на лечение ребенка и уход за его физическим состоянием.

Таким образом, женщины, имеющие детей с ДЦП, различной степени тяжести дефекта нуждаются в психологической поддержке, психотерапевтической помощи. При отсутствии необходимого психологического сопровождения патохарактерологические черты приобретают стойкий характер, искажая самовосприятие матери: свои чувства к ребенку и остальным членам семьи, взаимоотношения в семье, изменяет систему жизненных ценностей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА СРЕДИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Гречаная Т.Б., Корчагина Г.А.

Москва

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Исследования показали, что наличие неблагоприятного детского опыта (НДО) приводит к нейробиологическим изменениям и оказывает негативное влияние на возникновение широкого спектра психических и поведенческих расстройств, включая депрессивные и тревожные расстройства, повышает вероятность

суицидальных тенденций и злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ). Систематический обзор и мета-анализ влияния НДО на здоровье, опубликованный в 2017 г. в Lancet Public Health, подтвердил вывод о том, что лица, имеющие 4 и более категорий НДО, подвергались повышенному риску всех изученных проблем со здоровьем по сравнению с людьми без НДО. Высокими были риски для рискованного сексуального поведения, психического здоровья и проблемного употребления алкоголя (отношение шансов (ОШ) составило 3-6) и наиболее высокими – для проблемного употребления наркотиков, межличностного и направленного на себя насилия (ОШ более 7). В соответствии с предварительными результатами предыдущего исследования (Ярцева и др., 2018) распространенность НДО у женщин с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, была выше, чем у мужчин. Данное исследование направлено на дальнейшее изучение распространенности НДО среди женщин в реабилитационных программах.

Методология исследования. В исследовании приняли участие женщины с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ: 24 женщины находившихся на реабилитации в четырех реабилитационных центрах и 28 женщин, завершивших реабилитацию. Был использован скрининговый вопросник НДО, включающий 10 категорий НДО: а) насилие: эмоциональное, физическое и сексуальное; б) пренебрежение: эмоциональное и физическое; в) проблемы семьи: жестокое обращение с матерью, злоупотребление ПАВ, психическое заболевание в семье, развод родителей, член семьи отбывал наказание в тюрьме. Также рассчитывался показатель НДО, как наличие определенного числа категорий НДО.

Результаты исследования. В исследовании приняли участие 52 женщины: находящиеся на реабилитации и завершивших реабилитацию. Средний возраст – 31,7 года (стандартное отклонение (СО)=9,8).

Исследование показало высокую распространенность НДО у женщин с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ: 92,3 % имели как минимум одну из изученных категорий НДО, более половины (55,8 %) имели четыре и более категорий НДО. Средний показатель НДО составил у женщин – 4,17 (СО=2,16). Наиболее часто (у 67,3 % женщин) в семье было злоупотребление алкоголем или наркотиками. Развод родителей пережили 65,3 % женщин, эмоциональную депривацию испытали 55,8 % женщин. Дисфункции в семье, связанные с психическим заболеванием, депрессией или суицидальными тенденциями наблюдались у 32,7 % респондентов, домашнее насилие – у 28,8 %, в условиях лишения базового ухода жили 17,3 %, криминальный член семьи был в 26,9 % семей респондентов. Эмоциональное насилие в семье испытывала более половины женщин (53,8 %). Более трети женщин (38,5 %) подвергались физическому насилию, 28,8 % женщин пережили сексуальное насилие.

Обсуждение результатов. Показатели НДО в данной группе женщин являются чрезвычайно высокими, что свидетельствует о широко распространенном насилии и неблагополучии в семьях, в которых выросли женщины, употреблявшие наркотики. Необходимо учитывать последствия НДО при разработке и проведении профилактических программ, а также психотерапии в лечебных и реабилитационных программах.

Для профилактики проблем, связанных с употреблением наркотиков, чрезвычайно важной является работа с семьями для коррекции проблем и повышения защитных факторов. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства, а также вызванных НДО трудностей с эмоциональной регуляцией, диссоциацией, вниманием, концентрацией, рискованным поведением, агрессией, контролем импульсивности и образом себя, является условием предотвращения развития расстройств, связанных с употреблением ПАВ, что особенно актуально для девочек, девушек и женщин.

В «Международных стандартах лечения расстройств, связанных с употреблением наркотиков» (УНП ООН и ВОЗ, 2018) женщины выделяются как группа с особыми потребностями. В связи с высокой распространенностью НДО среди женщин, находящихся в реабилитационных центрах, гендерно-специфические подходы, могут включать психотерапию психической травмы и разработку дополнительного модуля реабилитационной программы, который будет способствовать осознанию сформировавшихся психологических защит, связанных с НДО, и проводить психотерапевтическую работу по их коррекции.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН В РАННЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Гречаный С.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

В литературе, посвященной постпартальным тревожным расстройствам, подчеркивается высокая частота их встречаемости, связь с послеродовыми аффективными (депрессивными) расстройствами, разнообразие клинических тревожных проявлений (тревожная депрессия, послеродовое паническое расстройство, послеродовое травматическое стрессовое расстройство и др.). Одним из важных практических аспектов темы является исследование и профилактика тревожных нарушений у пациенток с недоношенными детьми, в том числе имеющими врожденную патологию и получающих интенсивное лечение в перинатальных центрах.

Цель исследования – изучение динамики тревожных расстройств у женщин с преждевременными родами в сравнении с вовремя родившими в раннем и отдаленном послеродовом периоде.

Материал: 46 женщин в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $29,22 \pm 0,886$ лет), у которых роды проходили в перинатальном центре СПбГПМУ. Пациентки были разделены на 2 подгруппы: 1) с доношенными новорожденными (31 чел.) и 2) преждевременно родившие (15 чел.). Первичное обследование проводилось в первую неделю после родов. Повторно осмотрены во временном периоде 30-36 дней после родов. Обследование женщин 1 подгруппы проходило в амбулаторных условиях.

Методы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) Zigmond A. S. et al., 1983]; шкала ангедонии (SHAPS-C) [Snaith R. P. et al., 1995], эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS) [Cox J. L. et al., 1987]. Перед процедурой статистической обработки была произведена проверка данных на соответствие нормальному распределению методом оценки асимметрии и эксцесса (Наследов А. Д., 2008). Согласно методике, выборка не отличалась от нормальной, если асимметрия и эксцесс по абсолютной величине не превышают значения своих стандартных ошибок. Это дало основание применить в расчетах t-критерий Стьюдента для независимых и зависимых (парных) выборок. В других случаях использовался критерий Манна-Уитни или Вилкоксона.

Результаты: между исследуемыми подгруппами были получены различия в гестационном сроке новорожденных (1 подгруппа – $38,61 \pm 0,226$ нед, 2 подгруппа – $31,53 \pm 0,551$ нед, $t=14,2$, $p<0,0001$), длиной тела ребенка при рождении (1 подгруппа – $50,12 \pm 0,738$ см, 2 подгруппа – $43,80 \pm 1,685$ см, $t=4,06$, $p<0,01$), весом тела ребенка при рождении (1 подгруппа – $3149,35 \pm 137,805$ гр, 2 подгруппа – $2488,67 \pm 189,052$ гр, $t=2,8$, $p=0,08$). Различия в антропометрических данных новорожденных и их соматическом статусе, очевидно, были напрямую связаны с психическим состоянием матерей. Среднее значения госпитальной шкалы тревоги у них при первичном осмотре ($12,20 \pm 0,439$) соответствовало уровню клинически значимым тревожным расстройствам. Данный показатель достоверно не различался у пациенток сравниваемых подгрупп при первичном осмотре (1 подгруппа – $12,45 \pm 0,495$; 2 подгруппа – $11,67 \pm 0,887$; $t=0,835$, $p=0,408$). Несмотря на то, что при повторном осмотре у женщин в целом тревога снижалась до субклинического уровня ($8,11 \pm 0,278$; $t=8,5$, $p<0,001$), пациентки с недоношенными детьми по этому показателю положительной динамики не демонстрировали (первичное обследование – $11,67 \pm 0,887$; повторное обследование – $10,20 \pm 0,312$; $Z=1,590$, $p=0,112$).

Таким образом, психологически понятные переживания женщин за здоровье и жизнь ребенка не теряли свою актуальность в отдаленном послеродовом периоде. Значения шкалы госпитальной тревоги у пациенток с недоношенными детьми при первичном осмотре сильно коррелировали с суммарным баллом по шкале ангедонии ($s=0,700$, $p=0,004$) и значениями госпитальной шкалы депрессии ($s=0,942$, $p<0,0001$). Корреляционные взаимосвязи отмеченного показателя с суммарными значениями Эдинбургского теста послеродовой депрессии при повторном обследовании ($s=0,463$, $p=0,082$) и суммарными баллами по шкале ангедонии ($s=0,471$, $p=0,076$) были лишь на уровне тенденции. Следовательно, тревожные переживания в раннем послеродовом периоде имеют очевидную взаимосвязь с депрессией и ее клинически значимым проявлением ангедонией. Несмотря на то, что полученные данные вполне объяснимы и очевидны, в практической работе перинатальных центров оценка психического статуса матерей в раннем и отдаленном послеродовом периоде по-прежнему представляет затруднения, а психологически понятная тревожная растерянность и подавленность у женщин часто расцениваются как проявление упрямства, конфронтации и нежелания следовать рекомендациям.

ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Григорьева А.А.

Москва

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Высокий уровень аутоагрессивного среди подростков является одной из актуальных социальных и медицинских проблем. Аутоагрессивное поведение включает в себя спектр осознанных и неосознанных поведенческих реакций, сопровождающихся суицидальными или несуйцидальными намерениями (Nock K., 2017). Обследование учащихся общеобразовательных школ 11-16 лет в Москве и Московской области выявило, что мысли о самоубийстве присутствуют у 11,8 % подростков, желание убить себя – у 2 %, думают о самоубийстве, но не планируют его совершение – 8,8 % (Холмогорова А.Б., 2009, Павлова Т.С., 2013). Изучение отклоняющегося поведения младших подростков 12-15 лет Томска выявило, что 62,6 % имеют склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению, 68,1 % употребляют алкоголь, курят. Употребление наркотиков выявлено в 13,3 % случаев (Дроздецкая И.А., 2011). Зарубежные исследователи приводят данные о том, что 17,2 % подростков вовлечено в самоповреждающее поведение (Swahn S.V., et al, 2014), 14,6 % имеют суицидальные намерения (GSS, 2012).

На выбор вида аутоагрессивного поведения влияют гендерные особенности (X Yang, MW Feldman, 2018, Gratz, 2001; Klonsky, Oltmanns, Turkheimer, 2003; Muehlenkamp, Gutierrez, 2004). Особую значимость это влияние приобретает в молодом возрасте (Sornberger, Heath, Toste, McLouth, 2012). Известно, что в возрасте 14-15 лет суицидальное поведение и у девушек проявляется с одинаковой частотой, а после 15 лет преобладает количество суицидальных попыток среди девушек (Попов Ю.В., Пичиков А.А., 2011, Усачева Е.М., 2004). Влияние гендерных различий проявляется в большей степени среди клинической популяции, по сравнению с другими социальными группами (Bresin K, Schoenleber M., 2009).

В исследовании приняли участие учащиеся общеобразовательных школ (1718 человек) в возрасте от 10 до 18 лет (средний возраст группы 14,5), из них 853 мальчика и 865 девочек. Обследование проходило анонимно, бланки кодировались специальным образом.

Для выявления проявлений самоповреждающего и суицидального поведения подростков были использованы опросники: «Методика модификации тела и самоповреждения» (Польская Н.А., 2017); «Суицидальная личность-19» (Юнацкевича П.И., 2009).

Для изучения рисков употребления ПАВ и алкоголя применялись: «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя» опросник «Группа риска наркозависимости» (Хасан Б.И., Тюменева Ю.А., 2003).

Для обработки статистических данных использовался метод многофакторного анализа. Сравнивались группы мальчиков и девочек, а также группы разного возраста: 10-11 лет; 12-15 лет; 16-18 лет.

В ходе исследования было выявлено, что суицидальный риск возрастает в период 12-15 лет ($p=0,002$) у мальчиков и у девушек и значимых гендерных различий не обнаруживает. Положительное отношение к самоповреждению тела повышается в 16-18 лет ($p=0,002$) и наиболее выражен у девочек, по сравнению с мальчиками ($p=0,001$). В возрасте 16-18 лет также отмечается активный интерес к употреблению ПАВ у подростков. Полученные значения превышают показатели в возрастные периоды 10-11 и 12-15 лет ($p=0,000$). Гендерные различия также оказываются значимыми: интерес у девочек к употреблению ПАВ выражен больше, чем у мальчиков, увеличиваясь постепенно к 16-18 годам ($p=0,000$).

Исследование личностных предикторов аутоагрессивного поведения в зависимости от гендерных особенностей также выявило значимые различия. Волевая саморегуляция у мальчиков существенно выше, по сравнению с девочками ($p=0,000$). Выявлены различия в дисфункциональных убеждениях: у девочек показатели наиболее выражены в возрасте 10-11 лет и имеет значимое отличие от группы мальчиков ($p=0,005$).

Выводы. У девочек отмечается склонность к несуйцидальному самоповреждению тела, а также к употреблению психоактивных веществ, в большей степени проявляются пограничные личностные черты, выражающиеся в дисфункциональных убеждениях, а также трудности волевой саморегуляции. Риск проявления разных видов аутоагрессивного поведения в возрастные периоды 10-11; 12-15 и 16-18 лет у девочек отличаются. Таким образом, девочки с наибольшей вероятностью попадают в группу риска развития разных видов аутоагрессивного поведения.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ ПРИ РАЗНЫХ СПОСОБАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ МЛАДЕНЦЕВ

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

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Считается, что высокие показатели распространенности послеродовой депрессии (ПРД) являются следствием серьезных изменений в институте материнства в течение последнего столетия, исходя из чего ПРД можно назвать «болезнью цивилизации». Раннее отлучение младенца от груди, потребление жирной кислоты с низким содержанием омега-3, дефицит витамина D, малоподвижный образ жизни и изоляция от семьи сегодня более распространены, чем в прошлом. Каждый из этих факторов связан с повышенным риском ПРД. В настоящее время показано, что послеродовой депрессии подвержены женщины как вскармливающие ребенка грудью, так и отказавшиеся от него. При ПРД обычно затруднено применение психофармакологических препаратов. Рядом исследований показано, что фармакологические методы лечения послеродовых расстройств следует применять только в крайнем случае. Средством первой линии помощи является психотерапия.

Цели и задачи исследования: сравнительное изучение динамики и выраженности послеродовых аффективных расстройств (ПАР) у пациенток, реализующих грудное кормление и пациенток с искусственным вскармливанием, исследование личностного профиля этих пациенток и эффективности методов комплексного немедикаментозного лечения.

Методы исследования: 1) клинико-anamnestический метод: использовалась разработанная анамнестическая карта, в которой регистрировалось качественные (номинативные) характеристики, в том числе по бинарному принципу (наличие/отсутствие признака); 2) 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; 3) 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 7 – отсутствие выраженных симптомов тревоги и депрессии, от 8 до 11 – субклинически выраженная тревога или депрессия, 12 и выше – клинически выраженная тревога или депрессия; 4) шкала ангедонии – модифицированная шкала Снейта-Гамельтона (SHAPS-C – the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration). Использовалась для изучения выраженности когнитивных, эмоционально-эстетических, социальных и соматовегетативных проявлений ангедонии; 5) сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ).

Материал исследования: обследовано 56 женщины в послеродовом периоде (пациентки перинатального центра СПбГПМУ) с жалобами на симптомы ПАР. Во время первого этапа обследования использовались следующие методики: EPDS, HADS и SHAPS-C. Критерии включения пациенток в исследование: 1) женщины, роды у которых проходили в перинатальном центре СПбГПМУ; 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: 1ая группа – женщины с грудным вскармливанием (27 чел.), 2ая группа – женщины с искусственным вскармливанием (32 человек). Все пациентки проходили комплексную терапию, включающую психотерапевтические методики (когнитивная, телесноориентированная, суггестивная психотерапия, методики, основанные на гештальт-подходе), массаж (лечебный, висцеральный, лимфодренажный), физиотерапию (светотерапия узкополосным зелёным светом, процедура проводилась длительностью 4-8 часов в зависимости от состояния матери и перерывов в кормлении). Все пациентки наблюдались в динамике, прошли повторное психометрическое обследование спустя 30-36 дней после лечения. Во время второго этапа обследования использовались следующие методики: EPDS, HADS, SHAPS-C и СМОЛ.

Результаты и их обсуждение. Значения средних баллов составили: 1) шкала EPDS в 1-ой группе (14,8±5,721), во 2-ой группе (15,7±5,310); 2) HADS по субшкале тревога в 1-ой группе (11,58±3,312), во 2ой группе (12,32±3,658), по субшкале депрессия в 1ой группе (10,12±3,682), во 2-ой группе (13,65±3,976); 3) SHAPS-C

в 1-ой группе ($32,43 \pm 6,863$), во 2-ой группе ($40,23 \pm 8,290$). Обнаружена тенденция к преобладанию средних значений по всем шкалам у пациенток 2-ой группы, но достоверных различий при первичном обследовании с 1-ой группой не было выявлено. После проведенного лечения отмечается тенденция к достоверному уменьшению средних баллов по всем шкалам, что свидетельствует об уменьшении клинических проявлений ПАР в обеих группах. Практически по всем шкалам средний балл в 1-ой группе стал достоверно снизился по сравнению со 2-ой группой. Выявлены достоверные различия между значения EPDS в 1ой группе ($6,05 \pm 2,543$) по сравнению со 2-ой ($8,69 \pm 3,157$, $p < 0,001$ по критерию Манна-Уитни); меньшие средние значения HADS по субшкале депрессия в 1-ой группе ($5,36 \pm 2,130$) по сравнению со 2-ой ($7,57 \pm 3,045$, $p = 0,002$ по критерию Манна-Уитни); более низкие средние значения SHAPS-C пациенток 1-ой группы ($26,97 \pm 5,868$) по сравнению со 2ой ($32,87 \pm 4,690$, $p = 0,005$ по критерию Манна-Уитни). Таким образом полученные результаты свидетельствуют, что в группе пациенток с грудным вскармливанием выраженность симптомов ПАР была ниже по сравнению с женщинами, кормящими детей искусственным молоком. У пациенток, использующих искусственное вскармливание, редукция симптомов ПАР происходило медленнее, и средние значения шкал при повторном обследовании через 1 мес оставались на уровне субклинических. Полученные результаты могут быть связаны с различиями в гормональном статусе женщин, кормящих и не кормящих грудью. Имеет значение также психогенные факторы, поскольку отказ от грудного кормления чаще ассоциируется с чувством вины. Значения шкал теста СМОЛ (личностно-характерологические свойства) в 1-ой группе не выходили за рамки референтных значений, в то время как во 2-ой группе были отмечены более высокие средние значения субшкал «Ипохондрия» и «Психастения». Выявленные личностные особенности, видимо, имеют отношение как к выраженности симптомов ПАР, так и к факту предпочтения искусственного вскармливания у пациенток 2-ой группы.

Выводы: у пациенток, использующих искусственное вскармливание, отмечаются более выраженные проявления ПАР по сравнению с пациентками с грудным кормлением. Личностный профиль этих женщин отличается преобладанием «Ипохондрии» и «Психастении». Комплекс немедикаментозных способов терапии, включающий в себя психо-, физиотерапию и массаж способен снизить интенсивность клинических проявлений ПАР. Немедикаментозные методы лечения ПАР более эффективны у пациенток, кормящих своих младенца грудью.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Громыко Д.И., Илюк Р.Д.

Санкт-Петербург

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Введение. В настоящее время алкогольная зависимость является наиболее распространённой нозологической формой наркологического заболевания, характерной для лиц мужского и женского пола. Мотивация к лечению у больных алкоголизмом является одним из важнейших факторов, определяющих эффективность наркологической помощи. Вместе с тем, гендерные особенности мотивации к лечению у пациентов с алкогольной зависимостью недостаточно изучены.

Цель исследования: выявить особенности мотивации к лечению у больных алкогольной зависимостью с учетом гендерных различий.

Материал и методы исследования: в исследование включались больные с алкогольной зависимостью (F10.20., F10.21) со сроком воздержания от употребления алкоголя от 7 до 21 суток перед началом исследования, без коморбидных психических расстройств и выраженных соматических заболеваний. В работе использовались: клиничко-социальная анкета, шкала «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES), дифференциальная шкала эмоций К.Э. Изарда (ДШЭ), шкала тревоги Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Гамильтона, опросник «Характеристики и ориентации гнева Ч.Д. Спилбергера» (STAXI). Статистическая оценка количественных показателей проведена при помощи дисперсионного анализа (ANOVA), для попарных сравнений использовалась поправка Бонферрони. Для анализа качественных признаков построены таблицы сопряженности, при сравнении групп применен точный критерий Фишера.

С целью выявления взаимосвязей между количественными переменными проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена.

Результаты исследования. Всего обследовано 138 пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ): 101 (73.20 %) мужчина (АЗМ) и 37 (26.80 %) женщин (АЗЖ), средний возраст респондентов составил 27.56 (SD=4.07) лет и 27.62 (SD=3.77) лет, соответственно.

Установлено, что в группе АЗМ по сравнению с АЗЖ отмечается большее ($p \leq 0.05$) количество пациентов, получивших среднее образование: 60 (59.42 %) vs. 16 (43.24 %); удовлетворённых своей работой: 24 (23.76 %) vs. 3 (8.10 %); проживающих гражданским браком: 28 (27.72 %) vs. 0 (0.00 %); признающих наличие эгоистических черт в характере: 30 (29.70 %) vs. 6 (16.21 %); имеющих матерей позитивно относящихся к пациенту: 27 (29.67 %) vs. 5 (15.15 %). У больных АЗМ регистрировались больше, чем у АЗЖ ($p \leq 0.05$): количество ремиссий в течение жизни (2.72, SD=1.63 vs. 1.97, SD=1.40), коэффициент отношения ремиссий к заболеванию (0.21, SD=0.16 vs. 0.13, SD=0.12), частота обращения за наркологическим лечением (2.21, SD=1.72 vs. 1.03, SD=1.01), количество ремиссий после лечения (1.86, SD=1.33 vs. 1.00, SD=1.00), длительность максимальной ремиссии (6.30, SD=5.60 vs. 4.16, SD=5.00, месяцев). Толерантность к алкоголю в группе АЗМ была выше, чем у АЗЖ ($p \leq 0.05$): 883.17, SD=381.99 (мл/сут) vs. 743.24, SD=423.80 (мл/сут).

По данным психометрического исследования установлено, что в группе АЗМ выше ($p = 0.05$), чем у АЗЖ, значения субшкал «Осознание» (27.95, SD=5.19 vs. 24.97, SD=5.53), «Действие» (29.14, SD=5.60 vs. 26.43, SD=5.62) опросника SOCRATES. У больных АЗЖ по сравнению с АЗМ больше ($p = 0.05$) показатели субшкал «Гнев» (6.68, SD=2.40 vs. 5.47, SD=2.54), «Отвращение» (7.32, SD=3.50 vs. 5.91, SD=2.49), «Вина» (10.54, SD=1.88 vs. 8.35, SD=2.17) (ДШЭ); «Личностная тревожность» (45.65, SD=8.55 vs. 42.31, SD=8.62) (Спилбергер-Ханина); «Склонность к раздражительности и гневу, как личностная особенность» (22.4, SD=4.06 vs. 18.54, SD=4.59) и «Гнев-темперамент» (9.49, SD=3.22 vs. 7.65, SD=3.50) (STAXI).

В группе АЗМ и АЗЖ по данным корреляционного анализа выявлены достоверные ($p = 0.05$) взаимосвязи между значениями шкалы «Готовность к изменению поведения и стремления к лечению» (SOCRATES) и социальными, клиническими и психометрическими показателями. В обеих группах пациентов (АЗМ и АЗЖ) показатель субшкалы «Осознание» (SOCRATES) связан с количеством ремиссий после лечения ($r = 0.28$ vs. $r = 0.35$), коэффициентом отношения длительности ремиссий к продолжительности заболевания ($r = 0.42$ vs. $r = 0.30$), позитивным отношением родных к больному ($r = 0.27$ vs. $r = 0.32$), «Склонностью к раздражительности и гневу, как личностной особенностью» (STAXI) ($r = -0.30$ vs. $r = -0.35$). Значение субшкалы «Амбивалентность» (SOCRATES) коррелирует с длительностью заболевания ($r = -0.22$ vs. $r = -0.30$), длительностью ремиссий ($r = 0.28$ vs. $r = 0.55$), позитивными отношениями с матерью ($r = 0.32$ vs. $r = 0.28$), «Гнев-темпераментом» (STAXI) ($r = -0.30$ vs. $r = -0.28$). Показатель субшкалы «Действие» (SOCRATES) сопряжен с длительностью АЗ ($r = 0.32$ vs. $r = 0.28$), коэффициентом отношения длительности ремиссий к продолжительности заболевания ($r = 0.42$ vs. $r = 0.36$), «Гнев-реакцией» (STAXI) ($r = -0.24$ vs. $r = -0.26$). В группе АЗМ показатель «Осознание» (SOCRATES) коррелирует с выраженностью гнева ($r = -0.25$), эмоциями «Удивление» ($r = 0.28$) и «Интерес» ($r = 0.20$) (ДШЭ); «Амбивалентность» (SOCRATES) сопряжена с выраженностью дистимии ($r = -0.25$), эмоциями «Интерес» ($r = 0.24$) и «Вина» ($r = -0.20$) (ДШЭ); «Действие» (SOCRATES) взаимосвязано с позитивным отношением больного к родным ($r = 0.33$), выраженностью тревоги ($r = -0.32$) и эмоцией «Радость» (ДШЭ) ($r = 0.20$). В группе АЗЖ «Осознание» ассоциировано с уровнем личностной тревожности ($r = -0.35$) (Спилбергер-Ханин), а также эмоциями «Горе» ($r = -0.30$) (ДШЭ), «Отвращение» ($r = -0.28$) и «Гнев» (ДШЭ) ($r = -0.28$). «Действие» (SOCRATES) сопряжено с наличием работы ($r = 0.26$), уровнем депрессии ($r = -0.34$) (Гамильтон), эмоциями «Горе» ($r = -0.41$) и «Отвращение» ($r = -0.31$) (ДШЭ).

Заключение. У мужчин с алкогольной зависимостью отмечается более благополучное течение наркологического заболевания, лучше социальные показатели, выше уровень мотивации к лечению болезни. Женщины с алкогольной зависимостью имеют более выраженные негативные показатели в эмоциональной сфере, такие как гнев, отвращение, вина, тревога, что вероятно является препятствием к формированию готовности обращения на лечение. Мотивация на лечение у больных обоих полов связана с тяжестью наркологического заболевания, состоянием эмоциональной сферы, сохранностью социального статуса. Наличие выраженных эмоциональных нарушений в большей мере препятствуют формированию мотивации к лечению у женщин.

РИСК ПСИХОТРАВМАТИЗАЦИИ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН, РОЖАВШИХ ДОМА И В РОДДОМЕ

Гусева Н.А., Голюк М.Н.

Санкт-Петербург
СПбГИПСР

Мы ставили цель изучить переживания рожениц, оценить факторы развития послеродовой депрессии и психотравматизации в родах.

Материалы и методы. «Семантический дифференциал», «Методика оценки переживания в психотравматической ситуации» (ПТС), «Эдинбургская шкала постнатальной депрессии» (ПД), Тест отношений беременной (ТОБ (Р))» (И.В. Добряков), анкета, контент-анализ рассказов о родах, статистические методы сравнительного (критерий Манна-Уитни) и корреляционного анализа.

Исследование проведено через интернет: женщины сначала заполняли гугл-форму с опросниками и записывали рассказ о родах в свободной форме. Затем были проведены короткие интервью по скайпу с целью уточнения данных, и чтобы мы могли ответить на вопросы женщин по поводу исследования.

В исследовании приняли участие всего 322 женщины. Средний возраст рождения ребёнка 28 с половиной лет. 89,1 % опрошенных – замужем, 76,2 % – имеют высшее образование, 13,5 % – среднее специальное. 84 % – рожали в роддоме, 77,6 % – естественные роды, 6,4 % – плановое кесарево.

Среди опрошенных женщин были те, которые рожали с незнакомым врачом/акушеркой (54 %), и которые рожали со знакомыми врачом/акушеркой (35,4 %), а также в присутствии доулы (3,2 %) и/или мужа (26,8 %). 49 участниц исследования родили детей дома. Среди женщин, родивших дома, были те, кто рожал только, с мужем, с доулой и акушеркой.

Чтобы иметь возможность корректно исследовать связи домашних условий родов и условий родов в роддоме с переживаниями женщин, мы отобрали 116 женщин, рожавших в роддоме, которые не отличались по возрасту, медицинскому и семейному статусу, и другим демографическим характеристикам от рожавших дома.

Все женщины, вошедшие в основное исследование, до родов были условно здоровы, не имели показаний к плановому кесарево, диагностированных осложнений беременности и состояния плода.

Результаты и обсуждение. Около трети женщин (31,9 %), рожавших в роддоме, переживают роды как травматическое событие, среди рожавших дома таких – не выявлено. Выявлена связь между количеством медицинских манипуляций и травматическими переживаниями (0,34) Эту связь можно объяснить общим для медицинских «вторжений» и травматического стресса фактором – осложнениями в родах, риском для жизни и здоровья матери и ребёнка. В то же время нельзя исключить и самостоятельный стрессогенный потенциал т. н. акушерской агрессии, то есть активного вмешательства в процесс родов.

Одним из важных психотравмирующих факторов оказалось экстренное кесарево сечение. Нам представляется, что роженицам, которые не ожидали ЭКС и получили его, независимо от медицинской обоснованности данной операции, требуется более внимательное отношение со стороны врачей и близких в послеродовом периоде.

Травматические переживания в родах (шкала ПТС) оказались в обратной связи с такими показателями как: ощущение себя «главной героиней» процесса родов (-0,55), ощущение родов СВОИМ опытом (-0,35), оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты (-0,28). Травматический опыт переживания родов чаще встречается у женщин с тревожным (+0,32) и депрессивным (+0,23) типом ПКГД. Травматический опыт родов отрицательно коррелирует с показателями семантического дифференциала: отношением к себе (-0,21), силы себя в родах (-0,47), собственной активности в родах (-0,24). Женщины, переживающие роды как травматическое событие, чувствовали свою беспомощность и ужас (+0,54), отчаяние, невозможность повлиять на события, страдание (+0,62), бессильный гнев (+0,44), стыд или вину (+0,50).

Субъектность, ощущение родов своим, присвоенным опытом, достаточный уровень принятия себя, опора на себя и свою активность в беременности и родах, могут рассматриваться как «защитные» факторы по отношению к риску развития травматических переживаний у женщины. Связи тревожного и депрессивного типа ПКГД с травмирующим опытом родов указывает на необходимость психопрофилактической работы с беременными.

Признаки послеродовой депрессии выявлены у женщин, которые рожали дома (14,2 %) и у женщин, рожавших в роддоме (49,1 %). Симптомы послеродовой депрессии у рожавших в роддоме оказались тесно связаны с симптомами посттравматического стресса (+0,75). В обеих группах выявлена связь признаков

депрессии и негативного отношения к отцу ребёнка. С одной стороны, плохие отношения с отцом ребёнка – фактор риска развития послеродовой депрессии. С другой стороны, нельзя исключить, что появление симптомов депрессии влияет на отношения с близкими.

Активность, экстравертированность, волевые качества роженицы могут становиться как помогающим фактором для психологически благополучного переживания родов (в роддоме), так и мешающим фактором (при родах дома). Задача активности и экстравертированности женщины, рожаящей в роддоме, состоит в том, чтобы обеспечить диалог с медицинским персоналом, защитить себя и ребенка от дискомфорта, вторжений в личное пространство, отстаивание своих прав и решений. То есть активность и направленность вовне женщины в условиях роддома – это необходимый атрибут для ее психологического комфорта.

Наши данные согласуются с мнением профессора Г. И. Брехмана (2012): «Домашнее родоразрешение может рассматриваться как протестное движение. В основе его лежит интуитивная самозащита женщины и защита ею своего ребенка от возможной акушерской агрессии».

Доверительные, созданные до родов, отношения роженицы с сопровождающим специалистом связаны с более низким уровнем ПТС (-0,40), меньшей вероятностью ПД (-0,36), большей выраженностью эмоций «удовольствие-радость» (+0,33) и меньшей – «страдания» (-0,39), «гнева» (-0,41), «страха» (-0,36). Эта связь двояка – с одной стороны, благополучное течение и исход родов создает симпатию и благодарность, позитивный образ акушерки. С другой стороны, тот факт, что позитивное отношение к акушерке/врачу и/или доуле (в домашних родах) тесно связано с фактом знакомства с этими специалистами и опытом общения с ними до родов, недвусмысленно указывает, что ощущение безопасности помогает создать знакомый врач или акушерка, с которым к моменту родов уже выстроены доверительные отношения.

Выводы. Психотравматизация в родах и риск послеродовой депрессии зависит от внешних и внутренних условий. Профилактика послеродовой депрессии должна обязательно включать работу с семейным окружением и психологическую поддержку беременной и родившей женщины, но не менее важным является характер контакта женщины с сопровождающим медицинским персоналом. Если специалист относится к женщине как к субъекту (личности), а не как объекту («куску плоти»), верит и осознает ее способность родить, и поддерживает ее в этом процессе, вероятность травматизации и послеродовой депрессии снижается. Если требуются медицинские вмешательства, специалисту важно пояснить их необходимость и обоснованность (если это невозможно до вмешательства, то в послеродовом периоде). При любых обстоятельствах родов не обесценивать роль рожаящей женщины, ее вклад и права матери. Некоторым женщинам необходим рядом близкий человек – например, муж или доула – чтобы выполнять роль буфера между женщиной и медицинским персоналом. Любой женщине нужно достаточно времени и пространства для реализации своих потребностей, чтобы у нее была возможность прожить свой уникальный опыт родов. Это дает основания для благополучного психологического переживания в родах и в послеродовый период.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Добаева Н.В.

Москва

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (МНИИП)

Введение. Сексуальная жизнь человека определяется функциональным единством социальных, биологических и физиологических факторов и поэтому сексуальные нарушения правомерно рассматривать, как одно из частных проявлений сексуальной дезадаптации, обусловленной различными причинами. Порудоминский И.М. (1968) подчеркивал, что сексуальные дисфункции, в сущности, являются симптомокомплексом, наблюдающимся при различных психических, соматических, нервных, урологических и других заболеваниях. Однако, лица с тяжелыми органическими и соматическими заболеваниями крайне редко обращаются с жалобами на половые расстройства, так как у них преобладают жалобы на более тяжелые симптомы ввиду чего половая недостаточность не является поводом для обращения к врачу-сексологу и

получения адекватной помощи. Недооценка психического, сексологического статуса больных хроническими дерматозами, относящихся к психосоматическим заболеваниям, значительно снижает эффективность их лечения. Существенная роль отводится психотравматизации в возникновении хронических дерматозов. В среднем эпидемиологические значения сочетания дерматологической и психической патологии составляют около 30-40 %. Связи между кожным заболеванием, психопатологическими и сексуальными нарушениями весьма тесные. Формирование аффективного расстройства по поводу косметического дефекта отрицательно воздействуют на личность, страдает сексуальная сфера, а повторные психотравмы ухудшают динамику дерматозов.

Цель исследования – выявление при помощи применяемых в сексологической практике методов исследования клинических вариантов сексуальных дисфункций у пациенток с хроническими кожными заболеваниями.

Материалы и методы. Было обследовано 46 женщин страдающих псориазом и нейродермитом в возрасте от 18 до 40 лет с использованием клинко-психопатологического, психологического, сексологического методов. Для квалификации степени тяжести атопического дерматита использовалась стандартная международная система SCORAD, а для оценки показателей качества жизни больных псориазом использовалась медико-социальная анкета DLQI.

Результаты и обсуждение. Клиническая картина сексуальных дисфункций у пациенток с хроническими дерматозами варьировала в зависимости от наличия в преморбиде или развившегося на фоне кожной патологии того или иного психического расстройства. В этих группах были выявлены дистимия F34.1, ипохондрическое расстройство F45.2 и смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2. Анализ нарушений сексуальной функции позволил объединить расстройства в следующие группы. I группа – с гипополибидемией наблюдалась у 30,4 % женщин. Они отмечали резкое снижение сексуального влечения, отсутствие уверенности в собственной сексуальной привлекательности, снижение фона настроения, астению, связанную с рецидивами дерматоза. Основную причину играл стыд из-за непривлекательности своего тела и недовольство своим внешним видом, косметическими дефектами, которые вызывали раздражение и приводили к снижению сексуальной активности. II группа – с дебютантными формами сексуальных расстройств выявлена у 23,9 % пациенток. Наличие кожного заболевания в раннем детстве часто препятствует надлежащему половому развитию в период полового созревания из-за ограниченного контакта со сверстниками. У них отмечалась задержка психосексуального развития, более позднее формирование платонического и эротического либидо, вплоть до отсутствия сексуального либидо и эротического фантазирования. Коитальная аноргазмия возникала вследствие торможения сексуальных функций психическими факторами. Пациентки предпринимая попытки к сближению заранее сомневались в своих сексуальных возможностях. III группа – с семейно-сексуальными дисгармониями была выявлена у 45,7 % женщин и характеризовались ухудшением межличностных отношений и отсутствием сексуального удовлетворения в паре. Формирование дисгармоничных отношений во многом зависело от партнера, который порой шел на конфликт из-за неудовлетворенности сексуальными отношениями. Навязчивые мысли, переживания по поводу негативной реакции мужчины на высыпания приводило у женщин к стремлению избежать предстоящий сексуальный контакт, который становился крайне редким ввиду этих причин и в некоторой степени затрудняло достижение оргазма, что создавало условия для формирования аноргазмии у женщин и психогенной эректильной дисфункции у мужчин.

Заключение. В результате проведенного нами исследования выявлены частота, характер и динамика психических нарушений, дерматологических проявлений и сексуальных дисфункций у женщин, страдающих псориазом и атопическим дерматитом. Полученные данные явились основой для дифференцированного подбора, наряду с дерматологическим лечением, психофармакологических, психотерапевтических и сексологических методов коррекции пограничных психических нарушений и сексуальных расстройств у женщин.

ВОЗМОЖНОСТИ “ТЕАТРОТЕРАПИИ” КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАБОТЕ С СОЦИАЛЬНЫМИ “БАРЬЕРАМИ” СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Довбыш Д.В., Джавадова Э.И., Жорина Я.Ю.

Москва

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Основной задачей психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами является устойчивая и адекватная интеграция в обществе, когда как для детской психиатрии в связи с этим встает проблема помощи в социальной адаптации ближайшему микросоциуму пациента, от которого он непосредственно зависит и получает ряд навыков для дальнейшего развития – родителей. С точки зрения теории системной семейной терапии появление ребенка в семье является одним из кризисов семейной системы, требующей перестройки значимых отношений, а рождение ребенка с ментальными расстройствами накладывает свой отпечаток на траекторию дальнейшего естественного развития семьи, ведущей к изменению ряда параметров семейной системы, часто имеющих дестабилизирующее воздействие на своих участников.

Важным фактором роста напряжения членов семьи является формирующаяся картина самостигматизации, определяемая как реакцией социума на особенности развития ребенка относительно ожидаемого, существующими негативными убеждениями относительно детей с ментальными нарушениями и их семей, так и увеличенной разницей между ожидаемыми и актуальными представлениями у родителей, повышенным требованием со стороны ребенка в ресурсах семьи, в связи с чем нарастает тенденция к самоизоляции, чувство вины и стыда, истощение ресурсов в связи с поглощенностью нуждами ребенка и решением возникающих социальных проблем. Полученный негативный опыт, совместно со сформированным искаженным восприятием ситуации на основе конфликтных убеждений, ведет к ограничению социальных контактов, отказу от участия в социальных практиках, предъявляющих повышенные требования к ребенку, тем самым семья лишается ресурсов адаптации.

Таким образом, в связи с признанием в психиатрии полипрофессиональной модели, основанной на биопсихосоциальном подходе, в детских учреждениях набирает популярность внедрение принципов психосоциальной реабилитации, целью которых является интеграция больного в общество и предупреждение инвалидизации с большим упором на активизацию ресурсов семьи пациента и повышением требования к экологичности проводимых воздействий.

С октября 2017 года ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» принимает участие в проекте по театротерапии «Потому что ты нужен...», одно из основных направлений которого видится нам в комплексной реабилитации детей и подростков, находящихся в стационаре психиатрической клиники.

Психотерапия искусством – подход, который применяется в учреждениях разных стран. Он представлен четырьмя самостоятельными модальностями: арт-терапией, драматерапией, танцевально-двигательной терапией и музыкальной терапией. Одним из современных ответвлений драматерапии является театротерапия (театр-терапия), которая подразумевает психологическое воздействие театра на внутренний мир и поведение человека посредством игры. Она все чаще встречается в российских исследованиях и в основном представлена в виде участия пациента в процессе подготовки театральной постановки.

Театротерапия в рамках проекта «Потому что ты нужен...» фактически является отдельным, мало представленным форматом театротерапии, суть которого не в актерской игре участников группы, а в просмотре спектаклей различных московских театров, дальнейшем обсуждении полученного опыта в рамках семейной и групповой работы с психологами.

Проект охватывает пациентов от 3 до 17 лет и их семьи, и в настоящий момент представлен в трех форматах:

1. Семейный поход в театр – выезд детей разного возраста с родителями (а иногда и в более расширенном семейном составе) в театр как одно из домашних заданий, полученное от семейных психологов отделений;
2. Театр в гостях у больницы – просмотр привезенных спектаклей на территории центра;
3. Подростки в театре – выезд группы подростков из больницы в театр в сопровождении психологов и воспитателей центра.

Комбинирование различных форматов работы обеспечивает комплексный подход психосоциальной реабилитации: процесс психотерапии, социализации ведется как в рамках референтной группы, так и в рамках семьи.

В данном обзоре мы хотим сделать акцент на работе с семьей и в частности на важности этого проекта не только для пациентов центра, но и для родителей. На терапевтических сессиях (обычно это уже вторая или третья встреча с семьей) психолог дает домашнее задание с использованием нового инструмента – выход с семьей в театр. Важно отметить, что для каждой семьи задание дается в индивидуальной «упаковке» и имеет как частные цели (например, на взаимодействие сиблингов, работу с границами семьи и т.д.), так и общие для всех семей. Прежде всего, это является возможностью проработать типичные социальные ситуации, которые могут вызывать некоторые трудности в повседневной жизни, усиливают стигматизацию (для многих родителей пациентов выход с ребенком в общество является непростым и стрессовым событием), родители получают опыт посмотреть на ребенка вне ситуации лечения и обсуждения каждодневных трудностей, а в более приятном контексте, просмотр спектакля и сам поход в театр как событие требующее определенного ритуала (повод нарядиться, собраться всей семьей), может стать отличным ресурсом и методом профилактики эмоционального выгорания.

В период с марта по июнь 2018 года в проекте приняли участие 146 пациентов (45 девочек и 101 мальчик), из них 92 выходили в театр с семьей (45 человек посетили театр от 2 до 6 раз).

Для определения целесообразности театротерапии, основных показаний и противопоказаний данного метода реабилитации в 2018 году проводится исследование по нескольким направлениям. Обоснование эффективности построения семейной коррекционной работы с использованием посещения театра как инструмента для домашнего задания исследуется с помощью методик, которые даются родителям до посещения театра и в конце проведения психокоррекционных мероприятий: Семейная социограмма, Тест адаптации и сплоченности Олсона, специально разработанная методика “Ребенок глазами родителей”, сочинение «Мой ребенок».

Уже сейчас можно говорить о том, что подобный формат театротерапии полностью соответствует основным требованиям, предъявляемым к реабилитационным программам. Так, в проекте «Потому что ты нужен...» реализуется принцип партнерства – активное включение самого пациента в лечебно-восстановительный процесс, которое достигается за счет появления новых форматов работы, в которых пациенту сложно оставаться пассивным наблюдателем; принцип разносторонности проводимых мероприятий – и реабилитация, и коррекционная работа благодаря театрам выходят за рамки врачебных кабинетов и кабинетов психологов, а подчас и вообще за рамки больничных отделений, пациентам и членам их семей предоставляется еще один способ строить диалог о своих переживаниях и трудностях; принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия – театротерапия не предлагается как формат работы детям и подросткам, которые имеют медицинские противопоказания; принцип ступенчатости работы – театр предоставляет возможность перехода по нарастающей от одних, более классических, форматов работы, к другим – в большей степени направленным на социализацию и возвращение в общество.

Также в настоящий момент представляется возможным использовать театротерапию как метод на всех этапах реабилитации: на этапе восстановительной терапии – для предупреждения феноменов госпитализма и инвалидизации; на этапе реадaptации – для возвращения или приспособления к повседневной жизни и основной деятельности – учебе, общению со сверстниками; на этапе непосредственно реабилитации – для укрепления межличностных связей, повышения культурного бэкграунда личности.

Говоря о целях театротерапии, можно сформулировать их схожим с М.М. Кабановым образом: театротерапия, с учетом больших возможностей данного проекта, должна максимально способствовать развитию личности, которое не останавливается даже в ситуации болезни, а также предоставлять условия для успешной социализации детей и подростков, госпитализированных в стационар психиатрической клиники, а также для успешной социализации их семей.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РИСКОВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН-ПАЦИЕНТОК НАРКОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИК

Должанская Н.А.

Москва

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Цель исследования: изучение информированности и форм поведения, связанных риском распространения ВИЧ-инфекции у женщин-пациенток наркологических клиник; определение основных направлений профилактических противоэпидемических мероприятий.

Материалы и методы: по специально разработанной оригинальной анкете проводились анонимные опросы женщин с зависимостью от алкоголя и наркотиков в наркологических клиниках г. Москвы. На начальном этапе эпидемии ВИЧ-инфекции были опрошены 205 женщин с зависимостью от алкоголя и наркотиков и в разгар эпидемии 116.

Результаты и обсуждение. На начальных стадиях эпидемии ВИЧ-инфекции в России у женщин с зависимостью от психоактивных веществ был выявлен низкий уровень информированности о возможных путях передачи и способах защиты от инфицирования. Социальные модели употребления наркотиков характеризовались тем, что женщины в 1,5 раза чаще мужчин употребляли наркотики в группе, в 3,5 раза чаще – вместе со своими мужьями, и в 2 раза чаще мужчин использовали инъекционный инструментарий совместно с половыми партнерами. Свыше 60±4,5 % женщин, употреблявших инъекционные наркотики, использовали примитивные и неэффективные методы обработки инъекционного инструментария, а 6,4±1,8 % неоднократно использовали никак необработанные шприцы.

Все опрошенные пациентки с диагнозом «героиновая наркомания» были сексуально активны.

У них обнаружился широкий спектр сексуальных практик, связанных с риском распространения инфекций передаваемых половым путем, таких как: секс с несколькими постоянными и случайными половыми партнерами; с потребителями наркотиков; анальный и групповой секс и др.

Не знали о ВИЧ-статусе своих половых партнеров 33,3±4,7 % женщин, но при этом подавляющее большинство опрошенных женщин не пользовались презервативами. Не знали, что презервативы могут защитить от ВИЧ-инфекции 23,7±2,3 % пациенток с зависимостью от алкоголя и 13,1±3,1 % – с зависимостью от наркотиков. Отказывались от использования презерватива из-за уверенности в половом партнере – 60±2,3 % опрошенных, из-за нежелания менять свои привычки – 40±2,3 % пациенток. Испытывали трудности при обсуждении с сексуальными партнерами вопросов использования презерватива – 15±1,9 % женщин больных алкоголизмом и 23±3,9 % женщин больных наркоманией

У женщин был обнаружен высокий уровень передозировок – 58,3±5,3 %, особенно у женщин со стажем наркотизации свыше двух лет – в 70±4,8 % случаев. Систематически употребляли алкоголь в сочетании с другими наркотическими веществами 29±4,9 % опрошенных женщин.

Проведенный анализ медицинской документации позволил выявить в анамнезе опрошенных пациенток наркологических стационаров вирусный парентеральный гепатит С – 55,8 %±4,0; вирусный парентеральный гепатит В – 16,7±5,0 %; генитальный герпес – 33,3±6,3 %; гонорею-трихомоноз – 8,3±3,7 % и другие ИППП. Уровни заболеваемости вирусными гепатитами В и С были значительно выше у пациенток, страдавших наркоманиями, по сравнению с женщинами с зависимостью от алкоголя. В то же время генитальный герпес и трихомоноз чаще встречались у женщин с диагнозом алкоголизм.

Сравнение поведенческих показателей у женщин с зависимостью от ПАВ, связанных с риском ВИЧ-инфицирования, с начала развития эпидемии до ее развернутой стадии выявило снижение возраста первых проб наркотических веществ с 17,6 лет до 15 лет; повышение среднего возраста использования инъекций при первом введении наркотического вещества с 14,7 лет до 18 лет; значимое снижение доли женщин, употреблявших наркотики в группе с 33,9±4,7 % до 8,3±3,5 %. Практически неизменным остался у женщин возраст начала систематической наркотизации – 18 лет и 17,5 лет соответственно. К позитивным изменениям, следует отнести статистически значимое уменьшение в 3,1 раза доли женщин, использовавших инъекции при введении первого наркотического вещества: с 77,4±4,2 % до 25,0±5,5 %, а также уменьшение в 3,6 раза доли женщин, употреблявших различные психоактивные вещества в сочетании с алкоголем с 29,0±4,5 % до 8,0±3,4 %.

Выводы. Результаты проведенных динамических исследований позволили выявить у женщин с зависимостью от алкоголя и наркотиков совокупность многочисленных факторов высокого поведенческого риска инфицирования, способствующих распространению ВИЧ-инфекции не только парентеральным,

но и половым путем. Стойкое присутствие у женщин с зависимостью от ПАВ ряда поведенческих факторов риска ВИЧ-инфицирования на всех этапах эпидемии свидетельствует о необходимости внедрения в процесс оказания наркологической помощи методов адресной целевой профилактики инфекций, передающимся через кровь и половым путем. Это послужило основанием для включения в программы повышения квалификации врачей психиатров-наркологов, специального раздела профилактической работы, направленной на привитие пациенткам навыков охранительного сексуального поведения.

РЕБЕНОК С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В НЕПОЛНОЙ СЕМЬЕ: МАТЕРИАЛЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА

Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Зверева М.В.

Москва

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ

Проблема исследования. Особый ребенок в семье – всегда дополнительная психологическая, а зачастую и материальная нагрузка на ее членов. Можно полагать, что она увеличивается многократно, когда речь идет о психически нездоровом ребенке, который воспитывается в неполной семье. В настоящее время неполная семья рассматривается социологами не только как очевидно дисфункциональная и неблагополучная, а как один из частотных вариантов в современном семейном статусе (В.С. Собкин). В свете сказанного представляется важным анализ семейной ситуации пациентов детского отделения психиатрической клиники ФГБНУ НЦПЗ в контексте проводимой психологической диагностики когнитивного развития и школьной адаптации.

В течение ряда лет в ФГБНУ НЦПЗ анализируется своеобразие когнитивного развития (состояния памяти, внимания, восприятия и мышления) у детей и подростков при психической патологии (Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. и др.). Психологами выделены варианты когнитивного развития (от нормативного до грубо дефектного) при разных формах психической патологии, в том числе эндогенной. По материалам экспериментально-психологического исследования всех детей можно было разделить по типу когнитивного развития – нормативного или варианта когнитивного дизонтогенеза (искаженный, дефицитарный и регрессивно-дефектирующий виды).

Цель работы: оценка особенностей когнитивного развития и школьной адаптации психически больных детей из неполных семей, проходящих лечение в психиатрическом стационаре.

Материал и методы. Испытуемые: 70 больных в возрасте от 7 до 17 лет, проходивших стационарное лечение в 7 детском клиническом отделении ФГБНУ НЦПЗ, среди них 43 мальчика и 27 девочек. Все дети воспитывались в неполных семьях. Первично поступившие – 57 %, повторно – 43 % больных. По диагнозам были представлены: детский тип шизофрении (26 %), шизотипическое расстройство (35 %), расстройства развития (детский аутизм – 7 %), другие диагнозы – 32 % (шизоаффективная и аффективная патология, нарушения поведения).

Использованы методы:

- экспериментально-психологическая диагностика когнитивного развития (когнитивного дизонтогенеза) с помощью комплекса методик по исследованию памяти, внимания, мышления;
- анализ историй болезни;
- методы математической статистики.

Диагностика когнитивного развития предполагала 3 варианта когнитивного дизонтогенеза и нормативное развитие. Уровень школьной адаптации оценивался в баллах и соответствовал форме обучения ребенка от 0 (не учится в школе) до 5 (обучается в гимназии, языковой или иной предметной спецшколе).

Задачи исследования:

- Анализ уровня школьного обучения и когнитивного статуса пациентов из неполных семей.
- Сопоставление когнитивных показателей и образовательной траектории у мальчиков и девочек из неполных семей.

Результаты. Среди причин, по которым ребенок оказался в неполной семье лидирует развод родителей (более половины случаев), иногда мать не указывает причины, по которой ребенок воспитывается в неполной семье (часто – мать-одиночка, реже – смерть отца). Неполная семья может включать только ребенка и мать (случаев, когда только ребенок и отец не наблюдалось), или также представителей старшего поколения (бабушки, дедушки, прабабушки). Неполные семьи, где основное воспитание осуществляется бабушкой, составили около четверти (22,3 %).

Сопоставление пациентов психиатрического стационара, мальчиков и девочек, воспитывающихся в неполных семьях, независимо от диагноза показало следующее. По наличию инвалидности у мальчиков – 23 %, у девочек – 22 %. По грубому когнитивному снижению (регрессивно-дефектирующий тип когнитивного дизонтогенеза) у мальчиков – 44 %, у девочек – 37 %, по наличию дефицитарного когнитивного дизонтогенеза у мальчиков – 25 %, у девочек – 15 %; искаженный когнитивный дизонтогенез выявлен у 16 % мальчиков и 26 % девочек. Применение статистических критериев показало, что по всем вариантам частоты встречаемости когнитивного дизонтогенеза определенного вида различие между мальчиками и девочками не достигает статистической значимости.

Сопоставление уровня адаптации у первичных и повторных пациентов из неполных семей показывает достоверно более высокий уровень школьной адаптации у первичных больных (критерий Манна-Уитни, уровень $p \leq 0,05$; 2,7 балла против 2,2 балла). Рассмотрение уровня адаптации отдельно у девочек при первичном и повторном поступлении также показывает значимые различия, впервые поступившие девочки имели более высокий уровень школьной адаптации (критерий Манна-Уитни, уровень $p \leq 0,05$, 3,2 против 2,3 балла), у мальчиков такое различие только на уровне тенденции (2,4 против 2,1 балла). По диагнозам в группе с низким уровнем школьной адаптации (0-2 балла) преобладали дети с детским типом шизофрении (F20.8 по МКБ10) – 34 %, тогда как в группе с высоким уровнем школьной адаптации (3-5 баллов) – дети с таким диагнозом составили 14 %, а ведущими были другие расстройства круга шизофрении (F21. и F23 по МКБ10) – 56 %.

Резюме по результатам. Проведенное исследование когнитивного функционирования и уровня школьной адаптации у пациентов детского психиатрического стационара, воспитывающихся в неполных семьях, показало, что в этих семьях есть проблемы, прежде всего связанные с уровнем школьной дезадаптации. Среди детей с низким уровнем школьной адаптации часто встречались дети с диагнозом детская шизофрения, нормальный и даже высокий уровень школьной адаптации наиболее часто наблюдался у детей с диагнозом шизотипическое расстройство.

По уровню когнитивного развития не было обнаружено значимых различий между мальчиками и девочками из неполных семей, однако на уровне тенденции показатели когнитивного развития у девочек выше, чем у мальчиков.

Перспективы исследования. Представленные материалы можно рассматривать как один из первых опытов оценки когнитивного развития и уровня школьной адаптации у детей с психическими расстройствами из неполных семей. Полученные результаты показывают необходимость более подробного анализа указанной тематики, чтобы более квалифицированно проводить медико-психолого-педагогические мероприятия по улучшению социального функционирования таких семей. Требуется более детальное сопоставление причин, по которым ребенок оказался в неполной семье, и особенностей его когнитивного развития и школьной дезадаптации.

Исследование будет продолжено с расширением выборки и сопоставлением детей с психиатрическими диагнозами, воспитывающихся в полных и неполных семьях с учетом социальных, возрастных и клинических параметров (диагноз, возраст начала и длительность заболевания, ведущий синдром и др.). Важным направлением дальнейшей работы представляется изучение состояния психического здоровья матерей и бабушек в семьях, воспитывающих ребенка с психической патологией, а также уровень наследственной отягощенности.

К ВОПРОСУ О ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ У МАТЕРЕЙ В СИТУАЦИИ ОЖИДАНИЯ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СВЯЗИ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА

Зверева Н.В., Голубева К.К., Трунина И.И.

Москва

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ

Актуальность исследования. Успехи современной медицины позволяют большинству матерей, чьи дети родились с пороками сердца, надеяться на благоприятный исход такого порока соматического развития. Однако можно предположить, что материнская реакция на рождение такого ребенка и его последующее лечение может быть весьма разнообразной от неприятия и игнорирования до развития депрессивных состояний и других нарушений в сфере психики. Присутствие ребёнка с нарушениями развития, вкуче с другими факторами, может существенно изменить состояние матери, ее устойчивость к стрессу, чувство психологического благополучия и др. Настоящее исследование посвящено пилотажному изучению депрессивных проявлений в группе таких матерей в ожидании операции у ребенка. Исследование клинической выборки проводилось на базе ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой ДЗ г. Москвы».

Раннее выявление врожденных пороков сердца у новорожденных и высокое качество хирургического вмешательства все же оставляют поле для беспокойства у матерей с детьми с врожденными пороками сердца.

Цель работы: оценка проявлений депрессии у матерей, ожидающих операции у ребенка до 1 года в сопоставлении с матерями, имеющими здоровых детей того же возраста.

Материал и методы. Две группы матерей от 20 до 40 лет, по 30 человек в каждой, имеющие детей в возрасте до года и сходные по основным возрастным, семейным и социокультурным параметрам, различающиеся по состоянию здоровья детей. Основная группа – матери, детям которых предстоит операция по поводу врожденного порока сердца, контрольная – матери здоровых детей.

Методики:

1. Методика выявления родительского отношения к детям (ОРО) А.Я. Варга и В.В. Столина.
2. Методика определения уровня депрессии В.А. Жмурова.
3. Тест «Забота родителей о ребенке».
4. Методика оценки психологического благополучия Варвик-Эдинбург (адаптация Н.Н. Лепешинского, 2007).

Основные задачи исследования:

- подбор методического инструментария;
- формирование выборок для сравнения;
- проведение эмпирического исследования выраженности депрессивных проявлений, уровня психологического благополучия и показателей заботы о ребенке в группах.

Результаты. В сопоставляемых группах отмечены разные варианты родительского отношения по данным ОРО: различия по шкале принятия ребенка в сопоставляемых группах, в группе нормативных матерей она значимо выше, чем в группе матерей детей с врожденными пороками сердца, также имеются значимые отличия по шкале кооперация, также в пользу матерей здоровых детей (критерий U Манна-Уитни, уровень $p \leq 0,05$). На уровне тенденции – превалирование в группе матерей детей с пороками сердца отношения к ребенку по типу «маленький неудачник».

Оценка проявлений депрессии по опроснику Жмурова показала следующее. В группе матерей, имеющих детей с пороком сердца, было достоверно больше испытуемых с проявлениями глубокой депрессии (57 % против 7 %), значимость по критерию Фишера на уровне $p \leq 0,01$. Напротив, отсутствие депрессии или легкие ее проявления характерны для матерей здоровых детей (40 %) по сравнению с матерями, имеющими детей с пороком сердца (10 %), значимость по критерию Фишера на уровне $p \leq 0,01$.

Аналогичные различия получены и по методике «Забота родителей о ребенке», у матерей, имеющих детей с пороком сердца более высокий суммарный средний балл – 40, а у матерей здоровых детей – 28 (критерий Стьюдента, уровень $p \leq 0,01$).

Наконец, по методике оценки психологического благополучия были также получены достоверные различия, снижены показатели психологического благополучия по следующим трем из шести шкал по сравнению с группой матерей, имеющих здоровых детей: позитивное отношение с окружающими; управление средой, цели в жизни (критерий Стьюдента, уровень $p \leq 0,05$).

Резюме. Проведенное нами исследование дает основания говорить о необходимости психологической поддержки, а может быть, и клинико-психологической помощи матерям, имеющим детей до года с врожденными пороками сердца, нуждающимися в хирургическом вмешательстве в связи с этим пороком. Очевидно, требуется работа мультидисциплинарной команды специалистов для улучшения состояния и функционирования этих молодых женщин.

Подобранный комплекс методик ориентирует специалистов в уровне проявлений депрессии, изменении параметров психологического благополучия у матерей, имеющих особых детей по сравнению с семьями, воспитывающими здоровых детей того же возраста.

Психологическая поддержка, направленная на формирование адекватного восприятия ребенка родителем и реалистичного планирования его и собственной будущей жизни, существенно необходима молодым матерям. Ее значение особенно возрастает для матерей, подверженным депрессии в связи с особенностями развития ребенка.

ВЫЯВЛЕНИЕ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ПРОТЯЖЕНИИ ДВУХГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Ильина Н.А.¹, Довженко Т.В.¹, Гродницкая Е.Э.²

Москва

¹Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России; ²ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ»

Введение. Выявление женщин, нуждающихся в психолого-психиатрическом сопровождении во время беременности и после родов имеет особое значение. Депрессия оказывает негативное влияние на состояние беременной женщины и плода, а в послеродовом периоде – на контакт матери и ребенка, особенности его развития.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одной из основных причин женского бесплодия, в связи с чем пациентки с СПКЯ зачастую оказываются в поле зрения врачей именно на этапе планирования семьи. Имеются данные, свидетельствующие о высокой распространенности расстройств настроения у пациенток с СПКЯ. Современные клинические протоколы позволяют успешно восстанавливать фертильность этих женщин, однако вопрос их психического здоровья остается не проработанным.

Цель исследования. Оценить частоту выявления депрессивных расстройств у женщин с СПКЯ, наблюдающихся у гинеколога

Материалы и методы. Проведена клиническая оценка (МКБ-10) состояния 63 пациенток с СПКЯ (критерии ESHRE/ASRM) в возрасте 18-44 лет, наблюдавшихся в консультативном отделении ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ». Спустя 2 года проведено катamnестическое интервью.

Результаты. Во время первичного обследования расстройства настроения (F30-F39) были выявлены у 26 пациенток с СПКЯ (41,3 %, N=63). По данным повторного интервью, в период 2-годичного катamnеза как минимум один депрессивный эпизод имел место у 33 женщин (52,4 %, N=63).

При этом рецидивирование депрессии произошло у 18 женщин с СПКЯ (69,2 %, N=26), а манифестация расстройства настроения – у 15 пациенток (40,5 %, N=37).

За время проведения исследования беременность наступила у 30 пациенток, причем у 10 из них (33,3 %) развились признаки послеродовой депрессии.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о высокой подверженности женщин с СПКЯ расстройствам настроения, в частности возникающим в послеродовом периоде. Важно отметить как высокую частоту рецидивирования, так и общий рост заболеваемости расстройствами настроения. Сказанное выше определяет необходимость регулярного психолого-психиатрического обследования женщин с СПКЯ, обращающихся за медицинской помощью с целью планирования беременности.

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кадачегов А.С., Максимова И.В.

Красноярск

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1», ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Введение. На протяжении продолжительного времени сохраняется рост сопутствующей соматической патологии у пациентов с психическими заболеваниями, что значительно выше, чем в популяции в целом. Эта тенденция оказывает непосредственное влияние на показатель смертности среди пациентов, страдающих психическими расстройствами, в сравнении с психически здоровыми лицами. Среди пациентов с психическими расстройствами, наравне с патологией сердечно-сосудистой системы ведущее рейтинговое место занимают заболевания обмена веществ, которые находятся в тесной патогенетической связи и отягощают протекание основного заболевания. Из заболеваний относящихся к патологии обмена веществ, наибольшее внимание уделяется сахарному диабету, как ведущей медико-социальной и экономической проблеме большинства развитых стран мира и одной из 10 главных причин смертности во всем мире (А.Ю. Третьяков и др, 2018).

Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинического течения параноидной шизофрении с коморбидным сахарным диабетом II типа.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования были отобраны женщины, страдающие параноидной шизофренией (с давностью заболевания не менее 3-х лет), которые были разделены на две группы в зависимости от наличия (основная группа 21 человек, средний возраст $58,2 \pm 12,1$ лет) или отсутствия (группа сравнения 20 пациенток, средний возраст $45 \pm 9,6$ лет) сахарного диабета II типа. Все обследуемые находились на стационарном лечении в Красноярском краевом психоневрологическом диспансере №1. Не включались в исследование пациенты с впервые выявленным сахарным диабетом, с терминальными проявлениями осложнений диабета, тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями и в остром психотическом состоянии. Группа сравнения включала 20 пациенток с диагнозом шизофрения без сопутствующего диабета, (средний возраст $45 \pm 9,6$ лет; 100 % женщины). Клиническое обследование проводилось с использованием индивидуальной карты пациента.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были получены следующие данные. На фоне проводимой терапии сахарного диабета показатели глюкозы в плазме крови составили больше $6,4$ ммоль/л у $42,9$ % (9), нормальный уровень глюкозы был у $57,1$ % (12). При проведении анализа динамики изменения уровня глюкозы показатели сахара в процессе лечения сахарного диабета уменьшились, стали индифферентными у $47,6$ % (10), а без изменений у $52,4$ % (11), при этом уровень глюкозы не влиял клиническую картину и течение основного заболевания. В основной группе по типу течения были отмечены различия: в $28,5$ % (6) случаев было установлено эпизодическое течение с нарастающим дефектом, в $71,4$ % (15) случаев тип течений был непрерывным, в группе сравнения эпизодическое течение было у 7 (35 %), непрерывное течение 13 (65 %). Ведущими синдромами при обращении за стационарной помощью в основной группе были: параноидный $71,4$ % (15) аффективно-бредовый синдром был у $14,2$ % (3) пациенток, галлюцинаторный $4,8$ % (1), выраженный эмоционально-волевой дефект отмечался у $9,6$ % (2) пациенток, в группе сравнения: параноидный 70 % (14) аффективно-бредовый синдром был у 20 % (4), выраженный эмоционально-волевой дефект отмечался у 10 % (2) пациенток. Острое начало с аффективными расстройствами отмечалось у 81 % (17), постепенное начало с неврозоподобной и ипохондрической симптоматикой отмечалось у 19 % (4), в группе сравнения также преобладало острое начало 90 % (18). Обращалось внимание на причину рецидива у $76,2$ % (16) пациенток обострение возникало на фоне отказа от поддерживающего лечения, употребление алкоголя и соматическое заболевание, а у $23,8$ % (5) рецидив происходил без видимых причин, в группе сравнения основной причиной обострения заболевания был отказ от лечения 55 % (11), спонтанно обострение проходило в 45 % (9).

Так как сахарный диабет приводит к сопутствующей соматической патологии было принято решение оценить наличие соматических заболеваний у пациенток, включенных в исследование: поражение сердечно-сосудистой системы было отмечено у $57,1$ % (12), а поражение желудочно-кишечного тракта встречалось у 19 % (4). Известно, что развитию сахарного диабета II типа сопутствуют метаболические нару-

шения, для их анализа был рассмотрен индекс массы тела (ИМТ) у пациенток, включенных в исследование: нормальный ИМТ имели 9,5 % (2), предожирение отмечалось у 23,8 % (5), ожирение I степени 9,5 % (2), ожирение II степени 19 % (4), ожирение III степени 14,4 % (3). В группе сравнения: нормальный ИМТ имели 35 % (7), предожирение отмечалось у 35 % (7), ожирение I степени 20 % (4), ожирение II степени 10 % (2).

Согласно стандартам оказания психиатрической помощи, всем пациенткам было проведено лечение антипсихотическими препаратами из них галоперидол получали 66,7 % (14), кветиапин был назначен 28,6 % (6), аминазин в 42,9 % (9), трифтазин – 23,8 % (5), клозапин 9,5 % (2), в группе сравнения галоперидол получали 40 % (8), кветиапин был назначен 20 % (4), аминазин в 40 % (8), трифтазин – 5 % (1), клозапин 10 % (2), оланзапин 20 % (4) предпочтение отдавалось монотерапии, с последующим переводом на пролонгированные препараты.

Закключение. На этапе данного исследования были выявлены различия в индексе массы тела, так у пациенток основной группы значительно реже отмечался нормальный ИМТ и предожирение, что можно использовать для оценки вероятности развития сахарного диабета II типа. Различия выявлены и в тактике ведения пациенток, в основной группе чаще назначался галоперидол, что можно объяснить ведущими галлюцинаторно-бредовым и галлюцинаторным синдромами, также в основной группе не назначался оланзапин, виду противопоказаний.

СТИГМЫ В СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СВЯЗАННЫЕ С КЛАССИЧЕСКОЙ ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Каланходжаева Ш.Б., Шигакова Ф.А.

Ташкент, Узбекистан

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии

Республики Узбекистан

Рождение ребенка с генитальной двусмысленностью (так называемой межсексуальности, которая теперь относится к медицинскому термину), «расстройства сексуального развития» ставит вопрос о соответствующем гендерном соотношении, что может вызвать у многих родителей страдания. Часто считается, что половой статус, ставит ребенка под угрозу социальной стигматизации. Классическая (внутриутробная) врожденная гиперплазия надпочечников в кариотипе 46,XX являются наиболее распространенным из классических синдромов интерсексуальности и, безусловно, требуют наиболее тщательного исследования с точки зрения эндокринологии и психологии. Около 90 % пациентов с классической врожденной гиперплазией надпочечников страдают от дефицита фермента 21-гидроксилаза. Как одно из нескольких эндокринных последствий, 46,XX плод с классической врожденной гиперплазией надпочечников подвергается необычно высоким уровням андрогенов во время развития плода, которые изменяют маскулинизацию гениталий и, предположительно, также влияют на мозг, а затем и поведение.

Простая, вирильная или компенсированная форма обусловлена частичной недостаточностью 21-гидроксилазы. Единственным клиническим признаком болезни при рождении является неправильное строение наружных половых органов. У девочек наружные половые органы сформированы неправильно, с различной степенью выраженности вирилизации. При лёгкой степени вирилизации отмечается только гипертрофия клитора, его форма не изменена и в ряде случаев эти изменения у новорождённых девочек не замечают. При более выраженной средней степени вирилизации (наблюдается наиболее часто) выявляется гермафродитное строение гениталий: клитор не только гипертрофирован, но и становится пенисообразным, формируется головка и крайняя плоть, уретра открывается одним отверстием с влагалищем, формируя *sinus urogenitalis* с узким воронкообразным входом во влагалище; малые половые губы гипоплазированы, большие половые губы становятся складчатыми и пигментированными. В более редких случаях при значительной вирилизации большие половые губы могут срастаться, напоминая расщеплённую мошонку, клитор с пенильной уретрой, может отмечаться атрезия наружных двух третей влагалища.

Цель исследования: выявление стигм, связанные с особенностями строения гениталий при врожденной классической гиперплазии надпочечников, в контексте сексуальной и психологической адаптации.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование является частью комплексного проекта «Пути усовершенствования диагностики, лечения и медико-социальной помощи пациенткам с наличием мутации гена CYP21 при врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН)», которое было проведено в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре эндокринологии Республики Узбекистан при помощи государственного финансирования с 2017 по 2018 гг. В исследование были включены 13 пациенток с классической формой ВДКН (среди них 11 женщин с простой вирильной). Возраст пациентов с 22 лет до 43 лет (в среднем $28,5 \pm 9,2$ лет). У всех пациенток отмечались изменения строения наружных половых органов различной степени выраженности. Главными фокусами исследования были изучение гендерного поведения, сексуальная ориентация, сексуальное поведение и сексуальная дисфункция, а также выявление возможных психических расстройств.

С каждой пациенткой было проведено детальное интервью с участием врача-психотерапевта женщины. Для интервьюирования применялась специально разработанная схема интервью с использованием специфических тестов по выявлению сексуальной ориентации, гендерного поведения. В ходе интервьюирования вопросы были открытыми и не использовались явные термины «стигма» или «различие», но были сформулированы так, что сообщения пациенток отражали стигматические переживания и чувства.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования были выявлены три вида стигм.

1. Опытная или принятая стигма т.е. это та стигма которая была принята сексуальными партнерами, она была выявлена у 8 (61,5 %) пациенток. Таким образом, у всех женщин, имевших сексуальный опыт, была стигматизация.

2. Ожидаемая стигма или стигма переживания по поводу предстоящего брака или сексуальной близости. Данная стигма, имеет неблагоприятные последствия для датировки и будущих ожиданий долгосрочного партнерства и брака, 7 (53,8 %) женщин упомянули, что наследуемость заболевания также добавила барьеры к ней заключению брака.

3. Социальная стигма, 9 (69,2 %) пациенток (возрастной диапазон 21-42 года) восприняли свое заболевание, как недуг, при котором невозможно вести полноценную жизнь. Эти пациентки не имели сексуального опыта, социальные контакты были единичные, их жизнь ограничивались только семейным кругом. Как правило, они занимались работой на дому. При этом большинство опрошенных женщин стеснялись внешнего вида. Основная причина связана с выраженным герсутизмом и маскулинизацией.

Из исследованных женщин лишь 3 (23,1 %) имели одну стигму, 10 (76,9 %) несколько стигм. Общим для всех пациенток было наличие отрицательных комментариев сексуальных партнеров относительно генитальных признаков, такие как общий вид, клиторомегалия, клиторальные эрекции, а также не генитальные соматические симптомы особенно герсутизм, некоторые партнеры прямо ставили под сомнение подлинный пол женщин. Последствия стигмы для женщин были многообразны. Согласно их сообщениям, стигма, введенная в романтическую/сексуальную жизнь, привели к немедленным и сильным эмоциональным реакциям, таким как, трагедия, смущение и стыд. Как способ справиться с риском прямой стигматизации, женщины прибегали к сокрытию своего тела, и особенно их половой области, от взгляда и прикосновения даже во время сексуального сталкивались с повышенной осторожностью в выборе пола-партнера, и имели тенденцию сохранять секретный статус. Ожидаемая стигма или переживания стигмы подчеркивается низкой самооценкой и самооценка как «ненормальная», о которой сообщали 37,5 % женщин, может способствовать повышению уровня психиатрических проблем, таких как депрессия, которая была обнаружена некоторыми исследователями. В группе исследуемых 6 женщин сообщили, что часто стали прибегать к употреблению алкоголя, с целью нивелирования своей проблемы.

Выводы. Результаты этого исследования показывают, что выявленные стигмы трех типов, опытных, ожидаемых и социальных, довольно распространены в романтической/ сексуальной сфере жизни женщин с классической врожденной гиперплазией надпочечников. Разработанное интервью по выявлению стигм, имеет важный социальный контекст. Это инструмент скрининга стигмы, специфичный для индивидуумов с соматической интерсексуальностью, который может использоваться в клинических и исследовательских целях.

КОМОРБИДНОСТЬ ЭНДОКРИННЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Калинин В.В., Железнова Е.В.

Москва

МНИИП-филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Введение. Эпилепсия оказывает влияние на многие системы организма. Эндокринные и гинекологические дисфункции являются наиболее частой сопутствующей соматической патологией у женщин, страдающих эпилепсией. Известно, что более трети женщин с височной эпилепсией имеют ановуляторные циклы. Все это, в конечном счете, приводит к снижению уровня фертильности. Психиатрическая коморбидность у пациенток с эпилепсией включает аффективные и тревожные расстройства, которые преобладают в популяции больных эпилепсией по сравнению с общей популяцией. Так, депрессии у больных эпилепсией достигают 11-62 % (Barry et al). При этом частота депрессий при эпилепсии у женщин в 1,5-2 раза выше, чем у мужчин. Тревожные расстройства при эпилепсии еще более частая патология, которая встречается в 10 раз чаще, чем в общей популяции. Хотя связь между эпилепсией и эндокринными и психическими расстройствами признана, мало что известно о взаимосвязи между эндокринными и психопатологическими синдромами у женщин с эпилепсией. Основная цель исследования состояла в том, чтобы определить, существует ли связь между формами эпилепсии, с одной стороны, и эндокринной и психопатологической симптоматикой, с другой.

Материал и методы. В исследование включено 130 женщин с эпилепсией репродуктивного возраста от 16 до 45 лет (средний возраст 25.55± 7.44 лет).

Парциальная эпилепсия диагностирована в 95 случаях, идиопатическая генерализованная – в 35. Средняя длительность эпилепсии составила 10.84±8.15 лет. Катамениальная форма эпилепсии диагностирована у 23 пациенток, некатамениальная – у 107 женщин. Гипоталамическая аменорея имела место у 43 % женщин, поликистозные яичники и синдром поликистоза яичников диагностирован у 7,7 %. Здесь следует подчеркнуть, что все формы гинекологической патологии были объединены в одну категорию «репродуктивные дисфункции» (включая гипогонадизм и синдром поликистоза яичников). С другой стороны, все случаи очаговых и диффузных изменений щитовидной железы были объединены в категорию «тиреоидные дисфункции». В исследовании учитывалась латерализация фокуса эпилептической активности. Левосторонний височный фокус имел место в 39 случаях, правосторонний – в 38, битемпоральный – в 17 случаях. Левосторонний лобный фокус имел место в 3 случаях, правосторонний лобный – в 5, билатеральный – в 6 случаях. Левосторонний теменной, правосторонний теменной и билатеральный теменной зарегистрирован в 5, 1 и 1 случаях. Левосторонний затылочный, правосторонний затылочный и билатеральные затылочные фокусы зарегистрированы в 1, 2 и 1 случаях.

Психиатрическая оценка проводилась согласно критериям диагностических категорий ICD-10 и включало одну из следующих четырех категорий: органическое аффективное расстройство (F06.3) – 36 женщин, органическое тревожное расстройство (F06.4) – 25 женщин, легкое когнитивное расстройство (F06.7) – 40 женщин, органическое расстройство личности (F07.0) – 29 женщин. В исследовании использовано психиатрическое интервьюирование, шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, а также шкала SCL-90.

Результаты и их обсуждение. Не выявлено связи между типом эпилепсии и катамениальностью ($\chi^2=2.12$, $P=0.15$), тиреоидной патологией ($\chi^2=0.21$, $P=0.34$) или репродуктивной дисфункцией ($\chi^2=0.91$, $P=0.34$). Другими словами эндокринная патология у женщин не является предиктором ни идиопатической, ни парциальной формы эпилепсии. Установлена тенденция к связи между эндокринной дисфункцией и катамениальностью ($\chi^2=3.88$, $P=0.049$). Выявлена статистически значимая связь между нормальной тиреоидной функцией и катамениальностью ($\chi^2=3.73$, $P=0,054$). Из этого можно предположить, что женщины с нормальной функцией щитовидной железы более склонны к катамениальности, чем женщины с патологией щитовидной железы. С другой стороны, катамениальность, по-видимому, развивается у женщин с явной репродуктивной дисфункцией. Проведена оценка влияния катамениальности, репродуктивной дисфункции и фокуса латерализации на частоту приступов при эпилепсии. Изменения переменных катамениальности, репродуктивной дисфункции и фокуса латерализации были выбраны как фиксированный фактор, а частота приступов была выбрана в качестве зависимой переменной.

Представлены данные, полученные на этом этапе, в основном результаты трехстороннего дисперсионного анализа. Установлено, что катамениальность, репродуктивная дисфункция и латерализация

фокуса сильно взаимодействуют между собой ($P=0,0000$). Это указывает на общие механизмы патогенеза среди женщин, страдающих эпилепсией. Примечательно, что только катамениальность ($\eta^2=0,701$) и латерализация фокуса ($\eta^2=0,420$) имели максимальную связь среди всех трех изученных фиксированных факторов. Кроме того, каждый независимый фактор имел статистически значимое влияние на частоту первичных генерализованных приступов (ПГП), тогда как взаимодействие между катамениальностью, репродуктивной дисфункцией и фокусом латерализации в дополнение к влиянию на ПГП влияло на вторичные генерализованные приступы (ВГП). На следующем этапе оценивалась связь катамениальности, психических расстройств и фокуса латерализации с частотой приступов. Еще раз обнаружилось сильное взаимодействие между катамениальностью, фокусом латерализации и психической патологией. Это означает, что три фактора являются аддитивными. Все эти факторы также повлияли на ПГП. Максимальная частота ПГП регистрировалась у пациенток с катамениальной эпилепсией, двусторонними очагами и органическим аффективным расстройством, тогда как минимальная частота наблюдалась у женщин с некатамениальной эпилепсией и левыми очагами независимо от диагноза. Имела место статистически значимая связь между психическими расстройствами и фокусом латерализации у женщин с частотой абсансов. Иными словами, частота диагноза психических расстройств зависела от частоты абсансов и фокуса латерализации. В группе исследования, частота абсансов была максимальной у пациенток с некатамениальной формой эпилепсии, билатеральных фокусах и органическом аффективном расстройстве. Напротив, у женщин с катамениальной эпилепсией и левыми или правыми очагами, независимо от диагноза, наблюдалось отсутствие связи. Другими словами, развитие ПГП определяется, главным образом, наличием двусторонней фокусной активности и катамениальностью, тогда как частота абсансов зависит в основном от билатеральной активности у женщин с некатамениальной эпилепсией. Были получены конкретные различия по определенным конструктам шкалы SCL-90. Максимальный общий балл SCL-90 был достигнут у женщин с катамениальной эпилепсией и нормальной репродуктивной и нормальной тиреоидной функцией. Это можно объяснить максимальным выражением таких конструктов SCL-90 как соматизация, агрессивность, параноидное мышление и психоз. Указанные конструкты SCL-90 были самыми высокими у женщин с катамениальной эпилепсией и нормальной репродуктивной функцией и нормальной функцией щитовидной железы. Напротив, депрессия и обсессивно-компульсивные симптомы были максимальны у женщин с некатамениальной эпилепсией, нормальной репродуктивной функцией и дисфункцией щитовидной железы.

Заключение. Таким образом, может быть предложено, по крайней мере, два психопатологических паттерна с конкретными нейроэндокринными расхождениями у женщин с эпилепсией. Первая модель включает депрессивные и навязчивые синдромы. Эта модель детерминирована главным образом дисфункцией щитовидной железы, взаимодействующей с нормальной репродуктивной функцией и некатамениальной эпилепсией. Напротив, вторая психопатологическая модель состоит из психотических и параноидных симптомов и вызвана взаимодействием между нормальной функцией щитовидной железы, катамениальной формой эпилепсии и репродуктивной дисфункцией.

ОСОБЕННОСТИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ЖЕНЩИН НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ

Каньшина Е.С., Малышко Е.В.

*Ростов-на-Дону
ГБУ РО НД*

Актуальность исследования. Сущность медицинского освидетельствования на состояние опьянения связана с тем, что на современном высокотехнологичном производстве обеспечение безопасности труда при управлении техническими средствами повышенной опасности требует от работников хорошего здоровья, функционального состояния, строгого ограничения в употреблении психоактивных веществ. Это закреплено законодательно во многих странах, в том числе и в России. Реализация этих законов осуществляется путем проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения работников производств, участников дорожного движения, других заинтересованных структур и групп населения. Процедура медицинского освидетельствования строго регламентирована для всех категорий граждан приказом МЗ России от 18.12.2015 № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние

опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (Зарегистрировано в Минюсте России 11.03.2016 №41390). Однако в практической работе были выявлены определенные особенности и закономерности при освидетельствовании женщин.

Цель исследования: выявить особенности и закономерности медицинского освидетельствования женщин, доставленных в кабинет медицинского освидетельствования на состояние опьянения.

Материалы и методы: аналитическое исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Наркологический диспансер» (далее ГБУ РО «НД») за 2016-2017 гг. Ретроспективный анализ проводился по актам медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического). В исследовании приняли участие 5705 человек, которые проходили медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) в ГБУ РО «НД» в 2016 и 2017 гг.

Результаты исследования: в 2016 г. в кабинете медицинского освидетельствования было проведено всего 2931 освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического, токсического). Из них у 463 (16 %) человек было выявлено алкогольное опьянение, у 1271 (43 %) человека наркотическое опьянение, были признаны трезвыми 1057 (36 %) человек, отказались от прохождения освидетельствования 96 (3 %) человек.

Количество женщин, обратившихся в кабинет, составило 156 человек (5 % от всех освидетельствованных). Максимальное количество женщин были в возрасте от 18 до 30 лет (49 %). Женщины в возрасте 31-50 лет составили 44 % от всех доставленных женщин. 5 % составили несовершеннолетние (до 18 лет). 2 % от доставленных женщин были в возрасте свыше 50 лет.

Из граждан, доставленных трезвыми, женщины составили 11 % от всех доставленных и 49 % от доставленных женщин. Причем максимальное количество трезвых женщин оказались в возрастных рамках от 18 до 30 лет.

Всего 4 % женщин были в алкогольном опьянении (2 % от всех доставленных женщин). Большая их часть в возрасте от 31 года до 50 лет.

Наркотическое опьянение у женщин (9 % от всех доставленных и 49 % от доставленных женщин) выявлялось в возрасте 18-30 лет.

Среди женщин находящихся в наркотическом опьянении в 63 % случаев был обнаружен PVP – пирролидиновалерофенон; в 32 % случаев – тропикамид, в 5 % случаев другие психоактивные вещества.

Отказывались от проведения освидетельствования в 2016 г. только мужчины (100 %), причем чаще в возрасте 18-30 лет (51 %). У женщин отказов от освидетельствования в 2016 г. не было.

В 2017 г. в кабинете медицинского освидетельствования было проведено всего 2774 освидетельствования. Из них у 304 (11 %) человек было выявлено алкогольное опьянение, у 1303 (47 %) человек наркотическое опьянение, были признаны трезвыми 866 (31 %) человек, отказались от прохождения освидетельствования 105 (4 %) человек.

Количество женщин, обратившихся в кабинет, составило 188 человек (8 % от всех освидетельствованных). Максимальное количество доставленных женщин были в возрасте от 31 до 50 лет (62 %). Женщины в возрасте 18-30 лет составили 32 % от всех женщин. 6 % составили женщины в возрасте свыше 50 лет.

Количество женщин, доставленных трезвыми, составило 7 % от всех доставленных и 34 % от доставленных женщин. Причем максимальное количество трезвых женщин были в возрасте от 30 до 50 лет.

Среди лиц, доставленных в алкогольном опьянении, было 5 % женщин (9 % от всех доставленных женщин). Большая их часть находилась в возрастных рамках от 31 года до 50 лет.

Наркотическое опьянение выявлялось у женщин в 7 % случаев от всех доставленных в кабинет и в 49 % от доставленных женщин. Чаще всего наркотическое опьянение встречалось у женщин в возрасте 30-50 лет.

У женщин, находившихся в наркотическом опьянении в 52 % случаев был обнаружен PVP – пирролидиновалерофенон, в 35 % случаев тропикамид, в 13 % случаев – другие психоактивные вещества.

Отказывались от проведения освидетельствования в 2017 г. женщины в 15 % случаев (8 % от доставленных женщин).

По клиническим признакам изменения психической деятельности наблюдались в 100 % случаев – демонстративные реакции (34 %); сонливость (16 %); возбуждение (9 %); эмоциональная неустойчивость (41 %). Демонстративные реакции заключались в нарочитом усугублении признаков опьянения; провоцировании конфликтов; симуляции эпилептического приступа (1 случай – 0,2 %). Эмоциональная неустойчивость характеризовалась раздражительностью (17 %); перепадами настроения – от эйфории до подавленности (23 %). В 60 % случаев наблюдалась плаксивость. Изменения вегетососудистой деятельности в 98 %

случаев – гиперемия кожных покровов (77 %); инъекированность склер (56 %); тахикардия (68 %). Нарушения двигательной сферы – неустойчивость в позе Ромберга (84 %); тремор век (69 %).

Выводы: за исследуемый период в кабинет медицинского освидетельствования женщины доставлялись значительно реже мужчин. Причем возрастной интервал достаточно широк – от 16 до 66 лет.

При анализе лиц, доставленных в кабинет за последние два года, отмечаются следующие тенденции.

1. Большее количество доставленных женщин находилось в состоянии наркотического опьянения.

2. Количество женщин, доставленных трезвыми сопоставимо с количеством доставленных в наркотическом опьянении.

3. Количество женщин, доставленных в алкогольном опьянении ничтожно мало.

4. Идет неуклонный рост количества женщин, отказавшихся от прохождения медицинского освидетельствования.

5. Наибольшее количество женщин было доставлено в 2017 г. (8 %) в состоянии наркотического опьянения (49 %).

6. У женщин, находившихся в наркотическом опьянении, чаще обнаруживался пирролидиновалерофенон и тропикамид.

7. У всех доставленных женщин были выражены клинические признаки опьянения (приложение №2 к приложению №1 приказа МЗ РФ от 18.12.2015 №933н), вне зависимости от наличия либо отсутствия опьяняющих веществ, обнаруженных при освидетельствовании. Особенно ярко были выражены изменения психической деятельности, а именно эмоциональная неустойчивость – раздражительность, перепады настроения и плаксивость.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е.

Томск

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

Одной из тенденций, характеризующих наркологическую ситуацию в России, является стирание половых различий в контингентах подростков, вовлеченных в потребление наркотиков и алкоголя и рост распространенности алкоголизма среди подростков женского пола. Алкоголизация у девушек-подростков часто сочетается с табакокурением, начало которого часто предшествует первому алкогольному эксцессу. Изучение начальных проявлений формирования химических аддикций у девочек-подростков актуально в контексте исследования женского здоровья. На современном этапе в формировании химических аддикций у подростков усиливается влияние внешних, средовых факторов риска – проживание в городе, доступность и «популяризация» ПАВ, толерантность общества к употреблению ПАВ, и, в частности, девушками и молодыми женщинами.

Установки к употреблению ПАВ, проблемы социального взаимодействия и аддиктивное поведение в подростковом возрасте могут способствовать употреблению ПАВ взрослыми, предопределяя большую вероятность развития алкогольной зависимости в дальнейшем. Наше исследование посвящено вопросам раннего употребления алкоголя, никотина, наркотиков подростками на этапе проб психоактивных веществ.

Цель исследования – выявление особенностей формирования химических аддикций у подростков в зависимости от пола, учащихся общеобразовательных и коррекционных школ.

Материал. Методом сплошной выборки были обследованы подростки 12-17 лет (n=421) – учащиеся общеобразовательных (n=198) (городских и сельских) и коррекционных (n=223) школ г. Томска и Томского района. Из них девочек – 41,6 % (n=175). Учащиеся коррекционных школ, подростки с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), имели выраженные нарушения слуха и зрения (сенсоневральная тугоухость III-IV степени, глухота, врожденные аномалии органа зрения).

Методы: использованы шкала самооценивания (Self-Compiled Questionnaire, SCQ), шкала депрессии М.Ковак (Child Depression Inventory, CDI). Показатели распространенности оценивались с помощью критерия χ^2 с определением уровня значимости p (STATISTICA v.8.0.).

Результаты и обсуждение. По данным самоотчетов 26,4 % учащихся курят, 15,2 % употребляют алкоголь, 2,9 % – наркотики. Среди учащихся общеобразовательных школ соответствующие показатели распределяются следующим образом – 9,6 %, 13,6 %, 3 %. Среди учащихся коррекционных школ признаются в употреблении алкоголя 16,6 %, наиболее распространенным видом аддиктивного поведения оказалось курение (41,7 %), выявлены значимые различия при сравнении, как с городскими учащимися ($\chi^2=12,34$, $p=0,0004$), так и с сельскими ($\chi^2=25,25$, $p=0,00001$). Городские подростки значимо чаще сообщают об употреблении алкоголя в сравнении, как с сельскими учащимися ($\chi^2=5,39$, $p=0,02$), так и с учащимися коррекционных школ ($\chi^2=0,6$, $p=0,043$). О пробах наркотиков сообщали только учащиеся общеобразовательных школ (6,1 %).

В группе мальчиков признаются в курении 30,9 %, в употреблении алкоголя – 14,2 %, в пробе наркотиков – 2,8 %. Выявлены различия в количестве курящих среди учащихся общеобразовательных и коррекционных школ (10,4 % и 48,8 %, $\chi^2=11,84$, $p=0,0006$), которые могут объясняться как «феноменом сокрытия аддиктивного поведения» у подростков (более характерного для лиц с нормативным развитием), так и боязнью негативных последствий при выявлении факта употребления ПАВ. Кроме того, для подростков со склонностью к аддиктивному поведению в целом присуще стремление лгать, чтобы приукрасить свой образ, крайняя изворотливость, лживость, фантазирование. В беседе с этими подростками и получении объективных сведений от социального окружения (педагоги, родители) нам нередко удавалось выяснить их приверженность ПАВ и наличие опыта потребления. Число «лживых» ответов среди учеников коррекционных школ минимально по причине особенностей психической сферы (не достаточная сформированность абстрактно-логического мышления, инфантилизм, низкий уровень притязаний, узкий круг интересов и возможностей самоутверждения).

Среди девочек курят 20 %, признаются в потреблении алкоголя 16,6 %, в пробе наркотиков – 2,9 %. Среди учениц общеобразовательных школ признаются в курении 8,4 %, в коррекционных школах курят 30 %; в потреблении алкоголя 16,9 % и 16,3 % соответственно; 6 % девочек из общеобразовательных школ сообщают о пробе наркотиков. Городские девочки значимо чаще сообщают об употреблении алкоголя ($\chi^2=6,78$, $p=0,0092$) в сравнении с сельскими. Это обстоятельство является подтверждением тенденции к сглаживанию половых различий в потреблении алкоголя на фоне меняющихся представлений о социальных мужских и женских ролях, более выраженной в городских сообществах.

Полученные нами результаты потребления ПАВ подростками в зависимости от пола соответствуют отмечаемым как в России, так и в других странах, тенденциям: рост ранней систематической алкоголизации подростками женского пола; стирание половых различий в контингентах подростков, вовлеченных в потребление наркотиков и алкоголя; более быстрое развитие у них клинической симптоматики. Данная тенденция связана с меняющимися представлениями о гендерных социальных ролях, ростом доступности алкоголя, маркетинговыми стратегиями, ориентированными на молодых женщин. Девочки-подростки, особенно учащиеся городских школ, должны стать целевой группой для проведения превентивных мер в отношении аддиктивного поведения и формирования представлений о социальной роли женщины, традиционных семейных ценностях.

Имеющиеся в литературе данные о коморбидности аддиктивных и аффективных расстройств позволяют предположить наличие ранних признаков эмоциональных нарушений у подростков-потребителей ПАВ. Сравнение курящих и употребляющих алкоголь мальчиков и девочек, с группой не употребляющих с результатами Шкалы депрессии М. Ковак не выявило значимых различий ($p>0,05$) в распределении высокого риска развития депрессии. Вероятно, коморбидные взаимоотношения аффективной и аддиктивной патологии формируются на более позднем этапе онтогенеза, и в подростковом возрасте употребление алкоголя как способа снятия аффекта менее значимо в сравнении с более взрослым состоянием. Данное наблюдение косвенно подтверждает обнаруженные другими исследователями такие частые мотивы употребления алкоголя подростками, как любопытство и «за компанию».

Таким образом, каждый третий мальчик и пятая девочка курят, каждый седьмой мальчик и шестая девочка употребляют алкоголь, каждый тридцать шестой подросток, независимо от пола, признаются в пробе наркотиков. Особенности формирующегося аддиктивного поведения подростков женского пола являются: ученицы городских школ чаще потребляют алкоголь, ученицы коррекционных школ чаще курят; отсутствует взаимосвязь между курением и употреблением алкоголя и уровнем риска развития депрессии.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ МАТЕРЕЙ

Карницкая Л.А.

Минск

Белорусская медицинская академия последипломного образования

По оценкам зарубежных исследователей в настоящее время 29-68 % женщин, страдающих шизофренией, являются родителями несовершеннолетних детей. Несмотря на то, что шизофрения у матери ассоциируется со значительным нарушением семейного функционирования и негармоничным характером детско-родительских отношений, количество исследований, посвященных изучению стилевых особенностей детско-родительских отношений в семьях матерей с шизофренией незначительно.

Матери с шизофренией представляют собой уникальную группу населения, требующую разработки программ вмешательств и мер, направленных на социальную реабилитацию и реадaptацию, включая успешное выполнение родительской роли.

Целью настоящего исследования было определение характера детско-родительских отношений между больными шизофренией матерями и их детьми.

Материалы и методы. Дизайн исследования: поперечное, сравнительное, «случай – контроль». Набор материала выполнялся на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск. В исследовании приняли участие матери детей в возрасте от 3-х до 14 лет и проживающие совместно с ними. Основную группу составили матери, страдающие шизофренией (n=58). Контрольную группу составили психически здоровые матери. Объектом статистического наблюдения явились матери с шизофренией, единицей статистического наблюдения – диада мать-ребенок.

Выявление особенностей семейного функционирования и детско-родительских отношений производилось с помощью опросника для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (далее-АСВ) (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 1987; 1990). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета SPSS 17.0. Для оценки межгрупповых различий использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов проведенного исследования выявил достоверные статистические различия характеристик детско-родительских отношений у психически здоровых матерей и матерей с шизофренией. Профиль АСВ матерей с шизофренией отражает более высокие уровни гиперпротекции (U=1070; p<0,01), потворствования (U=775,0; p<0,01), требований-обязанностей (U=1277,0; p<0,02), неустойчивости стратегий воспитания (U=1031,0; p<0,01), минимальности санкций за нарушение требований ребенком (U=955,0; p<0,01) и более высокие уровни как чрезмерности требований-запретов (U=1234,5; p<0,01) так и недостаточности требований-запретов (U=1377,0; p<0,02). Среди возможных причин дисфункциональных детско-родительских отношений выражены психологические проблемы родителя в виде расширения родительских чувств (U=1268,5; p<0,01), фобии утраты (U=1336,0; p<0,02), воспитательной неуверенности родителя (U=1268,5; p<0,01), вынесения конфликта с партнером в область детско-родительских отношений (U=1284,0; p<0,01), неразвитости родительских чувств (U=1293,0; p<0,01), предпочтения женских качеств (U=1212,0; p=0,01).

Полученные результаты свидетельствуют о сложном характере взаимоотношений в семьях больных шизофренией матерей, что согласуется с результатами современных исследований. Высокие результаты по шкалам гиперпротекции и потворствования свидетельствуют об обостренном внимании больной матери к ребенку, стремлении к максимальному и некритическому удовлетворению любых его потребностей. Чрезмерность требований-обязанностей, предъявляемых ребенку, лежит в основе негармоничного типа воспитания «повышенная моральная ответственность», когда к ребенку предъявляются требования, не соответствующие его возрасту и возможностям. Отсутствие определенных воспитательных стратегий, невозможность определить степень дозволенности в сочетании с неустойчивым стилем воспитания приводит к непредсказуемости контролирующих сигналов матери, переходам от строгости к либеральности во взаимоотношениях, смене повышенного внимания к ребенку на эмоциональное отвержение родителя. Существенное значение в стиль детско-материнских отношений больных матерей могут вносить психологические проблемы родителя, решаемые за счет ребенка. Так фобия утраты ребенка, вполне объяснимая у матерей с шизофренией страхом потери опеки над детьми, может обуславливать обостренное внимание к ребенку и чрезмерность запретов. Расширение родительских чувств, возникающее на фоне нарушенных отношений с супругом, приводит к неосознанному желанию матери, чтобы ребенок удовлетворял

часть потребностей, которые в обычной семье удовлетворены в психологических отношениях супругов. Воспитательная неуверенность может обуславливать нерешительность родителя даже в тех случаях, когда нет сомнений в правильности собственных действий. Незрелость родительских чувств приводит к гипопротекции и эмоциональному отвержению.

Заключение. Выявленные особенности детско-родительских отношений в семьях больных шизофренией матерей не обязательно присутствуют в полном их сочетании. Степень выраженности черт и характер их сочетания детерминируется различными факторами, в том числе наличием болезни у матери. Определение внутренней структуры стилевых особенностей детско-родительских отношений у матерей с шизофренией и характера влияния болезни матери на стиль семейных взаимоотношений требует дальнейшего изучения.

ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Карпова Э.Б.

Санкт-Петербург
СПбГУ

Разработка программ помощи женщинам, воспитывающих детей с ограниченными возможностями, направлено на оказание им содействия в преодолении сложностей социального приспособления и обретения «социальной ниши» как для себя, так и для своих детей. Важным представляется не только выявление психотерапевтических «мишеней», но и личностный потенциал эффективности социально-психологической адаптации у таких женщин. Наиболее адекватной моделью для такого потенциала могут служить женщины, активно участвующие в развитии своего ребенка, занимаются с ним в различных центрах, водят детей на различные реабилитационные мероприятия.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 41 женщина в возрасте от 29 до 66 лет, чей ребенок или внук имеет особенности в развитии. Критериями включения в выборку также являлись: пол, наличие в семье ребенка с особенностями в развитии, непосредственное участие в воспитании и жизни ребенка. Все женщины, принявшие участие в исследовании, проживают в Санкт-Петербурге Ленинградской области. У женщин, принявших участие в исследовании, дети проходили курс иппотерапии или посещали центр речевого развития.

Для исследования были выбраны следующие методики: метод анкетирования; авторский опросник самостигматизации для женщин, чьи дети имеют отклонения в развитии, разработанный на основе опросника самостигматизации для людей с психическими заболеваниями С.Н. Ениколопова; Гиссенский личностный опросник; шкала базисных убеждений в адаптации М.А. Падун и А.В. Котельниковой; методика Дембо-Рубинштейн (9 шкал, 5 из которых направлены на самооценку испытуемого и 4 на оценку семейных отношений респондентов).

Результаты и их обсуждение. Социо-демографические характеристики. Из общего количества женщин, принявших участие в исследовании, в браке состояли 73,2 % женщин, 26,8 % разведены или находятся в состоянии развода.

Большинство женщин получает помощь в воспитании и уходе за ребенком со стороны родственников. Из общей выборки 30 женщин указали наличие помощи со стороны своих родных. Внешние проявления болезни имеются у 34 детей (82,9 %).

Женщины, принявшие участие в исследовании, были разделены на 2 группы. Первую группу составили 25 женщин, дети которых имеют различные особенности в развитии (смешанная группа), вторую группу – 16 женщин, дети имеют диагноз аутизм. Сопоставление двух групп по признакам: предложение врачей об отказе от ребенка, семейное положение, помощь со стороны родственников, внешние проявления болезни ребенка – не обнаружили статистически значимых различий между группами (критерий U Манна-Уитни). Сопоставление средних показателей в группах по шкалам опросника самостигматизации также не выявило статистически значимых различий (t-критерий Стьюдента $p > 0,05$), что позволило объединить группы в одну, в которую вошли все женщины, воспитывающие детей с разными диагнозами.

Признаки самостигматизации. У 22 % женщин выявлены признаки самостигматизации, связанной с их профессиональной деятельностью, а именно, с карьерой и карьерным ростом испытуемого, помехой которой женщины считают наличие у них ребенка с особенностями в развитии. Такое же количество женщин получили высокие оценки по шкале «Семейные отношения», свидетельствующие о наличии самостигматизации, связанной с семейным отношением («мой ребенок отличается от других моих детей», «моим родственникам не хочется помогать мне»). 15 % женщин обнаружили признаки самостигматизации, связанной с взаимоотношениями со знакомыми и друзьями, с близким окружением. Реже – только у 10 % женщин – обнаружена самостигматизация, связанная с субъективным представлением об отношении к себе со стороны социума, с проявлением внимания к себе и своей проблеме случайных людей.

Самооценка. Наиболее характерным является завышенная самооценка женщин своих материнских качеств (Я – самая лучшая мать) и субъективная оценка своей активности. По другим шкалам – счастье, независимость, уверенность – также от 50 до 60 % женщин имели завышенные оценки. Большинство женщин в целом высоко оценивают свои семейные отношения.

Базисные убеждения. Только 15 % респонденток показали адекватное восприятие себя, своих способностей и личностных качеств. Неадекватное восприятие своего «Я» (склонность недооценивать или наоборот переоценивать себя и свои возможности) оказалось у 20 % женщин. Такое же количество женщин имеют представление о мире как недоброжелательном по отношению к себе, имеют недоверие к окружающему миру. Относительно большое количество женщин имеют высокие оценки по шкале «удача», т.е. здраво воспринимают происходящее с ними и оценивают его с точки зрения оценки событий, которые привели к тому или иному результату, а не с точки зрения своего везения. 15 % женщин исследуемой выборки склонны винить во всем судьбу или удачу. Такое же количество респонденток проявили неспособность человека контролировать свое поведение и оценивать его адекватно. Относительно более уязвимой из базисных убеждений оказалась шкала «справедливость». 22 % женщин считают, что мир несправедлив к ним и неверно функционирует, а происходящее с ними незаслуженно.

Личностные характеристики. 43 % женщин – доверчивы, открыты окружающим, откровенны, имеют большую потребность в любви.

Около 40 % респонденток имеют высокие показатели социального одобрения, свидетельствующие об уступчивости и терпении. 12 % от всей выборки считают себя непривлекательными для общества, не отличаются целеустремленностью, ощущают себя непопулярными и мало уважаемыми в обществе.

39 % от общей выборки характеризуется высокими показателями по шкале «доминантность», что свидетельствуют о таких особенностях личности как уступчивость, терпеливость и послушание. 20 % имеют показатели, соответствующие таким особенностям личности, как властолюбие, нетерпение, настойчивость.

Для более трети выборки характерны такие черты, как активность, общительность, конкурентоспособность, способность на длительные отношения; 10 % характеризуются низкими социальными способностями.

Значительная часть женщин (27 %) имеют избыточный контроль, педантичность, усердие, чрезмерную правдивость; 10 % характеризуются беззаботным поведением и легкомыслием.

Преобладающее настроение у большинства женщин – в пределах нормы, однако 15 % имеют сниженное настроение, подавленность, склонность к рефлексии, самокритичность и зависимость от мнения окружающих. Вместе с тем, для 22 % характерно приподнятое настроение, повышенная активность.

В целом для исследуемой группы характерны средние значения самостигматизации. Высокие показатели уровня стигматизации значительно чаще встречаются в сфере социальной активности и в сфере «семейные отношения», то есть самостигматизации связанной с субъективным восприятием респондентами отношений между близкими членами семьи, а также членами семьи второго круга (братья/сестры, тети/дяди и т.д.). Более высокие показатели самостигматизации респонденток положительно взаимосвязаны с такими личностными характеристиками, как неуверенность в себе, подчиненность, зависимость, подавленность, самокритичность; отрицательная взаимосвязь выявлена с такими базовыми убеждениями, как «доброта окружающего мира».

Для большей части женщин, активно занимающихся развитием и адаптацией своих детей, характерной оказалась завышенная самооценка в различных сферах: счастье, социальная активность, самооценка своих материнских качеств, независимость от социальных оценок, уверенность в себе. Достоверно значимая связь была выявлена между самостигматизацией в различных сферах жизни и семейными отношениями, уровнем самооценки, базисными убеждениями, шкалами «преобладающее настроение» и «доминантности».

Таким образом, к факторам, способствующим социальной адаптации женщин, воспитывающих детей с особенностями, можно отнести такие личностные характеристики, как развитые социальные способности, доминантность, высокая самооценка себя как матери и личности в целом, представления о доброжелательности, справедливости и контролируемости мира и поддержка со стороны близкого окружения, в первую очередь, семьи.

ПРИНЦИП ПАРНОСТИ В ТЕРАПИИ ЖЕНСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Кибрик Н.Д., Прокопенко Ю.П.

Москва

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России*

Сексология, вероятно, самая социализированная медицинская наука. Область исследования этой науки затрагивает моменты существования человека, которым всегда придавалось особое значение именно в социальном плане.

По выражению польского сексолога Казимежа Обуховского «...сексуальные особенности индивидов, как, например, половая сила, импотенция, считаются окружающими общественными достоинствами или недостатками, как, скажем, храбрость или трусость, правдивость или лживость, а не просто определенными физическими чертами, подобными остроте зрения или болезням типа туберкулеза или астмы. Этим объясняется стремление человека к приобретению сексуальных достоинств...».

Развитие сексологии всегда отражало особенности социальной формации, в рамках которой развивалась. В рамках патриархального общества особое значение отводилось и отводится проблемам мужской сексуальности, в то время как женская сексуальность исследовалась явно недостаточно.

Три классических момента в изучении женской сексологии и сексопатологии сохраняются и поныне:

1. Сексуальные проблемы у женщин исследуются гораздо слабее, чем мужские.
2. Женская сексуальность считается более психологизированной, чем мужская.
3. Сексуальные проявления у женщин рассматриваются по образу и подобию мужской сексуальности.

В последние десятилетия ситуация стала меняться, сопровождаясь «пенной» изобретения новых псевдо-клинических и псевдо-социальных «наук» типа любвеологии, сквиртологии и др., броскими пиарными вбросами, типа всеобъемлющей роли клитора и его гигантскими размерами, женской эякуляции и т.д., а вовсе не академическими и клиническими исследованиями.

Серьезные исследования оказывают гораздо меньше влияния на общественные процессы в области интимных отношений.

Происходит подмена понятий пола на гендер, полового диморфизма на свободу выбора пола, агрессивным внедрением в общественную мораль поведения, основанного на социальных понятиях, оторванного от естественных биологических основ.

На фоне этой вакханалии вопросы женской сексуальности нередко решаются в штурмовом порядке, выражаются в дискриминации мужчин, оторванности женских проблем от принципа парности сексуальной функции.

Наблюдается общая тенденция к механистическому рассмотрению сексуальных проблем вообще, как мужских, так и женских. Системный анализ сексуального расстройства, предложенный Г.С. Васильченко, уступает синдромальному, без учёта факторов, влияющих на картину расстройства.

Подобный подход в отношении женских сексуальных проблем приводит к разработке «женской Виагры», пропагандированию «гимнастики по Кегелю», вумбилдинга и имбилдинга и т.д. То есть, полному отрыву интимных ощущений и переживаний от состояния партнёрских отношений, типа личности, вне-сексуального поведения в паре и т.д.

Эта тенденция вполне обоснована с социальной точки зрения: сексуальные отношения всё больше отрываются от глубокого психологического контакта партнёров; всё больше мужчин и женщин не имеют постоянного партнёра; вера в волшебную таблетку связана с ограничением свободного времени и реальных личных контактов (заменяясь на общение в Сети).

Феминистический подход к роли женщины и мужчины в обществе и в интимных отношениях придаёт партнёрше двоякую роль: с одной стороны она не должна зависеть от мужчины, а с другой требует от него волшебных действий, автоматически приносящих ей наслаждение и удовлетворение. Невозможность достижения заявленного при помощи навязанных психологических инструментов снижает готовность к партнёрству и не позволяет решать сексуальные конфликты эффективным путём.

Партнёрский подход к решению сексуальных проблем известен более 70 лет. У. Мастерс и В. Джонсон разработали партнёрскую секс-терапию, в процессе которой супруги проходят определённые этапы просвещения, обучения, освоения как теоретических, так и практических данных, в результате осваивая новую модель их партнёрского поведения, позволяющего обоим иметь комфортные отношения как в интимном плане, так и в общих супружеских отношениях.

Супружеская секс-терапия может рассматриваться и как терапия *ex juvantibus* – решая проблемы, возникшие недавно и имеющие возможность быть решёнными или компенсированными без глубоких изменений в партнёрстве; и как тест на готовность сотрудничества между супругами; возможность реализовать сексуальность при определённых особенностях/ограничениях запросов и возможностей обеих сторон.

Основная ценность супружеской (партнёрской) секс-терапии – глубокое проникновение в основы сексуальных нарушений у пациента и/или в паре на основе системного подхода и постулата о партнёрской сущности интимных отношений.

На первичном (предварительном) этапе каждый из партнёров проходит обычное сексологическое обследование, включающее в себя все исследования индивидуального приёма. Затем врач проводит анализ данных, полученных от каждого из супругов как о собственном здоровье, запросов и возможностей, так и о представлении о сути партнёрских отношений, запросах и возможностях партнёра. Таким образом становятся известны ожидания каждого из партнёров, а также наиболее сохранённые механизмы сексуального взаимодействия, которые могут быть использованы для коррекции существующей ситуации.

Нередко сложную задачу представляет собой уточнение информации, поданной каждым из партнёров: личный взгляд на происходящее может вступать в явное противоречие как с мнением партнёра, так и с реальным содержанием обсуждаемого факта. Кроме того, приходится принимать во внимание как стремление соблюсти некие социальные правила в подаче информации, так и ложь, призванную замаскировать попытки достижения каких-то несексуальных целей (заключение брака, манипулирование партнёром, денежные интересы и др.). Все особенности взаимоотношений супругов требуют гармонизации, взгляды и ограничения в интимных отношениях – коррекции.

Таким образом, начало супружеской секс-терапии носит психологический характер, в меньшей степени – нормализация физических причин, создающих предрасположенность к невозможности совершения стандартного интимного общения или негармоничной оценки половой жизни в паре.

Женские проблемы преобладают среди жалоб, предъявляемых постоянными партнёрами. Практически все они включают в себя проблемы с оргазмом: от аноргазмии (как правило, коитальной, а не тотальной) до дискомфорта уже имеющегося варианта получения оргазма (например, получать вагинальный оргазм при регулярном клиторическом или вместо клиторического).

Последняя жалоба чаще, чем другие, несёт в себе социальную основу: требование партнёра, осознание «неполноценности» клиторического оргазма под влиянием СМИ, неумение достичь клиторический оргазм при коитусе и т.д. В то же время, подавляющее большинство сексуальных жалоб у женщин вызвана социальными или межличностными причинами.

Психотерапевтическая отработка сексуальных запросов и ограничений в паре постепенно дополняются чёткими рекомендациями по поведению в интимной ситуации, в пред-интимном поведении, в общих отношениях. Предложение (но не навязывание) реальных действий стимулирует проведение в паре неких новых вариантов общения, поскольку рекомендации общего плана, как правило, вызывают затруднения при их конкретизации и проведению.

Таким образом, в конечной стадии супружеской секс-терапии, как партнёрского варианта лечения сексуальных расстройств, смыкаются два фактора: психологическое изменение атмосферы в паре, возрождение (или впервые образованное) единение супругов, как проявление партнёрства – наряду с новизной интимного поведения, отличающегося от стереотипного и позволяющего строить взаимодействие, не отягощённое привычными психологическими защитами.

По нашим данным, в результате проведённого и законченного курса супружеской секс-терапии 92 % пациентов/пар расценили полученный результат как положительный. В трехлетнем анамнезе 71 % бывших пациентов подтвердили положительный результат.

Исследование подтверждает эффективность именно партнёрского подхода к решению женских сексуальных расстройств. Именно такой подход следует развивать в современной сексологии.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И СВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Климанова С.Г.^{1,2}, Трусова А.В.^{1,2}, Березина А.А.², Гвоздецкий А.Н.²

Санкт-Петербург

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева;

²Санкт-Петербургский государственный университет

Введение. Данные последних эпидемиологических исследований указывают на увеличение заболеваемости алкоголизмом среди женщин. Анализ литературы свидетельствует о том, что течение алкогольной зависимости у женщин качественно отлично от того, как заболевание развивается у мужчин. В частности, развитие болезни наступает в более позднем возрасте, но при этом женщины обращаются за медицинской и психосоциальной помощью быстрее и более склонны следовать рекомендациям врачей и удерживаться в лечении. Для женщин более характерно наличие коморбидных заболеваний, часто с депрессивной и тревожной симптоматикой, предвещающих наступление алкогольной зависимости. Социальное окружение и его роль в развитии заболевания и лечении также более значимы для женщин. Данные особенности имеют существенное значение для профилактики и лечения женского алкоголизма.

Стратегии эффективной эмоциональной регуляции являются важными протективными факторами в развитии психоэмоциональных расстройств и различных видов зависимости. Несмотря на значимость эмоциональных расстройств в развитии алкогольной зависимости у женщин, данный механизм до сих пор мало исследован. Изучение процессов эмоциональной регуляции позволит разработать более эффективные интервенции и повысить результативность лечения.

Цель исследования – изучение гендерных различий в эмоциональной регуляции пациентов, проходящих лечение от алкогольной зависимости, а также выявить взаимосвязь между параметрами эмоциональной регуляции и клиническими характеристиками у пациентов женского пола.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения лечения больных алкогольной зависимостью ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Пациентам, проходящим лечение от алкогольной зависимости (F10.2) предлагалось принять участие в исследовании на 7-10 день их пребывания в стационаре. Критериями невключения в исследование являлись наличие выраженного алкогольного абстинентного синдрома, коморбидного психического заболевания, а также употребление или зависимость от других психоактивных веществ.

В данной работе анализируются данные, полученные с помощью следующих самооценочных шкал – биографический опросник, шкалы самоотчета для оценки эмоциональной регуляции (ERQ, DERS, CERQ), шкалы оценки тревоги, депрессии и агрессии (HADS, STAXI) и Пенсильванская шкала влечения к алкоголю.

Для статистического анализа полученных результатов использовались методы сравнения среднего (тест Уилкоксона и тест Фишера) и методы логистической регрессии с упорядоченным выбором для оценки взаимосвязи переменных.

Результаты. В исследовании приняли участие 113 человек (30 женщин (26.5 %)). Средний возраст женщин 43.0±7.8 лет (M±SD), мужчин – 41.0±8.4 лет (группы значимо не отличались по возрасту). Средний возраст формирования синдрома отмены алкоголя 36.0±7.4 лет для женщин и 29.0±6.6 лет для мужчин (значимое отличие на уровне $p \leq 0.001$), средняя продолжительность заболевания – 7.2±6.7 лет для женщин и 12.0±7.4 лет для мужчин (значимое отличие на уровне $p \leq 0.001$). Также мужчины ($n=45$ (56 %)) значимо чаще, чем женщины ($n=6$ (21 %)) сообщали о наличии черепно-мозговых травм в прошлом ($p=0.0021$). Сравнение по остальным клиническим показателям не выявило значимых отличий.

Сравнение групп по самооценочным шкалам эмоциональной регуляции и эмоционального состояния, выявило значимое различие только по уровню тревоги. Показатели тревоги у женщин (9.8±4.1 баллов) были значимо выше, чем у мужчин (8.2±4.2 балла) на уровне $p=0.047$.

Предикторами высоких показателей тревоги у участниц исследования были более молодой возраст ($p=0.004$), более ранняя форма начала заболевания ($p=0.041$), а также наличие черепно-мозговых травм в анамнезе ($p=0.033$). Уровень образования значимо позитивно предсказывал повышенные показатели влечения к алкоголю ($p=0.028$), а также более высокие баллы по шкале сдерживания или интернализации агрессии ($p=0.012$). Более адаптивная склонность к переоценке, а не подавлению, эмоций была характерна для пациенток, проходящих госпитализацию впервые, а не повторно ($p=0.01$).

Ряд клинических характеристик являлся значимыми предикторами для показателей гнева и агрессии. Повышенные баллы по шкале состояния гнева были более характерны для участниц с более высоким уровнем образования ($p=0.039$) и постоянной формой употребления ($p=0.018$). Предикторами гнева как личностной особенности являлись более короткая средняя продолжительность ($p=0.043$) и максимальная продолжительность ремиссии в прошлом ($p=0.046$), а гнева как темперамента – наличие черепно-мозговых травм в анамнезе ($p=0.033$). В то же время, более продолжительные средняя ($p=0.022$) и максимальная ($p=0.009$) продолжительность ремиссий значимо предсказывали более высокую способность к контролю гнева и раздражительности.

Также был выявлен ряд клинических характеристик, являющихся предикторами когнитивно-эмоциональных стратегий регуляции эмоций и трудностей эмоциональной регуляции. Участницы более молодого возраста ($p=0.032$) или имеющие более короткие сроки средней ($p=0.034$) и максимальной ($p=0.048$) ремиссий в прошлом имели более выраженную склонность к обвинению окружающих. Предикторами использования стратегии фокусировка на планировании являлись более длительный срок заболевания ($p=0.016$), более высокий уровень образования ($p=0.05$) и отсутствие отягощенной наследственности по наркологическому диагнозу ($p=0.02$). Предикторами положительной переоценки также являлся более длительный срок заболевания ($p=0.022$). Более высокие показатели по шкале «Трудности осознания эмоциональных состояний» отмечались у участниц с более коротким сроком заболевания ($p=0.043$), а предикторами высоким показателем по шкале «Импulsивность» являлись более молодой возраст ($p=0.02$) и раннее начало заболевания ($p=0.032$).

Заключение. В исследовании приняли участие пациенты, проходящие лечение на отделении лечения больных алкоголизмом ФГБУ НМИЦ ПН им. Бехтерева. Можно утверждать, что выборка исследования являлась достаточно репрезентативной. Женщины составляли примерно 30 % выборки. Несмотря на то, что женщины не отличались по возрасту, возраст наступления заболевания был значительно выше, а продолжительность заболевания была значительно ниже, чем у мужчин, что соответствует данным литературы о более позднем наступлении алкоголизма у женщин и более раннем обращении за помощью. Показатели тревоги у женщин были значительно выше, чем у мужчин, но различий по остальным параметрам эмоционального функционирования или эмоциональной регуляции обнаружено не было. Также был выявлен ряд клинических характеристик являющихся значимыми предикторами стратегий и трудностей эмоциональной регуляции. Можно сделать предположение, требующее дальнейшего изучения, что наличие зависимости обуславливает и определяет стратегии и трудности эмоциональной регуляции.

Исследование проводится при финансовой поддержке РФФИ, Отделение гуманитарных и общественных наук (ОГОН), в рамках научного проекта № 16-06-01043.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПРИНЦИП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Клименко Т.В., Улезко Т.А., Козлов А.А.

Москва, Астраханская область

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, ГБУЗ Астраханской области «Областной наркологический диспансер»

Введение. Последние несколько десятков лет на фоне последовательного снижения всех показателей психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя все отчетливее наблюдается тенденция относительного увеличения доли женщин среди общего контингента лиц с наркологическими расстройствами. В связи с этим все более актуальной становится проблема их лечения, реабилитации и ресоциализации, в том числе страдающих алкоголизмом женщин, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав. Многолетний опыт работы социальных служб показывает, что лишение родительских прав и связанная с этим изоляция от ребенка не являются эффективной мерой социального воздействия, не мотивируют женщин на воздержание от приема алкоголя, а часто даже наоборот – являются фактором риска обострения и более прогрессивного развития у них алкогольной зависимости. В связи с этим в течение трех лет в Астраханской области реализуется проект комплексного медико-социального сопровождения женщин с алкогольной зависимостью, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в связи с угрозой лишения их родительских прав.

Цель исследования. Изучение эффективности и целесообразности организации комплексной программы медико-социального сопровождения женщин, страдающих алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав.

Материал и методы исследования. Обследовано 124 женщины с алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав. Из них 76 женщин (основная группа) были включены в комплексную программу медико-социального сопровождения, и 43 женщины (группа сопоставления), в отношении которых применялись только меры социального ограничения в форме лишения их родительских прав. Женщины обеих групп не отличались по своим основным социально-демографическим и клинико-динамическим характеристикам. Средний возраст женщин – $36,8 \pm 0,5$ лет. У всех обследованных диагностирована 2 стадия алкогольной зависимости с высокопрогредиентным течением (толерантность к алкоголю от 0,5 до 1 литра алкоголя в сутки, запойный характер пьянства с продолжительностью запоев до 3-6 дней и синдромом отмены тяжелой степени тяжести, социальная дезадаптация).

Модель медико-социального сопровождения женщин основной группы включала традиционный комплекс медикаментозной и психотерапевтической коррекции психических и поведенческих расстройств алкогольной этиологии в сочетании со всеми формами социальной поддержки: нормализация внутрисемейного микроклимата, устройство на работу и т.д. Социально-психологический маршрут женщин координировался посредством организации мониторинга актуального состояния проблемы, который включал заключение договора о медицинском, психокоррекционном и социальном сопровождении, составление медицинского паспорта семьи, составление индивидуальной программы медико-социального сопровождения женщины и по показаниям – ее семьи. В рамках социального аспекта программы было организовано: социально-правовое, социально-психологическое, социально-педагогическое сопровождение и организация деятельности волонтеров.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам клинико-катамнестического исследования продолжительностью 12 месяцев было выявлено, что клинико-динамические характеристики и социальный маршрут обследованных женщин из обеих групп исследования достоверно отличались. Клинико-динамические параметры алкогольной зависимости: сохранение трезвости в течение 6 месяцев у женщин основной группы – 96 %, у женщин группы сопоставления – 24 %; сохранение трезвости в течение 12 месяцев – 75 % и 8 % (по группам соответственно); аффективные расстройства – 8,6 % и 76,8 %; когнитивные расстройства – 24,5 % и 57,9 %; синдром патологического влечения к алкоголю – 0,9 % и 98,6 %; церебрастенические расстройства – 23,4 и 68,8 %; расстройства сна – 8,9 % и 46,8 %; эмоциональная неустойчивость – 21,4 % и 94,7 %; расстройство личности – 5,8 % и 47,5 %; гетероагрессия – 6,6 % и 85,8 %.

Социальное функционирование обследованных женщин в течение 12 месяцев клинико-катамнестического наблюдения: а) восстановление трудового статуса – 92 % и 12 %; б) восстановление семейных отношений – 92 % и 8 %.

Практически все женщины основной группы (72) сохранили родительские права. В основной группе 3 женщины выбыли из программы медико-социального сопровождения, отказывались от мотивационных встреч со специалистами, не соблюдали режим трезвости. Одна женщина выбыла из программы после привлечения ее к уголовной ответственности. В группе сопоставления только 3 женщины сохранили родительские права, поскольку прекратили злоупотребление алкоголем, восстановились на работе, стали исполнять требуемые родительские обязанности. Большинство женщин группы сопоставления после лишения их родительских прав продолжали злоупотреблять алкоголем, не проявляли никакой активности по восстановлению трудового и социального статуса.

Заключение.

1. Включение женщин с алкогольной зависимостью с риском развития родительских прав в комплексную программу медико-социального сопровождения увеличивало эффективность комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий и достоверно повышало вероятность достижения продолжительно и хорошего качества ремиссии алкогольной зависимости.

2. Комплексная программа медико-социального сопровождения достоверно увеличивала вероятность сохранения у женщин с алкогольной зависимостью родительских прав за счет восстановления их трудовой активности, нормализации взаимоотношений с детьми, восстановления семейных отношений.

3. Мера социального ограничения в отношении женщин с алкогольной зависимостью в форме лишения их родительских прав направлена на защиту прав и здоровья их детей, но не имеет значимого профилактического потенциала по восстановлению их социально-психологического статуса и достижения состояния ремиссии алкогольной зависимости.

4. Программы комплексного медико-социального сопровождения имеют огромное социальное значение, поскольку позволяют обеспечить сохранение и развитие трудовых ресурсов, повышают трудовой потенциал страны за счет сохранения или возврата в общество работоспособного населения, сокращают затраты на содержание, лечение и медицинскую реабилитацию больных с алкогольной зависимостью за счет отказа ими от употребления алкоголя, снижают уровень смертности населения региона от прямых или косвенных причин, связанных с чрезмерным потреблением алкоголя, а также снижают расходы на содержание детей-сирот, в том числе «социальных сирот».

В связи с этим, программы медико-социального сопровождения можно рассматривать как средство выбора в отношении женщин с алкогольной зависимостью, в отношении которых ставится вопрос о лишении их родительских прав.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ ПОМОЩИ ФЛАНЕЛЕГРАФА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Коваль-Зайцев А.А., Фураева Е.И.

Москва
ФГБНУ НЦПЗ

Актуальность исследования. В современном обществе наблюдается увеличение количества детей с различными формами нарушений физического и психического развития, в том числе – детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) с распространенностью до 0,5 % в детской популяции. Данное заболевание встречается гораздо чаще, чем предполагалось ранее.

Необходимость выявления проблем детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС, своевременная психологическая помощь этим семьям, прежде и чаще всего матерям, в последние годы, возросла. Детско-родительские отношения исключительно важны для формирования личности, почти все основные свойства и личностные качества человека складываются в детстве, за исключением тех, которые приобретаются с накоплением жизненного опыта и не могут появиться раньше того времени, когда человек достигнет определенного возраста. От своевременности понимания родителями причин трудностей развития ребенка с РАС, от верности принятых решений, от способности реализовать позитивные намерения, т.е. от решения конкретных проблем, возникающих в жизни семьи, зависит будущее ребенка и его близких.

В то же время, важность задач гармонизации детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС, и непонимание многими родителями влияния детско-родительских отношений на процесс развития ребенка с РАС и его адаптации в обществе, требует продолжения исследований.

Цель исследования – анализ детско-родительских отношений на примере материнского поведения в экспериментальной игровой ситуации, в семьях, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

Основные задачи исследования: провести эмпирическое исследование детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС. Выявить характер детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС. Учитывая полученные результаты разработать индивидуальную психокоррекционную программу гармонизации детско-родительских отношений.

В исследовании приняли участие 2 группы матерей: 30 испытуемых – мамы детей с РАС и 30 испытуемых – мамы детей нормативно развивающихся. Возраст детей – 6-8 лет

В процессе исследования применялись следующие методы:

- эмпирические: тестирование, фланелеграф;
- описательный качественно-количественный анализ.

1. Опросник «Взаимодействие родителей с ребенком» («ВРР») И.М. Марковской, необходимый для выявления особенности детско-родительских отношений в семьях. Опросник И.М. Марковской позволяет увидеть взаимодействие родителя с ребёнком по следующим 10 шкалам: нетребовательность – требовательность; мягкость – строгость; автономность – контроль; эмоциональная дистанция – близость; отвержение – принятие; отсутствие сотрудничества – сотрудничество; тревожность за ребёнка; непоследовательность – последовательность; воспитательная конфронтация в семье; удовлетворённость отношения с ребёнком.

2. Тест «Шкала отверженности ребенка» (А.И. Баркан).

Позволяет выявить, насколько ребенок чувствует себя в семье ненужным, отвергнутым, а также причины, вызвавшие отверженность ребенка.

3. Изучение детско-родительских отношений с помощью фланелеграфа.

В ходе наблюдения была дана доска с фигурами из сказки «Колобок», читалась сказка, а в это время ребенок с родителем восстанавливал сюжет. Отмечались самостоятельность ребенка, совместная деятельность, деятельность родителя.

Клинический пример коррекции детско-родительских отношений при помощи сказки и с использованием фланелеграфа: специалист предлагает ребенку и родителям рассмотреть иллюстрации сказки «Колобок». После чего он читает текст, а ребенок вместе с родителем сопровождают его показом этой сказки на фланелеграфе.

Перед началом чтения сказки у ребенка спрашивается знает ли он всех героев, ребенок должен назвать их.

Детско-родительская терапия выстроена так, чтобы она способствовала укреплению отношений между ребенком и родителями. В ходе занятия родители становятся более сензитивными к своим детям и учатся относиться к ним безоценочно, с пониманием, создавая при этом атмосферу принятия, в которой ребенок может почувствовать себя в безопасности.

Мама проводит время вместе с ребенком, играет с ним, тем самым находясь на территории его интересов. Игра увлекательна и необычна, да и кто же откажется от такого интересного занятия. Тем самым мамы смогли увидеть, как можно в игре развивать ребенка и проводить совместный досуг с интересом друг к другу.

Выявлено, что дети нормативно развивающиеся справились с заданием в большинстве случаев самостоятельно. Необходимо обратить внимание на то, что ребенку не требовалась помощь взрослого. Что же касается детей с расстройствами аутистического спектра, в четверти случаев (26 %) мамы отказывались помогать ребенку, видя что ему нужна помощь, и в процесс включался экспериментатор. Отметим, что 30 % детей, не справились с заданием в связи с тяжестью их заболевания.

Изучение детско-родительских отношений с помощью фланелеграфа позволило выявить контактность родителей и детей в игре, что в дальнейшем позволило разработать индивидуальную психокоррекционную программу для гармонизации детско-родительских отношений.

Результаты опросника взаимодействия родителя с ребенком показали, что не по всем шкалам есть статистически значимые отличия в семьях где есть больной ребенок от семей, где ребенок развивается нормативно. Только в трех шкалах были выявлены статистически значимые отличия – удовлетворенность отношениями в семье; эмоциональная дистанция – близость; воспитательная конфронтация в семье. В одной шкале значения были близки к статистически значимым – шкала автономность – контроль.

Исследования по методике «Шкала отверженности ребенка» показало, что у 13 % матерей детей с РАС в значительной степени выражено отвержение детей, подобная ситуация для ребенка в семье крайне неблагоприятна.

Итак, изучение детско-родительских отношений при помощи фланелеграфа у детей с РАС позволяет использовать данный метод при планировании комплексных исследований в детской клинической психологии. Наряду с диагностической составляющей, использование фланелеграфа дает возможность планировать персонализированную психокоррекционную работу с детьми, страдающими РАС, используя зону ближайшего развития ребенка. В связи с тяжестью заболевания детей основной задачей матери является социализировать своего ребенка, в то же время коммуникация в диаде «мать-дитя» снижена, что обуславливает необходимость в обучении родителей (мам) игре с детьми, в том числе при помощи фланелеграфа.

“CHILDFREE” КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Кожадей Е.В., Гречаный С.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Движение «Чайлдфри» продолжает стремительно распространяться в современном обществе. Женщины добровольно отказываются от возможности иметь ребенка, аргументируя свою позицию отсутствием нормальных условий для рождения и воспитания ребенка, низким материальным статусом,

отсутствием надежного партнера, наличием психотравмирующего опыта в прошлом, восприятием ребенка, как преграды для личностного роста и др. Движение «Чайлдфри» встречается среди женщин разного возраста, а также редко у мужчин. Особенного интереса заслуживает данное явление в подростковой среде. Движение «Чайлдфри» включает в себя несколько терминов. Среди них «чайлдхейт», что в переводе означает «детоненавистничество», *childless by choice* (бездетный по собственному выбору) и *childless* (бездетный).

Цель исследования: с помощью анализа литературы проследить становление движения «Чайлдфри» в истории, выявить причины, сравнить данное явление в разных странах.

Материалы и методы: анализ источников литературы.

Результаты и их обсуждение: выявлено, что одним из основных факторов отказа от возможности иметь детей является наличие различных психотравмирующих ситуаций в жизни, страх ответственности, концентрация внимания на собственном развитии, негативное отношение к семейной жизни. Относительно данной проблемы в России стоит сказать, что в нашей стране нет четкого понимания термина «Чайлдфри» и часть приверженцев данного движения не являются классическими «Чайлдфри», меняя свою позицию с течением времени, что особенно характерно для молодого поколения. Кроме того, в России, по сравнению с другими странами, истинные «Чайлдфри» материально обеспечены хорошо.

Заключение: появление движения «Чайлдфри» связывается с падением института семьи. По мнению экспертов данное явление будет распространяться до определенных пределов. Проблема «Чайлдфри» исследована недостаточно, что требует разработки специальных методик

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ

Козлов А.А., Клименко Т.В., Улезко Т.А.

Москва, Астраханская область

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Минздрава России, ГБУЗ Астраханской области «Областной наркологический диспансер»*

Введение. Последние годы произошло существенное переосмысление понимания здоровья человека, под которым стало пониматься не только наличие физического, психического здоровья и духовного равновесия, но и обязательно – успешное социальное функционирование (СФ) и удовлетворительное качество жизни. В соответствии с этим лечение лиц с аддиктивными расстройствами, в том числе лечение женщин с алкогольной зависимостью, стало рассматриваться более широко и обязательно наряду с лечением включает мероприятия по восстановлению их СФ. В связи с этим при организации общих и индивидуальных программ медико-социального восстановления женщин с алкогольной зависимостью необходимо учитывать исходный уровень их СФ и его изменение в процессе медико-социальных мероприятий.

Цель исследования: изучение социального функционирования женщин с алкогольной зависимостью, в отношении которых поставлен вопрос об их лишении родительских прав, для выработки адекватных лечебно-реабилитационных мероприятий и достижения их успешной ресоциализации.

Материал и методы исследования. Обследовано 124 женщины, страдающие 2 стадией алкогольной зависимости и с риском лишения родительских прав, у которых по результатам дискриминантного анализа выделено 2 формы СФ, в соответствии с которыми было выделено 2 группы исследования: 1 группа – диссоциальная форма СФ, под которой понималось уклонение от соблюдения общепринятых морально-нравственных и социально-психологических норм, что прямо угрожало благополучию межличностных отношений (86); 2 группа – антисоциальная форма СФ (38), под которой понималось поведение, противоречащее установленным правовым нормам, угрожающее социальному порядку и благополучию общества и проявлялось в форме совершения правонарушений, влекущих за собой уголовную или гражданскую ответственность. Также обследовано 35 женщин со 2 стадией алкогольной зависимости, без риска лишения родительских прав, у которых наблюдалась нормативная форма СФ (контрольная группа).

Результаты исследования. Различные формы СФ у женщин с алкогольной зависимостью коррелировали с их различными социальными и клиническими характеристиками в преморбидном и морбидном периоде.

Женщины контрольной группы в преморбидном и морбидном периоде отличались достоверно более благополучным уровнем социального функционирования по сравнению с женщинами основных групп исследования: имели более высокое образование, имели и сохранили постоянное место работы, профессиональную квалификацию, семью, отличались нормативными формами досуга. У женщин основных групп исследования СФ уже в преморбидном периоде было нестабильным и низкого уровня: алкогольные традиции в нуклеарной семье, более низкий образовательный уровень, низкая квалификация, отсутствие профессии, занятость в малоквалифицированных работах, низкий материальный достаток, более плохие бытовые условия, дисгармоничные внутрисемейные отношения, алкоголизм у мужа, отсутствие лиц из микросоциального окружения, заинтересованных в судьбе женщины и в оказании ей помощи, в том числе помощи по преодолению алкогольной зависимости, дисфункциональные (конфликтные взаимоотношения, семейное пьянство) семьи, неполная семья, различные конфликтные взаимоотношения с социумом. Суммарные показатели СФ снижались в последовательности от 2 группы к 1 и затем контрольной. По мере ухудшения социального функционирования также отмечено повышение уровня всех форм агрессии. При этом у женщин 1 группы наблюдались более высокие показатели по шкале «обиды» и «враждебности», а у женщин 2 группы – по шкале «подозрительности» и «негативизма», а также общий индекс агрессивности. Одновременно наблюдалось снижение значений всех показателей качества жизни (экономическое положение, эмоциональное состояние, физическая мобильность, социальные функции) и интегрального показателя, который отражает сохранность функций всех категорий качества жизни.

Клинико-биологические особенности женщин основных и контрольной групп также достоверно отличались. У женщин основных групп исследования достоверно чаще наблюдалась отягощенная по алкоголизму наследственность, патохарактерологическая структура преморбидной личности, прогрессивный тип развития алкогольной зависимости, наличие полиморфных ассоциированных психических расстройств (органические расстройства, расстройства настроения, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, расстройства личности). По опроснику Шмишека по мере ухудшения СФ наблюдалось последовательное увеличение показателей (баллов) по наличию акцентуированных личностей, в том числе по гипертимным, застревающим, тревожным и возбудимым. У женщин 1 и 2 группы по сравнению с женщинами контрольной группы выявлен высокий уровень реактивной и личностной тревожности (по опроснику реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина), при этом уровень тревожности увеличивался у женщин с базовым и высшим образованием, у разведенных и вдов, и у женщин 2 группы был выше, чем у женщин 1 группы.

Заключение. 1. Уровень СФ женщин с алкогольной зависимостью коррелирует с особенностями личностного профиля, основными клинико-динамическими параметрами алкогольной зависимости, характером социального окружения, наличием ассоциированной психической патологии, которые находятся в синергическом взаимодействии. 2. По мере снижения уровня СФ наблюдается все большее снижение (ухудшение) основных клинических, психологических, социальных и биологических параметров по сравнению с аналогичными нормативными показателями. 3. В комплексном медико-социальном сопровождении женщин с алкогольной зависимостью необходимо проводить с учетом свойственной им клинической, социальной и биологической дифференциации.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ И РАБОТА С ОБРАЗОМ «Я» У ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Кокоренко В.Л.

Санкт-Петербург

СЗГМУ им. И.И. Мечникова

В процессе оказания психологической помощи часто есть необходимость обращения к базовым личностным составляющим – идентичности и образу «Я». В практике психологической работы с женщинами разного возраста, образования, рода занятий и семейного положения с широким спектром трудностей и проблем мы рассматриваем образ «Я» и личностную идентичность как важный ресурс, который способствует нормализации эмоционального состояния и самочувствия, изменению содержания сознания, активизации волевой сферы, поиску новых смыслов и самореализации, освоению более сложных способов деятельности и коммуникации, обновлению системы отношений.

Большинство женщин, обращающихся за психологической помощью, в разной мере и в разных аспектах испытывают неудовлетворенность и недовольство собой: внешностью; особенностями телесной индивидуальности; способностями; сформировавшимися способами реагирования, поведения, деятельности и коммуникации; успехами и достижениями в разных сферах своей жизни. Проявление недовольства собой – в заявленных жалобах и запросах на психокоррекционную работу, в самовосприятии, отраженном в рисунках и рассказах о себе, в самопредъявлении через внешний образ и поведение, в трудностях чувствования себя и недоверии себе. С каждой из них мы начинаем совместное исследование её личности, «инвентаризацию» и «строительство» (для каждой женщины это могут и должны быть разные слова – на ее языке, в ее мыслеобразах), творческий путь к себе.

В зависимости от конкретного случая (личность, психическое состояние, проблематика, запрос) определяются направления, приоритеты и средства психологической работы.

Работа с внешним образом женщины нам представляется исключительно важной. Она может реализовываться на разных этапах взаимодействия, прямо и опосредованно, с подбором и варьированием средств, техник и приемов. В качестве средства воздействия мы активно используем механизм идентификации, однако техники и приемы могут различаться. В одних случаях в качестве модели для идентификации могут выбираться «внешние ориентиры» – известные женщины – актрисы, политические и общественные деятели и др. Принципиальным является мера внешнего сходства клиентки с выбранной моделью. В нашей практике, например, по нашему предложению одна клиентка работала с внешним образом Елизаветы Боярской, другая – Анны Михалковой.

В других случаях ориентиром для себя может являться сама женщина – в разном возрасте, состояниях, жизненных ситуациях. Здесь может использоваться техника работы с фотографиями (где я себе нравлюсь, где мне что-то во мне нравится), приемы дистанцирования и описания от 3-го лица, а также прием сравнения самовосприятия и восприятия женщины на фотографии специалистом.

Несомненно, моделью для идентификации может являться и работающий с клиенткой специалист – женщина. В этом случае, чем более полноценным является контакт, отношения – доверительными, с элементами взаимной симпатии и личностного интереса друг к другу, тем шире возможности и эффективнее воздействие. Можно привести в пример случай, где клиентка на первой встрече, работая с рисунком «Мой автопортрет в полный рост» (метод серийных рисунков и рассказов по И.М. Никольской), сказала «Этой женщине не хватает цвета». Сама она находилась в состоянии усталости и подавленности, с трудом справлялась с высоким уровнем тревоги, собственные психические ресурсы были истощены, жизненная ситуация могла расцениваться как трудная. Внешний облик клиентки, вид и цвет одежды, полностью соответствовали состоянию – блёклое, темное, бесформенное. В последующей серии встреч, помимо других методов и средств, мы целенаправленно использовали элементы терапии средой. Среда – все то, что окружает человека, удовлетворяет его потребности и другой человек – часть этой среды. Для работы с этой клиенткой мы тщательно продумывали свой внешний вид, чтобы перед ее глазами были чистые и насыщенные цвета, четкая форма, интересные, привлекающие внимание сочетания разных элементов. Постепенно во внешнем облике клиентки стали появляться «цветные пятна» – голубой джемпер, светлые брюки, красный чехол для телефона, маникюр. В период работы любое изменение нами отмечалось, подкреплялось яркой эмоциональной реакцией принятия, одобрения и восхищения, что доставляло клиентке радость и удовольствие. Необходимо отметить, что подобное опосредованное воздействие не осознается клиенткой как воздействие, как метод работы, а воспринимается как нечто само собой разумеющееся, ситуативное («ну, надо же быть психологу во что-то одетым»), но абсолютно точно женщиной воспринимается, фиксируется, оценивается, формирует отношение, запускает процесс сравнения с собой, стимулирует мотивацию и собственную активность к изменениям внешним и внутренним. В приведенном выше случае по завершению процесса работы в обратной связи клиентка говорила, что каждый раз, глядя на консультанта, ее глаза «упирались» во что-то красивое, яркое, радостное, как это производило впечатление и как вспоминалось ей, когда она подходила к зеркалу, собиралась на работу, смотрела на людей в метро, как постепенно ее состояние стало меняться от «ничего не хочу» через «не знаю, чего хочу» к «хочу, могу, буду».

Разумеется, работа с внешним образом «Я» не заменяет работу с внутренним миром личности. В зависимости от конкретики она может вестись параллельно, может идти впереди (поскольку дает быстрый результат (понравиться себе и окружающим), который нужен для изменения эмоционального состояния и стимулирования активности в работе над собой), но может актуализироваться и вслед за внутренними изменениями (например, клиентка, имея эффектную внешность, прекрасную фигуру и рост выше среднего перестала сутулиться и начала носить обувь на каблучке после того, как в процессе работы над образом «Я» в числе других качеств было переосмыслено и скорректировано её представление «Я высокомерная»).

Женский организм и психика по сути своей постоянно находятся в изменениях, активно и противоречиво стимулируемых жизнью и социальным окружением. Включаясь в многочисленные сложные процессы и задачи, изменяясь активно или реактивно с разной степенью осознания этого, женщине требуется больше усилий для балансирования процессов трансформации и сохранения собственной идентичности. Идентичность как личностное динамическое образование интегрирует устойчивые личностные свойства, прошлый опыт, ожидания и оценки (собственные и значимого окружения), координирует направленность личности с возможностями и формами самореализации. В психологической работе с женщинами мы постоянно держим в фокусе внимания необходимость встраивать происходящие и возможные будущие изменения в пространство личности, т.е. реконструируем идентичность. Изменения, которые идут вразрез с идентичностью, будут восприниматься как нечто искусственное, чуждое для личности, носить временный характер и в лучшем случае могут стать опытом экспериментирования в определенных обстоятельствах.

Можно утверждать, что красота, трансформация и идентичность – фундаментальные категории в психологической и психотерапевтической работе с женщинами (не случайно, что именно стремление к модификации своего тела и шопоголизм в настоящее время являются распространенными формами женских нехимических аддикций). Принимая позицию «Красота в глазах смотрящего», специалисту важно уметь увидеть красоту каждой женщины, с которой он работает. Угадать во внешности, заметить в сложности внутреннего мира личности, увидеть в поступках, раскрыть саму ее возможность... Показать эту красоту самой женщине. Красоту разную – нетипичную, индивидуальную, возрастную, модно-трендовую переходящую и постоянно-неизменную в пределах человеческой жизни. Создавать ее совместно всеми возможными средствами, главными из которых являются неравнодушный взгляд, искренний интерес, терапевтический разговор, где понимание и чувство рождает новые смыслы, желание и силы жить.

Прежде чем «красота спасет мир», она должна спасти женщину...

ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСТВА ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Копытцева Т.И.¹, Липатова Л.В.², Титова В.В.¹

Санкт-Петербург

¹СПбГПМУ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России; ²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»

Введение. Эпилепсия – заболевание с выраженными социально-психологическими последствиями. Часть трудностей пациентов лежит в плоскости социального взаимодействия.

Одной из основных причин дезадаптации пациенток с данным диагнозом является наличие семейных, личных и материнских проблем. Тем не менее, с каждым годом число беременностей растет. Это может быть объяснено рядом факторов, в том числе эффективностью применяемых препаратов.

Безусловно, эпилепсия влияет на протекание беременности и на характер взаимоотношения между ребёнком и матерью.

Все это обуславливает актуальность выбранной нами темы.

Материалы и методы. Обследовано 24 женщин, страдающих эпилепсией, в возрасте 25-35 лет, имеющих одного или нескольких детей в возрасте 0-10 лет. Критерием включения служило отсутствие сопутствующих психических заболеваний. Средний возраст респондентов составил – 30,8 лет. Средний возраст детей – 5,5 лет. 41,6 % женщин назвали основным видом деятельности работу, 41,6 % – безработные (инвалидность, декрет), 16,8 % выбрали графу «домохозяйка». 61,5 % женщин состоят в браке, 23 % в разводе, 15,5 % не замужем (никогда не были в браке, а также смерть супруга).

Для психологического обследования материнской сферы применялись следующие методики: проективный тест «Мать и дитя», автор – М.Л. Мельникова (2002), «Шкала степени отверженности ребенка в семье» – А.И. Баркан (2005), «Тест-опросник изучения родительских установок (PARI)», авторы – Е.С. Шефер, Р.К. Белл (1958), Проективная методика «Неоконченные предложения», автор – Джозеф М. Сакс (1950) в модификации Копытцевой Т.И., Титовой В.В. (2016), «Методика диагностики уровня эмпатических способностей», автор – В.В. Бойко (1996).

Результаты. Для обработки данных нами был использован U-критерий Манна-Уитни, где сравнивались пациенты, страдающие эпилепсией, а также условно здоровые женщины. Были получены следующие характеристики материнской сферы:

- Исходя из полученных результатов по методике PARI, у матерей, страдающих эпилепсией, можно выделить следующие особенности, отличающие их от условно здоровых матерей: ограниченность интересов семьей ($p < 0,001$), ощущение самопожертвования в роли матери ($p < 0,001$), семейные конфликты ($p < 0,05$), сверхавторитет родителей ($p < 0,001$), безучастность мужа ($p < 0,001$), партнерские отношения ($p < 0,01$), развитие активности ребенка ($p < 0,001$), уравнивательные отношения ($p < 0,05$), раздражительность ($p < 0,05$), уклонение от контакта ($p < 0,05$), чрезмерная забота ($p < 0,001$), подавление воли ($p < 0,001$), создание безопасности ($p < 0,001$), исключение внесемейных влияний ($p < 0,05$), подавление агрессивности ($p < 0,001$), подавление сексуальности ($p < 0,001$), чрезвычайное вмешательство в мир ребенка ($p < 0,001$), стремление ускорить развитие ребенка ($p < 0,001$).

Можно предположить, что стиль воспитания носит директивный характер, женщины фиксированы на собственных детях. Пациентки ощущают усталость от материнской роли, однако стремятся посвящать много времени внутрисемейному взаимодействию, а также контролировать и подавлять все происходящее с ребенком;

- При анализе данных методики диагностики уровня эмпатических способностей были получены значимые различия по шкале «идентификация в эмпатии» ($p < 0,05$).

Можно предположить, что неумение респонденток ставить себя на место другого, а также понять другого на основе сопереживания связано с личностными качествами пациенток: эгоцентризмом, фиксации на собственных интересах, внутренней холодности;

- Согласно данным, полученным при изучении степени отверженности ребенка родителями, не было выявлено значимых различий, в семье обследуемых женщин преобладает благоприятная атмосфера, что может указывать на социально желательные ответы респондентов или субъективное ощущение благополучия.

- По итогам полупроективных и проективных методик, матерей можно охарактеризовать как раздражительных, вспыльчивых, тревожных, гиперопекающих, потворствующих, эмоционально холодных, ипохондричных, некритичных, зависимых, набожных, тщеславных. Приведем характерные высказывания пациенток: «Мне кажется, что рождение ребенка – 9 кругов Данте А», «воспитание – это глупость», «считаю, что большинство матерей кукушки (рожают и бросают, убивала бы таких!)», «я люблю своего ребенка, но панически боюсь его потерять», «когда я думаю о своем ребенке, то паникую», «в обязанности матери входит любовь, доброта и жертвование собой», «в обязанности матери входит дом, дети, церковь», «я всегда мечтала, чтобы мой ребенок стал известным и уважаемым человеком», «когда мой ребенок рос, то всегда спал с мамой», «я боюсь, что мой ребенок бросит меня, когда у него появится жена».

Выводы. Таким образом, характер воспитания у таких пациенток носит авторитарный, директивный стиль, женщины с данным диагнозом ощущают усталость от роли матери, однако стремятся посвящать много времени взаимодействию с ребенком.

Такие матери обладают заниженным уровнем эмпатии, что может объясняться личностными особенностями, приобретенными вследствие болезни: эгоцентризмом, фиксацией на собственных интересах, внутренней холодностью.

Матерей с данным диагнозом можно охарактеризовать как раздражительных, вспыльчивых, тревожных, гиперопекающих, потворствующих, эмоционально холодных, ипохондричных, некритичных, зависимых, набожных, тщеславных.

Все эти особенности материнства можно объяснить характерным изменением и заострением черт, возникшими вследствие заболевания.

Для решения выявленных проблем следует применять специально разработанные психокоррекционные программы, которые позволят комплексно подойти к решению возникающих трудностей в плоскости материнско-детских отношений.

ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ В ДОРОДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

Коргожа М.А.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Введение. Беременность, роды и ранний послеродовой период являются для женщины значимыми жизненными ситуациями с высоким уровнем стрессовой нагрузки, сопровождающимися физиологическими изменениями и лабильностью психоэмоционального состояния женщины. Возникновение и частота распространения железодефицитной анемии у беременных, а также ее влияние на физическое и психическое здоровье женщин является междисциплинарной задачей не только для терапевтов и акушеров-гинекологов, но и для психиатров и клинических психологов. Влияние и взаимосвязь анемии с медико-социальными факторами и психологическими особенностями женщин в дородовом и послеродовом периодах является важным в контексте подготовки женщины к родоразрешению, качественной адаптации к рождению ребенка и профилактики развития послеродовых психических расстройств.

Целью исследования являлось изучение взаимосвязи анемии и динамики эмоциональных состояний у женщин в дородовом и послеродовом периоде.

Материалы и методы. Для выявления негативных эмоциональных состояний таких, как тревожные, астенические, истерические, фобические и депрессивные состояния, а также степени их выраженности у женщин в третьем триместре беременности, а также изучения динамики изменений этих состояний на третьи сутки после родов использовался клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича. Кроме того, в исследовании применялись методы опроса и анализа медицинской документации. Научный эксперимент представлял собой сплошное лонгитюдное исследование 792 пациенток Перинатального центра ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава РФ, которые подписывали информированное добровольное согласие и давали свое письменное разрешение использовать личные данные, в том числе медицинскую документацию, связанную с их лечебным процессом, для научных и образовательных целей. После применения критериев исключения таких как, наличие плановой абдоминальной операции, экстрагенитальной патологии, врожденной патологии развития плода, многоплодной беременности и использование вспомогательных репродуктивных технологий в достижении беременности, в группу исследования были включены 240 женщин. Из них у 140 испытуемых были выявлены тревожные, астенические, фобические, истерические и депрессивные состояния разной степени выраженности и также у 100 женщин не было выявлено негативных эмоциональных состояний в третьем триместре беременности. Ярко выраженные негативные эмоциональные состояния фиксировались в случае, если полученный показатель был ниже или равен -1,28 балла. Слабовыраженные эмоциональные состояния фиксировались в случае, если полученный показатель попадал в диапазон от -1,28 балла до 1,28 балла. Показатель всех шкал свыше 1,28 балла учитывался, как уровень нормы, при котором обследованные женщины в целом не испытывали негативных эмоциональных состояний в данный период. Для выявления и изучения динамики депрессивных состояний в первые и третьи сутки после родоразрешения, а также через шесть недель после родов дополнительно использовалась Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (уровень шкалы равный или превышающий значение в 9 баллов учитывался, как показатель высокой вероятности развития послеродовых депрессивных состояний). Показатель наличия железодефицитной анемии беременных учитывался в исследовании в случаях установления врачом акушером-гинекологом диагноза анемии средней и тяжелой степени, требующей медикаментозного лечения. При статистической обработке данных использовались критерий Манна-Уитни (U) для независимых выборок (расчет различий между группами испытуемых с анемией и здоровых женщин), критерий Вилкоксона (T) и χ^2 -критерий Фридмана для зависимых выборок (расчет различий между двумя и тремя замерами внутри группы). Расчет производился с помощью пакета прикладных программ «Statistica 12.0». Результаты и их обсуждение. В результате анализа медицинской документации было выявлено, что у 36 женщин (15 % от общей выборки респондентов) была установлена гестационная анемия в третьем триместре беременности. Средний возраст респондентов составил $29,7 \pm 4,43$ лет, большинство из них состояли в браке и являлись первородящими женщинами. Во всех случаях родоразрешение происходило при доношенной беременности, ребенок характеризовался как соматически здоровый (7-9 баллов по шкале Апгар на первой и пятой минутах жизни). В результате анализа медицинской документации было выявлено, что женщины в среднем в равной степени перенесли естественные роды,

экстренную операцию кесарева сечения и роды с хирургическим вмешательством. В целом эмоциональная сфера беременных женщин с анемией значительно отличалась от здоровых женщин (2785, $p \leq 0,01$): у 26 женщин (72 % от группы испытуемых с анемией) были выявлены негативные эмоциональные состояния разной степени выраженности в третьем триместре беременности. Чаще всего и в наиболее выраженной степени женщины с анемией испытывали фобические ($1,73 \pm 2,74$) и депрессивные ($1,14 \pm 3,2$) эмоциональные состояния в дородовом периоде.

Таким образом, женщины с анемией в третьем триместре беременности подвержены переживанию психоэмоционального дискомфорта, связанного с эмоциональной лабильностью, раздражительностью, слезливостью, а также ощущению навязчивых страхов, связанных с состоянием собственного здоровья, благополучием ребенка и уходом за ним, с предстоящими родами, и в целом несоответствия роли матери и т.д. Выраженная положительная динамика у женщин с анемией на третьи сутки после родов по показателю обсессивно-фобических нарушений ($2,02$, $p \leq 0,05$) указывает на преодоление тревоги и иррациональных страхов связанных с родами благодаря благополучному родоразрешению и физическому восстановлению организма в раннем послеродовом периоде. Однако, данная тенденция не проявляется в отношении динамики депрессивных состояний в раннем послеродовом периоде ($1,81$, $p < 0,05$). Несмотря на то, что по завершению акушерского периода наблюдается значимая положительная динамика в эмоциональной сфере ($2,37$, $p \leq 0,01$) у женщин с анемией, через шесть недель после родов у 8 респондентов (22 % от группы) был выявлен высокий уровень развития послеродовой депрессии. Полученный результат превышает средний нормативный уровень развития послеродовой депрессии у женщин в РФ (по данным исследований 13-20 % человек от общего количества женщин, в анамнезе которых в течение одного года были роды). Таким образом, женщины с гестационной анемией составляют группу риска развития послеродовых аффективных расстройств и нуждаются не только в своевременной качественной профессиональной психологической помощи при подготовке к родоразрешению, но и психологическом сопровождении в течение всего послеродового периода с целью психопрофилактики развития депрессивных расстройств.

Заключение. Результаты проведенного лонгитюдного исследования показали необходимость комплексного медико-психологического сопровождения женщин с железодефицитной анемией в течение всего перинатального периода. В дородовом периоде данной категории женщин в дополнение к основной ферротерапии с сопровождением лечащего врача необходимо формирование психологической готовности к родам с акцентом на коррекцию иррациональных страхов боли и осложнений в родах, ухудшению собственного самочувствия и здоровья ребенка. В раннем послеродовом периоде необходимы помощь в эмоциональном отреагировании стрессовой ситуации родов и быстрая качественная адаптация женщины к рождению ребенка, режиму ухода и кормления. В позднем послеродовом периоде показана коррекция эмоциональной окраски субъективных переживаний женщины в связи с ранним развитием ребенка и уходом за ним, сопровождение ее конструктивного взаимодействия с ребенком, содействие в организации повседневной помощи членов семьи и временной передачи им некоторых материнских функций.

ПОСЛЕДСТВИЯ ИМИТИРУЕМОГО ОРГАЗМА У ЖЕНЩИН

Кочарян Г.С.

Харьков
ХМАПО

Как известно, оргазм может быть как истинным, так и ложным. Статистика утверждает, что от 63 до 92 % всех женщин хотя бы однажды прибегали к имитации оргазма. Более того, оказалось, что 26 % женщин подделывают оргазм каждый раз, когда они занимаются сексом, что превышает 25 % женщин, которые регулярно сообщают об истинном оргазме во время полового акта (по Г.С. Кочарян, 2018). Мы поставили перед собой цель разобраться в проблеме последствий имитации оргазма для женщин, основываясь как на анализе литературных данных, так и исходя из собственных клинических наблюдений, следствием чего стали следующие, полученные нами, результаты.

1. Одним из негативных последствий имитации оргазма женщиной может стать возникающее к ней недоверие. Распознав, что она его обманывает, мужчина перестает доверять ей и в других вопросах, что вызывает сложности во взаимоотношениях, повышая возможность развода. Даже если она начнет испы-

тивать истинный оргазм, то не исключено, что мужчина будет насторожен и продолжать подозревать ее в обмане. Если мужчина узнает, что его партнерша имитирует оргазм, то у него могут сформироваться серьезные комплексы.

Приведем пример разоблачения мужчиной имитации оргазма женщиной и ее болезненной реакции на это разоблачение: «Я думала, что я мастер искусственного оргазма. Мои выступления соответствовали уровню Мерил Стрип (Meryl Streep). Или так я думала. Самая недавняя встреча с тем, о ком я искренне забочусь, заставила меня почувствовать себя ужасно, когда он посмотрел на меня и спросил: «Ты просто подделала это?» Я не могла солгать ему. У него было такое выражение лица, о котором я никогда не забуду. Тогда, конечно, это заставило меня задуматься о том, что многие другие парни знали, что я притворяюсь. В принципе, это был ужасный день для моей самооценки, и я бы хотела этого избежать. Вот почему женщины во всем мире должны устранять свои надежные сценарии стонания и преувеличенного вращения и просто рассказать проклятую правду» (M. Drillingер, 2017).

2. «Подделка ведет к отключению от ваших телесных ощущений и восприятий», – говорит Грейси Ландес (Gracie Landes), сексуальный и семейный терапевт из Нью-Йорка. И это разъединение может обусловить более трудное достижение оргазма, поскольку, чтобы достичь кульминации, человеку необходимо сосредоточиться и присутствовать (по Г. С. Кочарян, 2018).

3. Чем чаще женщина имитирует оргазм, тем более вероятно, что истинный оргазм будет возникать у нее все реже и реже. Особенно вредна опасность постоянной имитации оргазма, создающая патологический поведенческий стереотип, который прочно фиксируется. «Если в первый раз имитировать оргазм, то требуются усилия, но каждый раз это будет происходить все естественнее. В двухсотый раз имитация будет происходить автоматически, а вот естественный оргазм будет требовать усилий. Таким образом женщины создают у себя привычку, которая заводит жизнь в тупик» (Е. Хохлов, 2015).

4. Постоянное отсутствие оргазма может привести к хроническим заболеваниям органов малого таза, спровоцированных застойными явлениями в них. Естественно, что такой сценарий возможен при выраженном сексуальном возбуждении женщины.

5. Сообщается, что при сексуальном возбуждении у женщин происходит активный выброс в кровь эстрогенов, а это вызывает прилив крови к половым органам и молочным железам. Если женщина во время секса испытала полноценный оргазм, ее организм достаточно быстро приходит в норму. Если же его не было, то для восстановления исходного гормонального уровня потребуется значительно больше времени. Это чревато развитием мастопатии и разрастанием миометрия, что способствует образованию миомы. Согласно неутешительным статистическим данным, около 70 % женщин, у которых имеет место миома матки, вели нерегулярную половую жизнь или регулярно имитировали оргазм.

6. Делая вид, что каждый раз мужчина доставляет женщине неземное удовольствие, хотя на самом деле этого не происходит, женщина не добьется от него изменения в поведении. Он будет уверен, что все делает так, как надо, и не будет изменять свою технику, что исключит возможность достижения истинного оргазма. Проблематично создавать звуки, имитирующие возбуждение, когда на самом деле скучно или больно. Это, скорее всего, передаст ложную информацию партнеру, который, вероятно, подумает, что имеющая место сексуальная активность доставляет наслаждение и должна повториться в следующий раз. Также отмечается, что не следует имитировать быстрого наступления оргазма, так как в будущем это может оказать неблагоприятное влияние на последующее усердие партнера и исключит возможность наступления у женщины истинного оргазма.

Сексуальный психотерапевт Moushumi Ghos говорит, что когда женщина подделывает оргазм, то отправляет сообщение партнеру, суть которого заключается в том, что наслаждение для нее не важно. При этом она не только ограждает себя от чувства удовольствия, но лишает своего партнера возможности угождать ей (B. Wong, 2017).

Представляет интерес мнение по обсуждаемому вопросу M. Silver (интернет-ресурс), консультанта по взаимоотношениям и секс-терапевта: «Я постоянно говорю своим клиентам, что они несут ответственность за свои собственные оргазмы. Они не могут ожидать, что их партнер станет читателем их разума; они должны показать своему партнеру, что им нужно, чтобы достичь оргазма. Самое главное – общаться и сосредоточиться на удовольствии, а также осознать, что секс не обязательно должен заканчиваться «неуловимым» оргазмом!»

7. Имитация оргазма может препятствовать наступлению настоящего оргазма. Во время полового акта, чтобы избежать подозрений, женщине все время приходится думать о том, что она должна его симулировать. В таких случаях испытать истинный оргазм довольно трудно.

8. Можно встретиться с сообщениями о том, что имитация оргазма некоторыми женщинами может привести к наступлению истинного оргазма. М. Silver пишет: «Но, очевидно, подделка не всегда плоха для вашей сексуальной жизни». Согласно исследованию Erin B. Cooper, докторанта клинической психологии в Temple University, притворство в оргазме может фактически увеличить сексуальное удовлетворение женщины. Она представила результаты своего исследования на Ежегодной конвенции Американской психологической ассоциации в Сан-Диего. Ее заключение состоит в следующем: «Некоторые женщины могут «подделывать» это, пока не сделают это», что имеет смысл. Если фальсификация оргазма заставит вашего партнера больше возбудиться, это может вызвать у вас достаточное возбуждение, чтобы добраться до «финиша» (по Кочарян Г. С., 2018).

Следует обратить внимание на рекомендации J. Lo Piccolo, W.C. Lobitz (1972), предложивших эффективную технику терапевтической мастурбации для лечения аноргазмии. Программа, предложенная ими, включает 9 последовательных этапов продолжительностью 1 нед каждый. На шестом этапе, в частности, рекомендовалась имитация переживания оргазма с помощью неартикулированных криков и т.п. в случае возникновения подозрения, что женщина стыдится или боится «непристойной» утраты самоконтроля. Из этого следует, что «прорыв» к оргазму при некоторых вариантах психогенной аноргазмии может быть облегчен с помощью имитации сексуального возбуждения с использованием вокализации.

Таким образом, проведенный нами анализ свидетельствует о том, что в большинстве случаев регулярная имитация оргазма женщинами может вести к неблагоприятным последствиям. Однако в ряде случаев существует возможность ее положительного воздействия за счет того, что она влияет на степень сексуального возбуждения мужчины, а это приводит к усилению данного возбуждения у женщины и повышает ее способность к достижению истинного оргазма. По всей видимости, имитация сексуального возбуждения женщиной с использованием вокализации может облегчить наступление у нее оргазма при некоторых вариантах психогенной аноргазмии. Знание последствий имитации оргазма позволит проводить адекватное консультирование.

ПРИЧИНЫ, ПОБУЖДАЮЩИЕ ЖЕНЩИН К ИМИТАЦИИ ОРГАЗМА

Кочарян Г.С.

Харьков
ХМАПО

Как известно, женщины довольно часто имитируют оргазм. Мы поставили перед собой цель разобраться в причинах имитации ими оргазма, основываясь как на анализе литературных данных, так и исходя из собственных клинических наблюдений, следствием чего стали следующие, полученные нами, результаты.

Среди этих причин у женщин называют следующие:

1. Трудности с получением оргазма или его отсутствие при интравагинальном коитусе. Обычно оргазм имитирует женщина, у которой есть систематические трудности с получением оргазма. Если оргазм приходит легко и естественно, то его не нужно имитировать (Е. Хохлов, 2015).

2. Усталость женщины (может исключить возможность испытать оргазм при половом акте) (А. Breslaw, 2013).

3. Эмоциональное напряжение и озабоченность в связи с какой-то стрессовой ситуацией (могут препятствовать достижению оргазма при половом акте).

4. Временные сбои в состоянии здоровья (головная боль и т. п.), что может исключить возможность наступления оргазма при коитусе.

5. Нежелание разочаровывать или обижать своих партнеров. К этому может побуждать реальное или воображаемое давление, заставляющее женщин «демонстрировать свой уровень» (Р. Крукс, К. Баур, 2005). Давление со стороны партнера может быть обусловлено его представлением, что у женщины должен обязательно наступить оргазм.

6. Желание сделать своего партнера счастливым. Это может быть способом, повышающим его самооценку, так как многие мужчины оценивают свою способность довести женщину до оргазма как свидетельство собственной мужественности.

7. Нежелание показать незаинтересованность в сексе.

8. Желание поскорее закончить половой акт.
9. Неэффективная коммуникация или недостаточная осведомленность о сексуальных техниках (Р. Крукс, К. Баур, 2005).
10. Потребность в одобрении со стороны партнера.
11. Желание таким способом скрыть факт ухудшения отношений.
12. Стремление ускорить наступление оргазма у своего партнера и завершить половой акт, который для нее неприемлем и нежелателен, исключив возникновение у мужчины тревожных мыслей.
13. Чтобы не портить общую картину: мужчина вот-вот закончит, а женщине до оргазма еще далеко.
14. Установка на «счастливый» конец. В таком подходе женщина, так же как и мужчина, считает, что половой акт должен увенчаться оргазмом (А. Breslaw, 2013).
15. Разочарование мужчиной (мужчина настолько разочаровал женщину, что она решает, что этот половой акт будет финальным аккордом в их взаимоотношениях, а партнер, как назло, настроен на длительный марафон).
16. Страх потерять любовника.
17. Страх показаться фригидной.
18. Боязнь обидеть мужчину отказом при отсутствии желания совершить половой акт, что может исключить наступление у женщины истинного оргазма. «Типичная ситуация: мужчина устроил замечательный романтический ужин или сделал приятный подарок, а у женщины просто нет настроения. «Он же не виноват, он так старался» – думает женщина и награждает мужчину сексом. Но, поскольку изначально желания интимной близости у нее не было, она симулирует оргазм» (интернет-ресурс).
19. Желание произвести неизгладимое впечатление в постели на нового партнера. Во время первого интимного свидания не всегда можно полностью расслабиться, влюбленные не слишком хорошо знают, как доставить друг другу удовольствие, или же новый партнер вообще разочаровывает своими действиями.
20. Боязнь, что мужчина начнет изменять.
21. Желание вознаградить партнера («Он ведь действительно старается, значит, надо его вознаградить») (Charlene L. Muehlenhard, Sheena K. Shippee, 2010).
22. Вера, что это укрепит отношения.
23. Чтобы быть «как все». «Не все знают, что если ты не получаешь оргазма от секса с проникновением, то ты и есть «как все» (интернет-ресурс).
24. По привычке. «Бывает, что трудно остановиться. Ты оказываешься в ловушке: если перестать симулировать, он решит, что что-то случилось. А честно сказать, что ты врала все это время, – совсем глупо. Вот и приходится продолжать, пока все не запутается окончательно» (интернет-ресурс).
25. Боязнь негативной реакции партнера, если он узнает, что женщина не испытывает оргазм.
26. Страх быть отвергнутой и непонятой.
27. Затруднение в получении оргазма партнером (он не включен, находится в состоянии стресса, чувствует усталость. В этих случаях фальшивый оргазм помогает быстрее прекратить секс, не заставляя партнера чувствовать себя плохо).
28. Боязнь ущемить самолюбие мужчины (Charlene L. Muehlenhard, Sheena K. Shippee, 2010).
29. Боязнь женщины, что если она будет испытывать оргазм с мужчиной и благодаря ему, то станет от него зависимой. «Это некая сдача: сейчас она контролирует ситуацию, а потом контроль придется отдать, потому что это очень большое доверие, и ей очень-очень страшно. Но это значит, что она пришла к тому моменту жизни, к тому моменту развития, когда надо эту задачу решать, ведь именно там, в доверии и во всем, что следует за ним, самое счастье, развитие и удовольствие для женщины» (Е. Хохлов, 2015).
30. Повышение самооценки партнера.
31. Симуляция оргазма для достижения истинного оргазма. Женщин это настолько возбуждает, что следом за имитируемым оргазмом следует реальный.
32. Поддельный оргазм также может быть методом удержания супруга/партнера. Исследование показало, что женщины, которые чувствуют большой риск неверности со стороны своего партнера, сообщают о большем количестве имитируемых оргазмов. Отмечается, что такое поведение было бы полезно женщине для сохранения долгосрочного партнерства, поскольку партнеры женщин, у которых имеют место частые оргазмы, сообщают о более высоком уровне удовлетворенности отношениями по сравнению с теми случаями, когда у женщин оргазм часто отсутствует (F. Kaighobadi, T.K. Shackelford, V.A. Weekes-Shackelford, 2012).

33. Одной из причин, побуждающей женщин к симуляции оргазма, может быть оргастическое расстройство (Г.С. Кочарян, 2017), что требует обращения за медицинской помощью. Также известно, что не менее, чем в 5 % случаев (иногда указывают и более высокий процент), речь идет о женщинах, которые никогда и ни при каких обстоятельствах (вагинальный половой акт, стимуляция половых органов мужчиной с помощью рук и языка, мастурбация, эротические сновидения) не способны достичь оргазма, а проводимое лечение не может решить эту проблему. Если дело обстоит именно так, то, по нашему мнению, имитация оргазма может быть оправдана. К нам по поводу невротического расстройства обратилась 39-летняя женщина с такой патологией, мать двоих детей, которая в течение всей своей половой жизни постоянно имитирует оргазм.

34. С эволюционной точки зрения женщины могут имитировать оргазмы, чтобы сигнализировать о верности партнеру-мужчине, особенно если он обладает низким генетическим потенциалом (low-genetic quality) (R.M. Ellsworth, D.H. Bailey, 2013). Если женщина имеет половые контакты со многими партнерами, применяя полигамную стратегию спаривания, ее целью может быть обеспечение преимуществ от контактов с несколькими мужчинами (ресурсы). В то же время эта стратегия направлена на то, чтобы иметь детей только от мужчин с высоким генетическим потенциалом (high-genetic quality). Подделка оргазма с мужчиной, обладающим низким генетическим потенциалом, привела бы к тому, что он бы стал полагать, что может быть отцом ребенка, рожденного этой матерью, и что женщина ему верна, так как оказывается удовлетворенной.

Проведенный нами анализ позволяет сделать следующие выводы. Имитация оргазма женщинами может быть обусловлена различными физиологическими (усталость и др.) и психологическими (стремление оказаться на высоте, не обидеть партнера, повысить его самооценку и др.) факторами, а также связана с расстройствами оргазма различной этиологии.

В некоторых случаях она может быть целесообразна и оправдана, в других – является источником партнерской дезадаптации и фиксации у женщины оргастического расстройства. Знание причин и последствий данной имитации позволит проводить адекватное консультирование.

ПРИЧИНЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕВУШЕК В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Кравченко Н.Е., Зикеев С.А.

Москва

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Согласно некоторым данным наиболее частым основанием вызова бригады «скорой психиатрической помощи» (СПП) к взрослому психически больному служит острое психотическое расстройство, а гетероагрессивное и суицидальное поведение занимают второе и третье места среди обстоятельств, требующих экстренной консультации психиатра [Новицкий И.Я., 2008]. Поводы к недобровольной госпитализации несовершеннолетних остаются малоизученными.

Целью настоящей работы являлось уточнение данных о ведущих причинах насильственной госпитализации в психиатрический стационар девушек-подростков. Клинико-психопатологическим методом проанализированы типы психических расстройств и обстоятельства стационарирования 172 девушек в возрасте 15-17 лет, доставленных СПП в острое женское подростковое отделение ПКБ №15 г. Москвы (в период проведения исследования подростковые отделения ПКБ №15 еще не были закрыты и использовались для лечения несовершеннолетних старшего подросткового возраста).

Среди экстренно госпитализированных доминировали девушки-подростки с непсихотической психической патологией (78,5 %), в структуре которой (согласно МКБ10) имели место формирующиеся девиации личности (F6 – 20,3 %), невротические и связанные со стрессом расстройства (F4 – 13,4 %), органические непсихотические синдромы (F0 – 12,2 %), шизотипическое расстройство и состояния дефекта после перенесенных в раннем детстве приступов (F21 и F20 – 9,3 %), аффективные непсихотические расстройства настроения (F3 – 6,9 %), расстройства поведения с началом в детском и подростковом возрасте (F9 – 3,4 %) и нервная анорексия (F5 – 0,58 %). Доля больных с острыми психотическими нарушениями составляла лишь пятую часть (21,5 %) среди всех стационарированных по неотложным показаниям лиц женского пола. В ряду острых психотических

состояний преобладали бредовые, галлюцинаторно-параноидные и аффективно-бредовые синдромы в рамках приступообразной и непрерывнотекущей шизофрении, шизоаффективного психоза (F20, F23; F25 -18 %), острые интоксикационные психотические синдромы (делирий – 1,7 %) были единичными.

Анализ показал, что наиболее распространёнными причинами вызова СПП для большинства госпитализированных несовершеннолетних девушек являлись расстройства поведения. При этом более чем в половине случаев (51,2 %) главным обстоятельством и основанием для недобровольного помещения в психиатрический стационар оказалось аутоагрессивное (суицидальное) поведение. Несколько реже (29,1 %) насильственная госпитализация осуществлялась в связи с другими кондуктивными расстройствами, которые были представлены гетероагрессивными (10,5 %) поступками, совершаемыми, чаще всего, в кругу семьи, или антисоциальными поведенческими проявлениями (18,6 %) – бродяжничеством, алкоголизацией, употреблением ПАВ, вызывающе-оппозиционным поведением. Нередко такие девушки осматривались дежурным психиатром в отделениях полиции, либо в присутствии сотрудников правоохранительных органов. Неадекватное бредовое поведение, обусловленное острым психотическим расстройством и служившее поводом для вызова СПП, было на третьем месте по частоте (21, 5 %). Единичными оказались случаи экстренной госпитализации в связи с острой нейролепсией (0,58 %), пароксизмальной тревогой («панической атакой» – 0,58 %) и полным отказом от приема пищи больной нервной анорексией (0,58 %).

Таким образом, анализ причин недобровольной госпитализации в психиатрический стационар девушек-подростков с психической патологией, показал, что ведущими поводами для вызова «скорой психиатрической помощи» оказываются не острые психотические расстройства (что типично для взрослого контингента психически больных), а аутоагрессивное и гетероагрессивное поведение, во многом социально обусловленное. Данное положение вещей, по-видимому, определяется влиянием гендерно-возрастных особенностей – процессы полоролевой идентификации совпадают с неустойчивостью эмоционального фона, несформированностью зрелых механизмов контроля над импульсами, высокой восприимчивостью и выраженной зависимостью психологического состояния к воздействиям социальной среды. По мере взросления среди причин недобровольного стационарирования начинают преобладать менее обусловленные половозрастными феноменами, так называемые, «абсолютные клинические» (И.Я. Новицкий, 2008) показания для экстренной госпитализации, что характерно для взрослого контингента психически больных.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАТАТОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В РАМКАХ ОСТРЫХ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кузнецов А.В.

Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова»

Введение. В психиатрической литературе долгое время сохранялись дискуссии относительно нозологической специфичности кататонического синдрома. В первое время многие авторы расценивали кататонию как проявление самых разных психических заболеваний, а не отдельную нозологическую единицу, в дальнейшем она долгое время рассматривалась в рамках шизофрении. Значительный пересмотр взглядов на кататонию произошел в 1970-х годах прошлого столетия, когда Morrison вновь взглянул на кататонию в рамках аффективных нарушений. В дальнейшем Абрамс и Тейлор в ходе масштабных исследований определили, что значительная часть пациентов с кататонией страдает аффективной патологией. Таким образом, учитывая высокую распространенность аффективных расстройств в популяции, вопрос кататонических расстройств в связи с этим является весьма актуальным.

Цель исследования: изучение клинико-психопатологических характеристик кататонической симптоматики, встречающейся у пациентов, переносящих острые психотические состояния в рамках шизофрении и аффективных расстройств.

Материалы и методы. Было обследовано 60 женщин в возрасте от 21 до 71 года, из которых были выделены 2 группы пациентов – страдающие шизофренией (30 человек, средний возраст – 42,23±14,19) и аффективными расстройствами (30 человек, средний возраст – 41,76±14,95). Отбор пациентов осуществлялся путем скрининга всех поступающих в стационар пациентов при помощи скринингового блока Bush-Francis

Catatonia Rating Scale, (порог включения в исследование составил 4 балла). Использовались клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. Все описанные различия обладают статистической значимостью ($p < 0.05$).

Результаты. При оценке таких факторов как психопатологически отягощенная наследственность, сопутствующая патология, а также заболевания, перенесенные в раннем детском возрасте их значимого влияния на особенности кататонической симптоматики у исследованных больных выявлено не было.

Пациенты, страдающие аффективной патологией, как правило, были лучше адаптированы в детском возрасте, посещали ДДУ (87 % против 43 %), 50 % этих пациентов имела высшее образование, в то время как в группе страдающих шизофренией этот показатель составил лишь 10 %. Только 6 % больных аффективной патологией были стойко дезадаптированы в связи с болезнью, у 56 % же сохранялся преморбидный уровень функционирования. В группе больных шизофренией у 67 % обследованных заболевание приводило к стойкой дезадаптации.

У подавляющего большинства (70 %) пациентов шизофренией выраженных аффективных колебаний не отмечалось, либо они носили субклинический характер. Во второй группе пациентов у 53 % аффективные нарушения отмечались не только в структуре приступов, но и в межприступный период. В преморбиде у данной категории больных также имели место выраженные аффективные колебания. Средний возраст дебюта психического заболевания в группе больных аффективной патологией составил 30 лет \pm 10 (от 18 до 53 лет), а в группе больных шизофренией 24,8 \pm 9,6 (от 11 до 46 лет). Ведущими синдромами на момент госпитализации у больных с аффективной патологией являлись маниакальный (37 %) и аффективно-бредовой с преобладанием смешанного аффекта (30 %). Не были встречены у данной категории больных выраженные галлюцинаторно-бредовые, а также изолированные кататонические синдромы. У пациентов, страдающих шизофренией, ведущими являлись кататонический (33 %) и кататоно-параноидный (33 %) синдромы.

В группе пациентов с аффективной патологией во всех случаях развитию кататонической симптоматики предшествовали выраженные аффективные нарушения, у больных шизофренией же изменения в аффективной сфере (представленные, как правило, тревогой) встречались в 40 % случаев и не определяли состояние больных в тот период. У всех больных с аффективной патологией как прямое, так и обратное развитие кататонического синдрома соответствовало описанной в классической литературе динамике острых аффективно-бредовых приступов. В то же время у больных шизофренией в 40 % случаев клиническая картина носила атипичный характер, в развитии приступа не прослеживалось каких-либо закономерностей, нередко кататонические расстройства обнаруживались уже на ранних этапах его формирования.

При оценке отдельных кататонических проявлений при помощи шкалы BFRCS в разных группах пациентов также отмечались значимые различия в профиле представленных симптомов. При оценке на момент поступления в группе пациентов с аффективными расстройствами средний балл составил 28,1 \pm 8,3 (от 16 до 39), в группе больных шизофренией – 35,6 \pm 7,87 (от 19 до 53).

У больных аффективной патологией значительно выше выраженность двигательного возбуждения (средний балл – 2,3 \pm 0,95) в сравнении с больными шизофренией (1,3 \pm 1,2). Выраженность ступорозных состояний при этом прямо противоположна (1,1 \pm 1,2 против 1,7 \pm 1). Значительно больше была выраженность мутизма у больных шизофренией (1,67 \pm 1 против 0,73 \pm 1,1). Группа эхо-симптомов чаще встречалась среди пациентов, страдающих шизофренией (1,45 \pm 0,68 против 0,97 \pm 0,67). Доля пациентов, у которых наблюдались явления восковой гибкости, намного выше среди больных шизофренией (1,1 \pm 1,5), чем среди пациентов с аффективной патологией (0,2 \pm 0,76). При рассмотрении особенностей кататонической симптоматики у данных категорий больных было отмечено, что симптом Павлова и симптом “капюшона” встречались лишь у больных шизофренией, симптом “хоботка” также, практически не встречался у пациентов с аффективной патологией (было отмечено лишь два случая), в то время как в группе больных шизофренией он отмечался в 43 % наблюдений. Негативистический ступор встречался лишь у больных шизофренией (30 % наблюдений), остальные же виды встречались в обеих группах пациентов.

При повторной оценке пациентов, по миновании острого психотического состояния, также отмечались значимые различия в профиле симптомов. Полная редукция кататонических симптомов на момент завершения психотического эпизода отмечалась у 90 % больных аффективными психозами, в то время как у больных шизофренией данный показатель составил лишь 20 %. В группе больных шизофренией зачастую сохранялись такие симптомы как повышенная двигательная активность, снижение двигательной активности, застывания с явлениями каталепсии, эхо-симптомы, речевые стереотипии, импульсивность, амбитенденность и персеверации. В группе больных аффективными психозами также имели место отдельные резидуальные кататонические симптомы такие как двигательные стереотипии, манерность, носящие, при этом, приходящий характер, зачастую возникающие на фоне психоэмоционального напряжения.

В целом, степень редукции кататонической симптоматики при аффективных расстройствах составила $96\% \pm 4,9$, а при шизофрении $72,7 \pm 19,5$.

Закключение: таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод о наличии значимых различий в структуре кататонического синдрома в зависимости от имеющегося у пациента психического расстройства. Выявлено, что в рамках аффективных нарушений кататоническая симптоматика также носит весьма массивный характер и на определенном этапе приступа определяет клиническую картину, что соответствует данным мировой литературы. В то же время выявлены значительные различия в степени редукции кататонических расстройств и профиле преобладающих симптомов как в остром, так и в резидуальном периоде.

СЛОЖНОСТИ, ИСПЫТЫВАЕМЫЕ МАТЕРЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ЭМИГРАЦИИ

Кузнецова Е.А., Миргород Н.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Система коррекционного образования и специализированной помощи детям с нарушениями развития схожа для России и большинства развитых стран. Так, в государственной системе специального образования присутствуют две сосуществующие тенденции: сегрегированное обучение, подразумевающее обучение в специализированных классах, и интегрированное – обучение в общеобразовательных классах с реализацией индивидуального подхода, инклюзивное обучение. Определение образовательного маршрута как в России, так и за рубежом происходит по заключению специализированной комиссии. Однако ни один из подходов не подразумевает специальных траекторий обучения и программ реабилитации для детей-эмигрантов с нарушениями в развитии. Имеющиеся в этих странах программы реабилитации детей с нарушениями в развитии также рассчитаны на детей и семьи коренных жителей и не учитывают специфику эмигрантских семей, что создает большие сложности и порождает высокую тревогу у родителей.

В настоящем сообщении приводится анализ десяти интервью, проведенных с матерями детей с нарушениями развития. Все они эмигрировали из России 7-10 лет назад, постоянно проживают за рубежом в экономически развитых или развивающихся странах (Япония, Южная Корея, Германия, Финляндия, страны Прибалтики), имеют детей 5-7 лет с различными нарушениями развития и предпочитают проходить многочисленные лечебные и реабилитационные курсы в России. Дети этих матерей родились и выросли за рубежом, в билингвальной среде. В ходе интервью анализировались:

- знания матери о программах специализированного обучения и реабилитации в стране ее постоянного пребывания;
- субъективная оценка возможностей использования и применимости таких программ по отношению к ее ребенку в стране постоянного пребывания;
- фактически получаемая ребенком помощь в области коррекционного обучения, лечения и реабилитации в стране пребывания;
- причины, побудившие родителей обратиться за помощью в российские центры реабилитации.

Также были собраны необходимые биографические данные и данные о клиническом состоянии детей с нарушениями развития.

Отвечая на вопросы интервью, матери описывали схожие мотивы и переживания, связанные с рядом определенных сложностей. Так, в ходе интервью все респондентки отмечали высокий уровень тревоги, связанный с неопределенностью будущего для своих детей. Несмотря на имеющиеся знания о системе коррекционного обучения и психосоциальной реабилитации в стране их проживания, они оценивали ее как «слабую», «неперспективную», «без будущего», а то и вовсе отрицали ее фактическое наличие. Выводы, к которым приходили специалисты страны эмиграции, также ставились под сомнение. Матери считали их необъективными из-за возможного языкового барьера между ребенком и специалистом, непонимания этнокультуральных особенностей ребенка. При этом стратегии поведения относительно принятия или непринятия помощи местной системы образования и здравоохранения для детей с нарушениями развития были различны: часть матерей (четыре семьи) принимала и активно использовала возможности страны фактического пребывания, однако большинство – отказались или использовали крайне редко. В то же время, решение приехать на лечение

в Россию, страну с родным языком общения (без учета со стороны матери, может ли считаться русский язык родным для ее ребенка) и знакомыми для матери этнокультуральными особенностями воспринималось большинством матерей как проверенное средство решения проблем. Пребывание в России матери связывали с ожидаемым большим прогрессом в улучшении состояния ребенка.

Кроме того, респондентки отмечали собственную высокую потребность понять, что происходит с ребенком, при этом языковой барьер, отмечавшийся матерями (несмотря на длительное проживание в стране эмиграции), мешал им удовлетворить информационную потребность в полной мере. Матери опасались, что не смогут понять объяснений специалистов. При этом стоит отметить, что забота о ребенке, удовлетворение его особых потребностей, развитие и реабилитация ложились на плечи матери, в то время как отцы, со слов респонденток, отдалялись и предпочитали заниматься карьерой и финансовым обеспечением семьи. Сталкиваясь с трудностями, матери не чувствовали достаточной информационной, дидактической и, что особенно важно, эмоциональной поддержки. По большому счету, такие переживания могут указывать на недостаточность психологической и социальной адаптации и ассимиляции матери к обществу той страны, в которую она эмигрировала.

Все матери в ходе диалога спонтанно уделяли внимание более детальному описанию своего психологического состояния, хотя прямой вопрос об этом не задавался, что говорит о высокой актуальности их собственных переживаний. Так, помимо повышенной тревоги, матери отмечали преследующее их чувство вины, снижение или наоборот, демонстративное завышение собственной самооценки, некоторые матери жаловались на бессонницу. Матери отмечали переживания, связанные с собственной некомпетентностью и чувством одиночества. Мы можем предположить, что стрессовое состояние, в котором пребывает мать ребенка с нарушениями развития, в эмиграциикратно усиливается.

Таким образом, матери детей с нарушениями развития при их лечении и реабилитации в условиях эмиграции сталкиваются с рядом трудностей:

1) Организационные и информационные трудности:

- Недостаточность знакомства с культурой, экономикой и социальной стороной жизни страны эмиграции и имеющимися возможностями для лечения и реабилитации детей с нарушениями развития;
- Наличие языкового барьера в области медицины;
- Отсутствие специализированных программ помощи для детей из эмигрантских семей, имеющих нарушения развития;
- Отсутствие специализированных программ по поддержке эмигрантских семей, воспитывающих таких детей.

2) Трудности, связанные с особенностями реабилитации ребенка:

- Дети с нарушениями развития требуют регулярных занятий на родном языке, что чаще всего невозможно в стране пребывания эмигранта;
- Специфика реабилитационного процесса таких детей требует постоянных регулярных домашних занятий, однако из-за языковых и иных трудностей матерям часто недоступны соответствующие инструкции на родном языке, и мать чувствует себя некомпетентной, неспособной полноценно помочь своему ребенку;
- Требуется дополнительного изучения влияние билингвальной среды на качество реабилитации детей с нарушениями развития (однако, поскольку дети с нарушениями развития имеют сниженный интеллект, можно предположить о негативном влиянии).

3) Трудности, связанные с эмоциональным состоянием матери и ее переживаниями:

- Высокий уровень тревоги и нервно-психического напряжения, постоянное нахождение матери в стрессе, что может привести к невротическим расстройствам;
- Недоверие матери к имеющимся в стране пребывания институтам и специалистам, оказывающим помощь детям с нарушениями развития;
- Отсутствие или недостаточность поддержки таких матерей со стороны социума;
- Недостаточность единства семьи.

Стоит отметить, что, несмотря на достаточное число публикаций, посвященных особенностям переживаний матерей, воспитывающих детей с нарушениями развития, исследований, посвященных проблемам матерей, воспитывающих детей с нарушениями развития в условиях эмиграции, практически нет. Остается неисследованным, какой процент матерей-эмигранток воспитывает, лечит, реабилитирует детей только при помощи возможностей, имеющихся в стране пребывания, и от чего зависит выбор матерью той или иной стратегии поведения. Данная проблематика требует дополнительного изучения, но данные, полученные в настоящем исследовании, указывают на необходимость разработки специализированных программ поддержки матерей, воспитывающих детей с нарушениями развития в условиях эмиграции.

ЭФФЕКТ ЖЕНСКОГО ПОЛА И СУИЦИДЫ В г. ИЖЕВСКЕ (1992-2003 гг.)

Лазебник А.И.

Ижевск

Независимый исследователь

Введение. Известно, что уровень суицидов (УС) гораздо ниже среди женщин, чем среди мужчин. Причем причины разницы в УС сводятся, только к тому, что женщины выбирают менее летальные способы и менее подвержены алкоголизации в момент совершения самоубийства. Вместе с тем низкий УС у женщин не объясняется в полной мере приводимыми причинами, особенно в периоды социальных преобразований.

Цель исследования: динамическое изучение УС женщин и мужчин в г. Ижевске в переходный период адаптации общества к условиям становления рыночной экономики.

Материал и методы. Эпидемиологический анализ на основе официальной статистике показателей суицидальной смертности женщин и мужчин в столице Удмуртской Республики – г. Ижевске за 12 лет (1992-2003 гг.). Период условно разделен на три различающиеся в социально-экономическом плане этапы.

Результаты и их обсуждение. На 1 этапе – радикальных социально-экономических реформ (1992-1995 гг.) у представителей обоего пола отмечен быстрый подъем УС под воздействием стрессов вследствие падения промпроизводства, появления безработицы, утраты доходов, потери ценностных ориентиров. Прирост показателя за весь переходный период наиболее высок среди женщин (+13,2 %) и мужчин (+17,4 %). УС у женщин в 5,1 раз ниже, чем у мужчин (соответственно 16,0 и 81,0 на 100000; $p < 0,001$). На 2 этапе – социально-экономической нестабильности (1996-1999 гг.) падение промпроизводства прекратилось, что привело к временному ослаблению стрессов. Начиная с 1996 г. УС среди представителей обоего пола постепенно снижается, к 1998 г. уменьшился у женщин с 15,8 до 14,9, у мужчин с 94,2 до 76,8. Тенденция к снижению УС нестойкая, и в 1999 г. после усиления стрессов из-за дефолта показатель вновь вырос. УС среди женщин оставался на таковом предыдущего этапа. У женщин он был в 4,9 раз ниже (соответственно 17,1 и 84,2; $p < 0,001$). Особенность 2 этапа заключалась в том, что впервые за переходный период темпы прироста УС среди женщин стали отрицательными (- 0,2). Среди мужчин данный показатель остался положительным, хотя и существенно замедлился (+4,7). Однако наибольшее различие в динамике УС между представителями обоего пола обнаружено на 3 этапе – социально-экономической стабилизации (2000-2003 гг.). Так, если у женщин, по сравнению с предыдущим этапом, УС уменьшился на 16,4 %, то у мужчин – всего, лишь на 0,5 %. УС мужчин составил 83,9. УС женщин составил 14,3. Это самый низкий показатель за период с 1992 по 2003 гг. Он был ниже аналогичного показателя мужчин в 5,9 раз ($p < 0,001$). По сравнению с предыдущими этапами, еще заметнее увеличился разрыв показателей в пользу женщин, что объяснимо большей уязвимостью мужчин перед стрессами переходного периода.

Заключение. Результаты показали, что своего рода защитный эффект женского пола обусловлен более высокой стрессоустойчивостью в новых рыночных условиях. Этот защитный эффект возможен во многом благодаря более адаптивным копинг-стратегиям (восстановлению и сохранению социальных связей, обращению за помощью, в том числе к специалистам). Скорее всего, предпосылками различий были, связанные с культурой, поведенческие стереотипы женщин и мужчин. Гендерные различия в УС и его динамике отражают социально-экономические изменения и адаптивность к ним на разных этапах переходного периода в г. Ижевске. Необходим дифференцированный подход при разработке гендерных программ профилактики суицидов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Липатова Л.В., Якунина О.Н., Биленко Е.Н.

Санкт-Петербург

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»

Минздрава России

Введение. Наличие заболевания снижает адаптационные возможности женщин, страдающих эпилепсией. Им требуется специализированная медицинская и психологическая помощь, чтобы преодолеть те трудности, которые возникают у них в жизни. Рождение и воспитание детей, получение образования и профессии, хлопоты по хозяйству и забота о семье, проблемы личной привлекательности и многие

другие жизненно важные вопросы решаются на фоне болезненного процесса, который порой затрудняет выполнение этих обязанностей. Изучение психологических особенностей женщин с эпилепсией актуально и необходимо для определения способов эмоционального реагирования, механизмов психологической защиты, копинг-стратегий пациенток в сложных ситуациях, а также черт, которые могут стать мишенью для психотерапии.

Цель исследования. Оценка с помощью методов психологической диагностики особенностей личности женщин, страдающих эпилепсией, поиск способов повышения их устойчивости к эмоциональному стрессу и трудностям жизни.

Материал и методы. Обследован 281 больной эпилепсией. Среди них 162 пациентки, страдающих эпилепсией с различными клиническими проявлениями заболевания в возрасте от 17 до 70 лет. Средняя длительность заболевания – 17 лет. Большинство из них проживали в больших городах (72 %) (Москве, Петербурге и областных центрах), имели среднее специальное образование, были замужем (40,1 %) и имели детей (48,3 %). При психологической диагностике использовались методики для оценки памяти, внимания, умственной работоспособности, мышления, особенностей эмоционального реагирования, системы отношений, уровня агрессивности, механизмов психологической защиты, стратегий совладающего поведения и др.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что гендерные различия при эпилепсии менее выражены в когнитивной сфере и более заметно проявляются в особенностях эмоционального реагирования и поведения (Якунина О.Н., Липатова Л.В., 2017). У женщин более выражены такие качества как эмоциональная лабильность, повышенная фиксация на болезненных ощущениях, снижение настроения, тревожность, социальная интроверсия. Женщинам, страдающим эпилепсией, по данным методики ССП в случае принятия на себя ответственности в решении житейских проблем, порой свойственна чрезмерная ответственность, связанная с повышенной тревожностью, переживанием чувства вины, желанием «всё взять на себя» ($p \leq 0,01$). Поведение в этих ситуациях часто непоследовательно, импульсивно, вызывает усталость. Пациенткам с эпилепсией так же свойственна стратегия бегство-избегание ($p \leq 0,05$). Предпочтительное использование этой стратегии предполагает такие действия как уход от проблемы, избегание её решения. Это является в какой-то степени противоположностью предыдущей стратегии. Однако при сопоставлении индивидуальных результатов исследования можно заметить, что пациентки, страдающие эпилепсией, могут в равной степени использовать как предпочтительные обе стратегии. Это с одной стороны может быть связано со спецификой стрессовой ситуации, а с другой с неустойчивостью и полярностью эмоционального реагирования и поведения больных. Женщины значительно чаще, чем мужчины используют следующие защитные механизмы: регрессия, реактивное образование. Полученные данные могут говорить о том, что женщины чаще, чем мужчины, бессознательно прибегают к «детским» способам реагирования с целью понижения тревоги или разрешения конфликта. Показатель регрессии у женщин равен $69,17 \pm 6,25$, а у мужчин $39,50 \pm 5,84$ ($p \leq 0,028$). У женщин в структуре когнитивного копинга преобладают реакции по типу диссимуляции (16,7 %) и религиозности (19,4 %), а преобладающей стратегией поведенческого копинга являются обращение (20,8 %) и отвлечение (19,4). При исследовании уровня агрессивности у больных эпилепсией (Якунина О.Н., 2018) было обнаружено, что показатель физической агрессии у мужчин (ФА) равен $3,57 \pm 0,34$, а у женщин $1,89 \pm 0,32$ ($P \leq 0,001$). Уровень предметной агрессии несколько выше у женщин, однако, не достигает уровня статистической значимости. Иногда предметная агрессия выступает в качестве «замены» физической. Это бывает в ситуациях, когда один из партнёров физически слабее противника или по своим морально-этическим качествам не может ударить человека. Для женщин более свойственно проявление эмоциональной агрессивности (ЭА), в виде повышенной вспыльчивости, раздражительности, враждебных интонаций в голосе и др., а также самоагрессии. Показатель ЭА у женщин равен $3,00 \pm 0,27$, у мужчин соответственно $2,03 \pm 0,32$ ($P \leq 0,01$). Самоагрессия (СА) встречается у пациентов со склонностью к самообвинению, снижению фона настроения, формированию комплекса неполноценности, внутреннего дискомфорта. Именно такие состояния часто свойственны пациенткам с эпилепсией, так как возникновение заболевания порой нарушает их образ жизни, затрудняет трудоустройство, мешает созданию семьи, воспитанию детей, снижает их личную привлекательность. Средний уровень СА у женщин равен $4,59 \pm 0,38$, а у мужчин $3,43 \pm 0,32$ ($P \leq 0,05$). Уровень вербальной агрессии примерно одинаков у мужчин и женщин. При оценке удовлетворённости семейными отношениями женщины чаще склонны рассматривать их как неудовлетворительные. Психологическая диагностика внутрисемейных отношений больных эпилепсией (Якунина О.Н., 2010) показала такие особенности внутрисемейных отношений как высокий уровень конфликтности, высокая степень открытого выражения гнева и агрессии, низкий уровень сплочённости.

Атмосфера в семьях больных эпилепсией порой недостаточно проникнута чувством заботы и взаимопомощи, выражением чувства доверия. У них реже выявляется ориентация на интеллектуально-культурные (ИКО) и эстетические ценности, а также на активный отдых (ОАО). Безусловно, эти особенности формируются под влиянием болезни, которая вносит ограничения в образ жизни семьи. Многие больные имеют ослабление когнитивных функций, что не позволяет достигнуть высокого уровня образования. Наличие приступов мешает в занятии спортом, некоторыми видами творческой деятельности. В семьях больных высок уровень контроля, возможна гиперопека, что тоже вытекает из особенностей заболевания. Наличие припадков у кого-либо из членов семьи держит в постоянном напряжении и волнении всю семью. Сами больные не склонны к расторжению брака, даже при наличии определённых трудностей. Они стремятся к сохранению семьи, опасаясь, что в случае её потери могут остаться одинокими.

Полученные результаты раскрывают особенности микроклимата в семье и имеют значение для организации психокоррекционной работы с больным и его окружением. При исследовании особенностей отношения больных эпилепсией к интимной жизни было обнаружено, что пациентки часто показывают амбивалентное отношение к интимной сфере, воспринимают сексуальные контакты как формальную обязанность, которая предоставляет возможность создания семьи и реализации репродуктивной функции. Им в большей степени свойственна повышенная тревожность, стремление к выстраиванию симбиотических отношений, чрезмерная зависимость от других, неспособность четко отделять свои чувства и переживания от чувств и переживаний других, их сексуальная жизнь более сдержанна (Соснина В.Г., Сарайкин Д.М., Липатова Л.В., 2018). При исследовании взаимоотношений матери и ребёнка (материнского поведения) у больных эпилепсией были выявлены такие особенности стиля воспитания как авторитарность и директивность. Матери, страдающие эпилепсией, проявляли себя как раздражительные, тревожные, гиперопекающие, потворствующие, ипохондричные, некритичные, зависимые, набожные, с низким уровнем эмпатии.

Заключение. Завершая, можно сказать, что проведённые психодиагностические исследования особенностей личности женщин, страдающих эпилепсией, показали сложность их внутренней картины болезни, необходимость медикаментозной и психотерапевтической её коррекции.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН

Лысенко Н.Е., Кабанова Т.Н., Дубинский А.А.

Москва

ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Одной из наиболее острых медико-социальных проблем является предупреждение дезадаптации, приводящей к совершению общественно опасных действий (ООД) лицами женского пола. Статистические данные свидетельствуют о высоком уровне женской преступности – в 2017 году в учреждениях ФСИН РФ находилось 38 706 женщин, совершивших правонарушения различной степени тяжести. Многие женщины совершают повторные правонарушения. Поэтому актуальной задачей судебной психиатрии и медицинской психологии является выделение тех индивидуально-психологических переменных, которые позволят диагностировать склонность женщин к совершению противоправных действий и предупреждать совершение ими рецидивных преступлений.

В литературе, посвященной женской преступности, достаточно полно описан спектр клинико-психопатологических, социальных и патопсихологических факторов, влияющих на асоциальное и анти-социальное поведение женщин. Однако, остаются практически не изученными его психобиологические механизмы.

Цель работы – исследование индивидуально-типологические факторов дезадаптации, связанной с совершением общественно опасных действий, в группе психически больных женщин.

Методика. Объектом исследования были данные психологического обследования 78 женщин (средний возраст $34,61 \pm 10,32$ лет), из которых 52 совершили ООД (40 страдают психическим расстройством, 22 – признаны невменяемыми в отношении совершенных ими общественно опасных действий) и 26 психически здоровых женщин с нормосообразным поведением.

Использовались следующие методики: опросник самоконтроля Грас-мика (Grasmick H. с соавт., 1993; адаптация Булыгиной В.Г., Абдраязковой А.М., 2008); Опросник Айзенка (PEN); опросник тревожности Спилбергера; Опросник Кавера-Уайта (стандартизированный Г.Г. Князевым и Е.Р. Слободской, 2007); Опросник А. Басса и М. Перри (A. Buss, M. Perry, 1992; адаптация Ениколопова С.Н., Цибульского Н.П., 2007); Опросник формально-динамических свойств индивидуальности В.М. Русалов (ОФДСИ).

В соответствии с поставленной целью изучены различия между группами женщин, совершивших ООД, и женщин с нормосообразным поведением; выделены различия между группами женщин, совершившими первичные и повторные ООД, построена прогностическая модель совершения повторных ООД; построена прогностическая модель совершения повторных ООД психически больными женщинами, признанными невменяемыми, и находящимися на принудительном лечении в ПБ СТИН.

Статистическая обработка включала: t-критерий Спирмена, построение деревьев классификации и ROC-кривых.

Результаты. На первом этапе исследовались универсальные факторы криминального поведения в обобщенной женской выборке. По сравнению с группой женщин с нормосообразным поведением, в группе женщин, совершивших ООД, выявлены более высокие показатели нарушений самоконтроля, в том числе: склонность к физической активности ($<0,001$), предпочтение простых задач ($<0,001$), склонность к риску ($<0,01$), эгоцентризм ($<0,1$), а также более высокий уровень активации ($<0,01$) и высокая коммуникативная эргичность ($<0,1$). В группе женщин с нормативным поведением отмечены более высокие показатели личностной тревожности ($<0,001$) и формально-динамических особенностей, связанных с интеллектуальной активностью: интеллектуальная эргичность ($<0,05$) и скорость интеллектуальных процессов ($<0,1$).

На втором этапе исследовались маркеры совершения повторных ООД в выборке женщин, совершивших криминальные действия. Выявлены достоверные различия между группами женщин, классифицированных в зависимости от кратности ООД. Группу женщин, совершивших повторные ООД, отличали высокие показатели потребности в поощрении ($<0,01$), а также низкие показатели интеллектуальной пластичности ($<0,05$) и индекса интеллектуальной активности ($<0,05$).

Для выделения прогностически значимых переменных для оценки риска совершения повторных ООД психически здоровыми и психически больными женщинами использовался метод построения деревьев классификации. Наряду с индивидуально-типологическими характеристиками в анализ были включены и патопсихологические переменные. Выявлено, что сочетание переменных высокой эмоциональной выхожденности, вязкости эмоций и интеллектуальной пластичности со значением ниже 27 баллов (ОФДСИ), позволяет прогнозировать совершение повторного ООД с вероятностью 100 %. Отсутствие эмоциональной выхожденности и морально-этического снижения позволяет прогнозировать с вероятностью 100 %, что повторное ООД не будет совершено. Качество общей модели очень высокое ($AuROC=0,92$).

На третьем этапе изучена возможность использования индивидуально-типологических переменных для прогноза повторных ООД в группе психически больных женщин, признанных судом невменяемыми, составляющих контингент женских отделений ПБ СТИН. При построении дерева классификации выявлено, что сочетание переменных низкой интеллектуальной пластичности (ниже 27 баллов) и низкой психомоторной скорости (ниже 31 балла), позволяет прогнозировать совершение повторного ООД с вероятностью 91,7 %. Если до совершения ООД женщине уже устанавливался диагноз: «Шизофрения», и интеллектуальная пластичность имеет значение выше 27 баллов, то с вероятностью 100 % повторное ООД ею не будет совершено. Прогностическая ценность этой модели высокая ($Au-ROC=0,86$).

Обсуждение. Результаты исследования подтвердили значимую роль индивидуально-типологических особенностей в диагностике нарушений адаптации, приводящих к совершению общественно опасных действий, и в качестве переменных прогноза повторных противоправных действий в группе женщин.

Выявлено, что в группе женщин, совершивших ООД, отмечается дефицит формально-динамических свойств индивидуальности, связанных с познавательной сферой. В частности, интеллектуальной скорости и эргичности, которые отражают уровень вовлеченности в познавательную деятельность и способность длительно сохранять интеллектуальное усилие. К индивидуально-типологическим факторам риска совершения ООД также относится снижение самоконтроля со склонностью к риску, предпочтением простых задач и тенденцией к физической активности.

В качестве протективного фактора в оценке риска опасного поведения можно выделить высокий уровень личностной тревожности, который был выявлен в группе женщин с нормосообразным поведением. В нейрофизиологических исследованиях (Бочаров А.В. 2009) показано, что высокая личностная тревожность связана с прогнозированием опасности ситуации, подавлением гнева и повышением эффективности когнитивной обработки стимулов.

Результаты исследования показали информативность индивидуально-типологических показателей для прогноза риска совершения женщинами повторных ООД в ряду других клинико-психопатологических, патопсихологических и психосоциальных показателей. Отмечено, что низкие значения интеллектуальной пластичности повышают вероятность совершения повторного ООД как в обобщенной выборке женщин, так и в группе женщин, страдающих психическими расстройствами и признанных судом невменяемыми в отношении совершенных ими ООД.

СЛУЧАИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН-ОПЕКУНОВ ПРИ РАСКРЫТИИ ДИАГНОЗА «ВИЧ-ИНФЕКЦИИ» ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Любаева Е.В.

Москва

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Введение. Ежегодно в России возрастает число женщин, инфицированных вирусом иммунодефицита человека – ВИЧ, и многие из них становятся матерями. До появления специфического лечения ВИЧ-инфекции – антиретровирусной терапии (АРТ) вероятность передачи инфекции от матери ребенку в процессе беременности и родов достигала 50 %, т.е. каждый второй ребенок рождался инфицированным ВИЧ. В настоящее время риск заражения плода сводится к минимуму, благодаря специальной профилактике. Женщины с ВИЧ-инфекцией должны регулярно наблюдаться специалистами и получать противовирусную терапию во время беременности и родов. Такое лечение помогает снизить вирусную нагрузку до неопределяемого уровня и свести к минимуму риск инфицирования плода. Благодаря этому, теперь по статистике только 1-2 % малышей инфицируются перинатально. В большинстве случаев это происходит у женщин, имеющих низкую приверженность терапии, социально неблагополучных, часто даже не собирающихся воспитывать своего ребенка после его рождения. Дети, оставшиеся без попечения родителей, попадают в специализированные дома ребенка, а затем – в приемные или опекающие семьи.

Принятие диагноза «ВИЧ-инфекция» – один из самых трудных моментов в жизни любого человека, но особенно тяжело и даже трагически воспринимается родителями такой диагноз у ребенка. Чаще всего это бывает связано с недостатком информации у родителей или опекунов, как о самом заболевании, так и о возможности помочь своему ребенку. Несмотря на то, что достижения современной медицины и правильный уход позволяют значительно увеличить продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных детей и сохранить ее качество, взрослые часто ощущают бессилие и беспомощность перед лицом этого заболевания. Что делать, как дальше жить, как растить ВИЧ-инфицированного ребенка и воспитывать его, как сберечь его здоровье и сохранить его жизнь? Эти вопросы порождают у родителей или опекунов растерянность и глубокую тревогу, которые в свою очередь могут спровоцировать депрессию, ухудшение здоровья родителей, разрушение семейных отношений и эмоциональный отказ от ребенка.

Раскрытие ребенку его ВИЧ-статуса – процесс ответственный и длительный во времени. Его цель состоит в том, чтобы ребенок постепенно смог разобраться со всеми аспектами жизни с ВИЧ и осознать особенности, риски, последствия заболевания. Воспитать ответственное отношение к лечению и к своему здоровью в целом, научить принять свой статус и жить с ВИЧ, не подвергая окружающих риску заражения, – задача службы психологического сопровождения.

Цель исследования: проанализировать причины реакций сопротивления раскрытию диагноза «ВИЧ-инфекция» детям в кровных и приемных семьях.

Материалы и методы: процесс раскрытия диагноза ВИЧ-инфекции детям и подросткам осуществлялся в 18-ти семьях: с родителями или опекунами ребенка проводились психодиагностические беседы; анкетирование опекунов, диагностика эмоционально-волевой сферы ребенка, семейных отношений и семейной системы.

Результаты и их обсуждение. В процессе исследования в кровных семьях, где один или оба родителя были инфицированы ВИЧ, основным фактором, препятствующим раскрытию ребенку диагноза, было нежелание родителей объяснять ребенку причину своего инфицирования (страх перед социальным осуждением), а также чувство вины перед ребенком. При сообщении ребенку диагноза и информировании его

о путях передачи ВИЧ-инфекции, о способах предотвращения инфицирования, у него закономерно возникал вопрос о причинах его заражения. Матери, которые инфицировались при внутривенном употреблении психоактивных веществ, обычно не хотели открывать ребенку свой наркологический анамнез. Они испытывали чувство стыда и страха перед разглашением тайны своего диагноза. Бывали случаи, когда матери предлагали сообщить ребенку диагноз, возложив ответственность за инфицирование на умершего сексуального партнера. Не менее трудную для психологического сопровождения группу, чем инфицированные матери, представляли кровные родственники, опекающие инфицированного ребенка, особенно родные бабушки и тети, которые подсознательно сопротивлялись процессу раскрытия диагноза ребенку, ссылаясь на различные обстоятельства. По результатам анкетирования, в приемных семьях опекунов больше всего беспокоит проблема разглашения ребенком своего диагноза. Они переживают за конфиденциальность и границы семьи.

Основными причинами страхов, заставлявших родителей отказываться от обсуждения темы ВИЧ-инфекции были следующими:

- желание защитить своих детей от возможных опасностей;
- страх перед возможной дискриминацией ребенка в социуме (школа, учителя, сверстники, медицинский персонал и др.;
- чувство собственной вины за инфицирование ребенка;
- страх негативной эмоциональной реакции ребенка в момент, когда он поймет, что ВИЧ-инфицирование произошло от матери;
- боязнь возможного разглашения своего ВИЧ-статуса самим ребенком;
- опасение, что раскрытие статуса негативно повлияет на будущее ребенка.

В семьях, где от ребенка скрывали истинную причину заражения и замалчивали информацию о ВИЧ, дети не становились активными участниками лечебного процесса и в результате имели низкую приверженность лечению. Обычно диагноз ребенка хранился родителями в тайне, но осознание необходимости сообщения ребенку диагноза рано или поздно все равно наступала.

Ответственность ребенка за свое здоровье и здоровье окружающих, понимание опасности передачи инфекции другому человеку в подростковом возрасте формируется постепенно. Существуют определенные критерии, помогающие специалистам оценить уровень готовности ребенка к процессу раскрытия статуса и предоставить необходимые консультации родителям:

- уровень развития мышления ребенка;
- отношения ребенка с другими членами семьи;
- состояние здоровья ребенка;
- сигналы, полученные от ребенка.

Если диагноз ребенка известен родителям или законным представителям ребенка, то специалисты рекомендуют начать подготовку к раскрытию ему ВИЧ-статуса как можно раньше с учетом возраста ребенка и уровня его развития. В ходе динамического наблюдения подростков с диагнозом ВИЧ-инфекция была обнаружена причинно-следственная связь между знанием о своем заболевании и психоземциональным состоянием ребенка.

Заключение. Реакция психологического сопротивления к раскрытию диагноза «ВИЧ-инфекция» детям и подросткам возникает чаще со стороны женщин-опекунов как в кровных, так и в приемных семьях. Преодолеть сопротивление удастся в процессе поэтапного консультирования с помощью предоставления информации о заболевании, коррекции отношений в семейной системе и снятия эмоционального напряжения в семье.

РАССТРОЙСТВО ПОЛОВОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ У ЖЕНЩИН

Ляная Г.А.

Москва

ФГБНУ НЦПЗ

Актуальность исследования: В современной классификации расстройство половой самоидентификации (РПС) традиционно рассматривается в пределах синдрома половой дисфории, для которого непременным условием отнесения становится желание сменить половую роль и половую идентичность.

Однако данные характеристики могут быть применимы в основном при диагностике транссексуализма и трансвестизма. Таким образом, в синдромологически ориентированной МКБ-10 диагностика и обозначения нарушения половой самоидентификации, возникающего в рамках эндогенных психических расстройств, не находят своего отражения, а в клинической картине заболевания оно перекрывается другими психопатологическими расстройствами, и, зачастую диагностируется в рамках регистра нарушения влечений. Другой аспект проблемы – понимание соотношения РПС и иных психиатрических нарушений.

Цель исследования: определение клинико-психопатологических особенностей РПС в структуре эндогенных психических расстройств и расстройств личности, построение клинической типологии.

Материалы и методы. За период с сентября 2016 (в течение 1 года) на базе отделения эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ были обследованы 25 пациентов женского пола, в возрасте от 17 до 24 лет (средний возраст – 20 лет), обратившиеся в связи с депрессивными жалобами в рамках заболеваний аффективного круга (F31, 32, 33), расстройств личности (F60), расстройств шизофренического круга (F20, 21). Наряду с клинико-психопатологическим обследованием были проведены обследования соматоневрологического состояния (вкл. гормональные и гинекологические исследования, для исключения эндокринной патологии), патопсихологические, а также инструментальные (КТ, ЭЭГ для исключения органической патологии).

Критериями включения стали:

- предъявляемые жалобы на недовольство собственным полом,
- гомосексуальные предпочтения при выборе полового партнера,
- демонстрируемые фенотипические признаки противоположного пола (внешность и манера держаться, присущие противоположному полу).

Критериями исключения были:

- если РПС наблюдалось в рамках острого психотического эпизода,
- в рамках маскулинного женского гомосексуализма,
- транссексуализма;
- органическое поражение ЦНС, эндокринная патология.

Результаты и обсуждение: Проведенное исследование показало значительную гетерогенность проявлений РПС возникающей в структуре эндогенных психических расстройств и расстройств личности. Были выделены три группы: 1. РПС в рамках деперсонализационных расстройств. 2. дисморфофобии, 3. расстройств истерического круга.

1. В рамках деперсонализационных расстройств.

В эту группу вошли 11 пациентов, средний возраст которых составил 20 лет, с длительностью заболевания 3 года. Причиной обращения становилось депрессивное состояние с преобладанием апато-динамического радикала аффекта, идеаторным торможением, в сочетании с деперсонализационными расстройствами, такими как эмоциональное искажение восприятия, ощущение собственной измененности; явлениями дереализации, диссоциативной симптоматикой, наряду с тенденцией к формированию сверхценных построений любовной, ипохондрической тематики.

Нарушение половой самоидентификации в качестве жалобы не декларировалось. Особенностью этой группы являлось то, что представление о несоответствии своему полу формировалось в рамках синдрома отчуждения. У пациенток не было сформировано представление о гендерных различиях, вследствие чего деперсонализационные расстройства фокусировались на этой тематике. Пациентки воспринимали себя оторванно от женского образа, испытывали дискомфорт от нахождения в собственном теле, связывали это с гендером.

В пубертатном периоде отмечалось появление деперсонализационных расстройств. У всех пациенток этой группы отсутствовал физический элемент сексуального влечения. А также в структуре расстройства половой самоидентификации отсутствовал элемент демонстративности.

На фоне проводимой психофармакотерапии отмечалась редукция аффективных расстройств, стойкостью нарушений, относимых к половой самоидентификации.

Нозологически пациенты были квалифицированы в рамках шизотипического расстройства и истеро-шизоидного расстройства личности.

2. В рамках дисморфофобии.

Во вторую группу вошли 5 пациентов, средний возраст которых составил 18 лет, с длительностью заболевания три года. Во всех наблюдениях расстройство половой самоидентификации предъявлялось как одна из основных жалоб, но в ходе обследования не являлось превалирующим симптомом. Основными

были расстройства депрессивного круга, дисморфофобические переживания, доходившие до уровня дисморфомании, сопровождались пищевым, аутоагрессивным поведением. Также, фигурировала симптоматика истерического круга. РПС проявлялось в отвержении вторичных половых признаков, поведении, направленном на то, чтобы замаскировать их, а также в демонстративном преподнесении себя в противоположной роли.

Начало заболевания совпадало с пубертатом, возрастные изменения в теле, *menses* воспринимались как что-то чуждое. Формировалось неприятие этих перемен, собственного облика. Появлялись дисморфофобические переживания, на этом фоне происходило становление нарушения самоидентификации с отождествлением себя с мужчиной и формирование соответственного внешнего облика и поведения. По мере развития состояния пациентки разделялись на тех, у кого переживания достигали уровня дисморфомании с половой дисфорией – заявляемым желанием хирургической коррекции пола и тех, кому было достаточно произведенных ими внешних перемен.

В ходе лечения, по мере улучшения состояния, РПС отходило на второй план.

В этой группе диагностировались шизотипическое расстройство и декомпенсация в виде депрессии истеро-шизоидного расстройства личности.

3. В рамках расстройств истерического круга.

Третью группу составили 9 пациенток, средний возраст 20 лет, средняя длительность заболевания – один год. Причиной обращения становились колебания настроения обоих полюсов. Позиционирование себя как представителя противоположного пола носило демонстративный характер. РПС проявлялось во внешнем соответствии мужскому образу, заведении гомосексуальных отношений, некоторые из них заявляли о желании смены пола. Степень выраженности этих проявлений была непостоянной, варьировала вне связи с аффективными колебаниями, в зависимости от внешних событий, отмечалась нестойкость этой симптоматики. В части случаев целью была попытка манипуляции родственниками, в остальных – привлечение внимания.

Разнообразная психопатологическая симптоматика была неглубокой и выявляла связь с актуальными веяниями поп-культуры. Этим пациенткам была присуща аггравация симптомов, псевдология. Во внешнем облике пациенток также во всех случаях находилось отражение их «послания» обществу.

На фоне лечения РПС претерпевало изменения в зависимости от жизненной ситуации: у некоторых отмечалась тенденция к замещению на другие, более актуальные переживания, у других же оставалась в неизменном виде, это зависело от степени аккомодации, личностных особенностей, а также патологии, в рамках которой развивалось расстройство.

Эта группа стала самой диагностически разнообразной: в ней были представлены как шизотипическое расстройство, так и расстройства личности (истеро-параноидное, истеро-шизоидное), БАР.

Выводы. Психопатологический анализ клинических случаев подтверждает гетерогенность понятия расстройства половой самоидентификации, правомерность выделения его из контекста половой дисфории и рассмотрения как самостоятельного симптома, формирующегося в рамках эндогенных расстройств. Отмеченные различия в психопатологических проявлениях, преморбидных особенностях, сопутствующей симптоматике позволили нам выделить три типологических формы, что представляется значимым в диагностическом плане, предполагает различия в течении и прогнозе, а также очевидной становится необходимость дифференцированной тактики лечения выделенных групп.

ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е.

Москва

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Согласно эпидемиологическим данным мужской пол в большей степени, чем женский подвержен психическим болезням, особенно в детско-подростковом возрасте и молодой взрослости. В общей молодой популяции (до 20 лет) мужчин больше, чем женщин лишь на 1-2 %, что не объясняет их 2-3-кратное

преобладание в диспансерной практике ПНД. Большинство научных исследований проводятся преимущественно на мужском или смешанном контингентах без учета гендерных различий.

Цель работы: выявить влияние женского пола на клинико-динамические показатели психических заболеваний шизофренического и аффективного спектров у подростков.

Материал исследования: дети, подростки и молодые взрослые, наблюдавшиеся в типовом психоневрологическом диспансере г. Москвы в 2008-2017 годах. Использовались клинический, клинико-катамнестический методы. Проводился сравнительный анализ параметров болезни у лиц разного пола.

Полученные результаты. Среди младших по возрасту больных шизофренией отмечалось 3-5-кратное преобладание лиц мужского пола. Девочки заболевали позже мальчиков: лишь 20 % в детстве, тогда как большинство (80 %) в раннем и позднем подростковом периодах и, наоборот, почти у половины мальчиков болезнь дебютировала в детстве, у трети в пубертате и лишь у 20 % в возрасте старше 15 лет. Выявлены соотносимые с полом различия в предпочтительности вариантов болезни. У мальчиков значительно чаще наблюдались наиболее тяжелые формы. Более, чем у половины подростков – девушек болезнь протекала отчетливо приступообразно, у мальчиков лишь в 20 % случаев. Непрерывное течение имело место у 27 % девушек, в том числе у 13 % с ранним началом и формированием олигофреноподобного дефекта, соответствующие показатели у мальчиков были представлены как 32 % и 13 %. У девушек в сравнении с мальчиками значительно реже отмечалось вялая динамика болезни, соответственно в 20 % и 48 %.

Наряду с эстрогеновой гипотезой, постулирующей у женщин протективную роль антидопаминового влияния эстрогенов в отсроченности дебюта, выдвигалось предположение о подверженности мужчин и женщин разным подтипам шизофрении. В частности, мужчин характеризует предрасположенность к более тяжелым формам болезни с более ранним началом и отклонениями в нейроразвитии. В подтверждение приводили худшее функционирование, более низкий уровень интеллекта и худшую академическую успешность в преморбиде лиц мужского пола, впоследствии заболевающих шизофренией. Имелись указания и на межполовые различия в степени выраженности структурных отклонений в головном мозге. Не вступая в дискуссию с этими и другими предположениями, хотелось бы отметить, что в наших исследованиях характеризующие общую тяжесть шизофренического процесса как заболевания в целом такие показатели, как частота грубодеструктивных форм с исходом в ранний олигофреноподобный дефект и инвалидность детства практически не несли половых различий.

Частота встречаемости тех или иных клинических картин отражала не столько предпочтительность той или иной симптоматики у подростков разного пола, сколько приступообразное течение процесса у девушек и непрерывно прогрессивное у юношей. Так, у девушек наиболее часто наблюдались острые психотические состояния (как правило, при приступообразном течении), приступы аффективно-бредовой структуры, несколько реже полиморфные приступы с кататоно-бредовыми расстройствами и шизоаффективные состояния. Лишь в четверти случаев ведущими являлись неврозоподобные и психопатоподобные синдромы, отражавшие вялопрогрессирующую динамику. У юношей в сравнении с девушками полиморфные психотические состояния формировались значительно чаще и не только в рамках приступообразного, но и непрерывного течения. У 20 % клиническая картина определялась бредовыми симптомами. Почти у половины юношей преобладали психопатоподобные и неврозоподобные (обсессивно-компульсивные и ипохондрические) расстройства в рамках вялого течения.

В зарубежных лонгитудинальных исследованиях отмечено стирание преимуществ в течении болезни во время ее второго-третьего десятилетия и нивелирование значимых различий в ее исходах у мужчин и у женщин. По-видимому, в детско-подростковом возрасте они наиболее очевидны.

Изучение патологии аффективного (депрессивного) круга показало, что она также подвержена влиянию пола как в отношении частоты, так и особенностей клинических проявлений. Международная статистика отмечает двукратное преобладание среди страдающих депрессией лиц женского пола. Однако по нашим данным в детском возрасте мальчики страдали депрессиями несколько чаще девочек (соотношение 1,6: 1) и лишь в интервале 12-13 лет начинают преобладать девочки. При среднем возрасте первичного осмотра психиатром по поводу депрессий в 16,1 года девочки обращались несколько раньше, так, доля 15-16-летних девушек составляла среди депрессивных подростков около 70 %, а юношей 50 %. Первые признаки расстройств настроения у девочек регистрировались раньше, чем у мальчиков, соответственно, в 12-13 и 13-14 лет. Инициальные проявления в виде утрированной неустойчивости настроения, реактивной лабильности так же, как и экзогенная провокация депрессий чаще имели место у девушек. Подростковые депрессии у девушек были более выражены и лишь у трети ограничивались легким уровнем. У юношей же легкие депрессии доминировали, тогда как состояния средней тяжести формировались в 1,5 раза реже, чем

у девушек. У лиц женского пола более отчетливо прослеживалась тенденция к приступообразному течению в виде очерченных во времени эпизодов. Для юношей же более типичными оказались затяжные депрессивные состояния с тенденцией к их хронификации.

Влияние пола на клиническую картину обнаруживалось лишь при сравнительно нетяжелых депрессивных состояниях, тогда как феноменологические проявления относительно редких тяжелых эндогенных депрессиях не были зависимы от пола.

В завершение приведем краткие данные о незавершенных суицидальных попытках у подростков. Суицидальное поведение чаще всего отмечалось в возрасте 16-18 лет с приблизительно равной частотой у девушек и юношей. В преморбиде почти у трети юношей и половины девушек имели место не приведшие к госпитализации аутоагрессивные действия. Наиболее частыми способами реализации суицидальных намерений у девушек оказались попытки вскрыть себе вены или отравиться, а у юношей – вскрыть себе вены. Практически отсутствовали высоко летальные варианты суицидального поведения, присущие взрослым и используемые при завершенных суицидах: повешение, падение с высоты, использование огнестрельного оружия. У подавляющего большинства аутоагрессивное поведение наблюдалось на фоне непсихотической психической патологии, а у 10 % (в 2 раза чаще у юношей, чем у девушек) – психотического состояния.

Девушкам были присущи преимущественно шантажно-демонстративные мотивы самоповреждений, которым предшествовали внутрисемейные и межперсональные конфликты и которые являлись попыткой повлиять на неблагоприятную ситуацию и снизить эмоциональное напряжение. У юношей суицидальная активность также зачастую не имела антивиталяного мотива, аутоагрессивные эксцессы отличались большей brutalностью, кажущейся бессмысленностью, налетом истероидности. При этом они отражали не столько манипулятивное поведение, сколько импульсивность и неумение владеть собой.

Заключение. Влияние пола на проявления психической патологии у подростков – клиническая реальность, без учета которой невозможно построение прогноза и выбор адекватной терапевтической тактики.

ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МАТЕРЕЙ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКУ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Малкова Е.Е.

Санкт-Петербург

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

В связи со значительным увеличением количества семей с детьми, где есть ребенок с нарушениями в развитии, проблема психологической помощи и поддержки таким семьям остается одной из самых изучаемых и актуальных. Признание у ребенка необратимого нарушения в развитии является для родителей событием исключительным по своей травмирующей силе, приводя к формированию у них особого стиля совладающего поведения. При этом особой поддержки требуют матери на этапе выявления и установления диагноза ребенка. Известно, что именно их отношение является одним из наиболее значимых факторов, влияющих на развитие ребенка раннего возраста и на его психологическое состояние вне зависимости от вида психического развития, поэтому дети с выявленными нарушениями зачастую заведомо оказываются в неблагоприятных для развития условиях. Исходя из этого актуальным представляется исследование характера переживаний травмирующей ситуации и способов совладания с повседневным семейным стрессом матерей при постановке диагноза нарушенного развития ребенку раннего возраста.

Таким образом, целью данного исследования явилось выявление особенностей совладающего со стрессом поведения матерей при постановке диагноза нарушенного развития ребенку раннего возраста для формулирования концептуальной основы программ психологической помощи семьям, воспитывающим детей с тяжелыми множественными нарушениями.

Для реализации задуманного на базе Отделения раннего вмешательства (абилитации) СПбГБУЗ «Городская поликлиника №19» Фрунзенского района нами было проведено исследование особенностей стресс-совладающего поведения 64 родителей детей раннего возраста, которые, в свою очередь были разделены на две группы.

В экспериментальную группу вошли родители 32-х детей в возрасте от 9 месяцев до 2,10 лет с нарушениями развития (23 матери и 9 отцов).

Диагнозы детей в семьях распределялись следующим образом. Синдром Дауна – 8 детей, глубокая недоношенность и связанные с этим нарушения развития – 3 ребенка, синдром Веста – 4 ребенка, детский церебральный паралич (ДЦП) – 8 детей, тяжелая форма задержки психомоторного развития – 7 детей, Spina bifida – 1 ребенок, синдром Прадера-Вилли – 1 ребенок. 9 детям диагнозы детям были выставлены внутриутробно, 20-ти – по достижении 1 года, 3 детям – в первые месяцы жизни. Семьи с особыми детьми посещали Отделение раннего вмешательства с момента обращения до достижения ребенком трехлетнего возраста. При постановке диагноза ребенку семья направлялась участковым педиатром или неврологом в Отделение раннего вмешательства, где с ними проводились индивидуальные и групповые занятия.

Контрольную группу составили 22 матери и 10 отцов нормально развивающихся детей. Основным запросом для обращения в Отделение абилитации родителей детей без отклонений в развитии была оценка развития ребенка, профилактический осмотр и консультации по вопросам ухода и развития.

Средний возраст родителей обеих групп был следующим – возраст матерей 34 года, отцов – 39 лет.

Для исследования особенностей семейной ситуации, социально-демографических показателей матерей, а также специфики развития детей раннего возраста нами были использованы методы клинико-психологического наблюдения, беседы и анализа медицинской документации. Кроме того, экспериментально нами были изучены особенности родительских установок и реакций (методика PARI), влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-R – IES-R), преодоления трудных жизненных ситуаций (опросник SVF-120). Анализу подвергались только те данные, уровень значимости которых, выявленный с использованием U-критерия Манна-Уитни и коэффициента ранговой корреляции Спирмена находился в пределах $p < 0,05$.

В результате проведенного исследования было установлено, что уровень влияния травматического события, связанного с постановкой диагноза нарушенного развития ребенку раннего возраста у матерей не зависит от того какой именно диагноз был выставлен их ребенку. Важным оказался факт именно его фатальности, свидетельствующей о невозможности нормального развития. При этом для женщины этот стресс усугублялся еще и нарушением семейной организации, когда основное бремя воспитания и компенсирующего сопровождения развития такого ребенка ложилось на ее плечи. Часть отцов (26 %), не справившись с хроническим стрессом, связанным с рождением больного ребенка, до достижения им возраста 2-х лет ушли из семьи. Оставшиеся все силы отдавали обеспечению материального благополучия семьи, минимально участвуя в воспитании.

В отличие от родителей здоровых детей, родители детей с нарушениями развития чаще выбирали стратегию поиска социальной поддержки в ситуациях стресса. В то же время, в беседе признавались, что в разговоре с посторонними они склонны занижать значимость стрессовой ситуации, сглаживая детали, связанные с фатальностью нарушений развития у детей. Данная тенденция оказалась одинаково характерной как для матерей, так и для отцов детей с нарушенным развитием, что значимо отличало их от родителей здоровых.

Исследование отношения к ребенку выявило значимые различия между родителями в плане невозможности дистанцироваться и излишней концентрации на ребенке у родителей детей с нарушенным развитием. При этом у матерей возникало ощущение самопожертвования и необходимость проговаривания своих проблем. Отцы, не принимая фатальности нарушений, напротив, стремились преодолеть их у ребенка, форсируя его развитие вопреки имеющимся возможностям. В результате и та и другая тактика травмировала как самих родителей, так и их детей.

Таким образом, можно говорить о том, что не смотря на то, что у родителей детей с нарушениями развития ребенок находится в центре внимания, они проявляют в отношении его амбивалентные тенденции. Со стороны матери ребенку предоставляется возможность выражать свои потребности, устанавливается с ним оптимальный эмоциональный контакт, а со стороны отца – неприятие дефекта и склонность к эмоциональному дистанцированию. Также обнаружено, что обоим родителям детей с нарушениями развития присуще ощущение самопожертвования.

При исследовании особенностей взаимосвязей родительских установок, системы отношений и стратегий преодоления стресса у родителей детей раннего возраста при постановке диагноза нарушенного развития обнаружены следующие закономерности эмоционально-поведенческого реагирования в зависимости от типа реакции на травматическое событие.

Так, родители детей с нарушениями развития, склонные снова и снова переживать травматическое событие чаще выбирают копинг-стратегии, которые связаны со снижением значения стрессовой ситуации, поиском социальной поддержки, контролем над стрессом, стремлением избегать стрессовых ситуаций в будущем, снятием с себя ответственности за стресс. При этом матери предпочитают давать ребенку возможность иметь собственные желания, не исключая возможности постоянно его контролировать.

В то же время родители, избегающие любых напоминаний о стрессе, склонны отвлекаться от проблемной ситуации, подчеркивая отсутствие личной ответственности за ее разрешение, организуя окружающих для ее преодоления. Матери в таких семьях следуют за состоянием ребенка, позволяя окружающим контролировать его и свое состояние.

Родители детей с нарушениями развития, склонные испытывать неприятные физические ощущения, в ситуациях схожих с травмирующим событием имеют тенденции использовать такие способы совладания со стрессом, как стремление к позитивным активностям, стремление быть успешными, расслабление, контроль над стрессом и своими реакциями, поиск поддержки окружающих, сочувствие к себе. В ситуациях схожих с травмирующим событием в отношениях и установках матери проявляют стремление ограничить самостоятельность ребенка, подавляют его агрессивность, особо остро переживая не включенность супруга в дела семьи.

Результаты проведенного исследования могут быть использованы в системе комплексной поддержки, а также разработке концептуальной основы программы психологической помощи родителям из семей, где появился ребенок с тяжелыми множественными нарушениями в развитии.

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Маммадова Т.Г.

Баку

Logos

В настоящее время население Азербайджанской Республики составляет около 10 млн. человек, из них 6 % имеют инвалидность. Сравнивая с аналогичными показателями в других странах, это достаточно низкий уровень. Тем не менее, по имеющимся данным, из общего числа лиц с инвалидностью 60,8 % составляют дети.

По данным Министерства труда и социальной защиты Азербайджана, среди детей, получивших в 2017 году статус лиц с ограниченными возможностями здоровья, 15 % составляют новорожденные.

Среди обследованных в 2017 году молодых людей вступающих в брак, были выявлены 3,25 % лиц – носителей талассемии. Этот факт во много раз увеличивает риск рождения ребенка-инвалида или ребенка с многочисленными проблемами здоровья. Зачастую дети рождаются с болезнями, которые могут привести к инвалидности в будущем.

В нашей стране одна из главных причин высокой инвалидности среди детей – значительное число родственных и ранних браков.

Проблеме расстройства адаптации у женщин, воспитывающих детей с хроническими заболеваниями и ОВЗ на правительственном уровне в Азербайджане уделяется внимание, оказанием психологической поддержки этим женщинам занимаются и негосударственные психологические учреждения.

Согласно диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям Американской ассоциации психиатров DSM-III-R, расстройство адаптации является дезадаптивной реакцией на отчетливо обнаруживаемый психосоциальный стресс, болезненные состояния, развивающиеся в ответ на стрессовое событие и нарушающие привычное функционирование пациента, при которых нарушается как профессиональная деятельность, так и социальные функции.

Рождение малыша с отклонениями в развитии, независимо от характера и сроков его заболевания или травмы, нарушает весь ход жизни семьи. Обнаружение у ребенка дефекта почти всегда вызывает у матери тяжелое стрессовое состояние, далеко не все мамы детей с отклонениями способны самостоятельно преодолеть этот тяжелый кризис и обрести смысл жизни.

Специалистами центра «Логос», в ходе исследования расстройств адаптации у женщин, воспитывающих детей с хроническими заболеваниями и ОВЗ, отмечают у матерей аномального ребенка ряд общих особенностей личности, главным образом в виде сенситивности и гиперсоциализации.

Под сенситивностью подразумевается повышенная эмоциональная чувствительность, ранимость, обидчивость, а под гиперсоциализацией – заостренное чувство ответственности, долга, трудность компромиссов.

Контрастное сочетание сенситивности и гиперсоциализации означает внутреннее противоречие между чувствами и долгом, способствующее возникновению внутреннего нравственно-этического конфликта.

Также отмечается защитный характер поведения, то есть, отсутствие открытости, непосредственности и непринужденности в общении, что обусловлено ранее имевшимся психотравмирующим опытом межличностных отношений.

Специалисты центра «Логос» различают три кризисных периодов в жизни женщин, имеющих детей с ОВЗ:

1-й период – когда женщина узнает, что ее ребенок имеет ограничения по состоянию здоровья. Это может произойти как впервые часы или дни после рождения, так и в первые три года жизни ребенка или даже при поступлении в школу.

2-й период – когда сам ребенок начинает осознавать, что он не такой, как все.

3-й период – когда встает вопрос получения профессии и последующего трудоустройства.

Каждый из этих периодов может стать источником сильной личностной деформации для женщины, имеющей ребенка с ОВЗ, поэтому помощь специалистов должна максимально соответствовать конкретной ситуации.

Центром «Логос» было проведено комплексное психопатологическое, катamnестическое, соматическое обследование 184 матерей, дети которых страдают тяжелыми заболеваниями.

В соответствии с критериями Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), были выявлены и описаны следующие расстройства адаптации депрессивного спектра: расстройство приспособительных реакций (F43.2) – 34 человека, дистимии (F34.1) – 42 человека, депрессивный эпизод – 11 человек.

Выявленные психические расстройства имели различную степень выраженности, однако всегда находились в рамках пограничного уровня реагирования.

Также были выделены основные психотравмирующие факторы, приводящие к нарушению адаптации у матерей детей-инвалидов, среди которых основное значение имеет факт установления ребенку инвалидности.

В зависимости от особенностей клинической картины были выделены три варианта расстройств приспособительных реакций депрессивного спектра:

- 1) кратковременная депрессивная реакция;
- 2) пролонгированная депрессивная реакция;
- 3) тревожно-депрессивная реакция;

Клиническая картина кратковременной депрессивной реакции адаптации характеризовалась снижением эмоциональной неустойчивостью, фиксацией на негативных сторонах своей жизни, нарушениями сна в виде затрудненного засыпания и раннего пробуждения, отсутствием чувства отдыха после сна, плаксивости, подавленности, жалобами на усталость, невозможность справиться с обычной нагрузкой, чувство безнадежности, одиночества, появлялись мысли о собственной никчемности, несостоятельности, неудачливости.

По мере купирования депрессивной симптоматики к матерям возвращалось убеждение в необходимости проведения реабилитационных мероприятий с ребенком, исчезали пессимистические мысли в отношении будущего, появлялась надежда на улучшение сложившегося положения.

При пролонгированной депрессивной реакции адаптации длительность наблюдаемых депрессивных расстройств была от 3,5 месяцев до 1,5 лет.

Клиническая картина реакции адаптации с пролонгированной депрессивной реакцией характеризовалась легкими или умеренными депрессивными расстройствами. При достаточной выраженности депрессивных расстройств, не наблюдалось суицидальных намерений у матерей детей-инвалидов, что объясняется осознанием ответственности перед ребенком и необходимостью осуществления ухода за ним. Пессимистический настрой матери передавался ребенку. Эмоциональное отчуждение матери, являющееся неизбежным следствием переживаемого депрессивного расстройства, становилось депривационным фактором для ребенка.

Клиническая картина смешанной тревожной и депрессивной реакции адаптации характеризовалась появлением тревожных опасений за судьбу ребенка, в форме фобий, сочетающихся с соматовегетативными нарушениями.

Неопределенность прогноза в отношении заболевания ребенка и его будущего формировало ситуацию ожидания. Женщины с тревожно-депрессивной реакцией адаптации обнаруживали большую активность и предприимчивость, направленную изначально на опровержение диагноза, а позже на поиск врачей и новых методов лечения. Пессимистические переживания затрагивали, в основном, будущее ребенка, отсутствие контроля над ситуацией.

В ходе исследования была обнаружена высокая сопряженность по параметру «тревожность» матерей и эмоционально-личностной характеристикой ребенка.

Специалисты центра «Логос», на протяжении ряда лет оказывая помощь женщинам, имеющих детей с ОВЗ, полагают, что для лечения расстройств адаптации предпочтительна психотерапия, включающая исследование значение стрессора для пациенток, обеспечение поддержки, побуждение к поиску альтернативных путей решения проблемы, проявление сочувствия.

Если превалирует тревога, то целесообразно использование методик биологической обратной связи, релаксации и гипноза.

Вмешательство во время обострения направлено на содействие пациентке в быстром купировании кризисной симптоматики посредством использования методов поддержки, суггестии, переубеждения, модификации окружающей среды.

При тяжелых расстройствах показана медикаментозная терапия. Для лечения можно применять анксиолитические средства или антидепрессанты, в зависимости от типа расстройства, но при этом необходимо соблюдать осторожность, чтобы не допустить возникновения зависимости от препарата, особенно при использовании бензодиазепинов.

КОМОРБИДНОСТЬ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Мартусенко А.В., Галкина А.В., Бызова Т.В., Дьяченко Л.А.

Краснодар

ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Несостоятельность в половой жизни является одной из самых сильных эмоциональных травм для мужчин и женщин любого возраста, что связано с особой личностной значимостью сексуальных отношений для большинства людей. Половые дисфункции ограничивают репродуктивные возможности, препятствуют достижению супружеской и сексуальной гармонии в паре, нарушают стабильность брака и нередко приводят к разводам, отрицательно влияют на душевное равновесие и работоспособность, что может привести к развитию невротических и аффективных расстройств. Отмечается, что психические заболевания нередко сопровождаются сексуальными дисфункциями и в большинстве случаев они диагностируются впервые именно на сексологическом приеме. В связи с этим большую актуальность представляют исследования, посвященные изучению взаимосвязи сексуальных и психических расстройств.

Цель исследования: изучение коморбидности сексуальных расстройств у лиц с психическими заболеваниями непсихотического уровня.

Объект исследования: в исследовании приняло участие 19 человек – 10 женщин и 9 мужчин, в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 39 лет), получавшие лечение на базе ГБУЗ «СКПБ №1», которые страдают от тревожного, тревожно-депрессивного, обсессивно-компульсивного, эмоционально-лабильного и шизотипического расстройств, расстройства адаптации, а также расстройств личности.

Методы исследования: обзор литературы, тестирование больных на основе квантификационной шкалы (сексуальная формула мужская и женская), состоящие 9-10 вопросов, где испытуемому предоставляется 5 вариантов ответа, за которые насчитываются баллы (от 0 до 4). При обработке данных показатели 0, 1 и 2 характеризуют различные степени снижения показателя, цифра 3 соответствует средней статистической норме для мужчин и женщин средних лет, а цифра 4 характерна для периода возрастной гиперсексуальности или для сильной половой конституции.

Анализ полученных результатов. Среди опрошенных 60 % находятся в браке, 15 % – овдовели, 25 % – не состоят в браке или разведены. 31,5 % находятся в инволюционном возрастном периоде (после 55 лет). О наличии у себя сексуального расстройства заявили 3 женщины (30 %) и 5 мужчин (55 %).

Среди женщин, у всех больных тревожным и тревожно-депрессивным расстройствами наблюдается снижение либидо, отсутствие готовности к половому акту, сексуальной несостоятельности (50 %). Среди испытуемых, женщины, находящиеся на пике сексуальной активности 50 %.

Среди мужчин, у больных с обсессивно-компульсивным расстройством наблюдается снижение качества эрекции (44,4 %), быстрота эрекции повышена также у 44,4 %. У 55,5 % испытуемых наблюдается тревожное ожидание неудачи, среди них у двоих она имеет невротический характер. Среди испытуемых, мужчины, находящиеся на пике сексуальной активности 55,5 %.

Вывод. Нарушение того или иного компонента сексуальности наблюдается у 79 % всех испытуемых, что говорит о высокой коморбидности сексуальных расстройств и психических расстройств непсихического уровня.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ ЖЕНЩИНЫ В ПОСТРОЕНИИ КАРЬЕРЫ В НОВОЙ СТРАНЕ

Матан В.В.

*Санкт-Петербург
СПбГУ*

Введение. В настоящее время вопросы, связанные с женской миграцией становятся все более и более актуальными. Женщины меняют страну проживания по многим причинам: брак с гражданином другой страны, учеба, работа (интернациональная карьера), в ситуации, когда супруг получает должность за рубежом, когда есть возможность собственного заработка, в том числе, на менее квалифицированной работе, когда женщина видит лучшие перспективы для себя и/или своих детей. Переезд может быть связан и с такими социальными процессами как репатриация, беженство, безработица. Безусловно, каждая из этих причин опосредует то, как будет протекать процесс адаптации в стране въезда (host country). Но общим является то, что оказываясь в новых условиях, женщина ищет возможности для самореализации, в том числе и в карьере. Выстраивание профессионального и должностного пути всегда сопряжено с различными трудными и кризисными ситуациями. Специфика жизни в новой стране может стать одним из барьеров для индивидуальной карьеры. Неудачи в профессиональной жизни накладывают отпечаток на ощущение собственного благополучия, состояние психического здоровья женщины. Потеря работы, ее отсутствие, несоответствие реальности представлениям о том, как должен складываться трудовой путь, очень часто являются источником стресса, вызывают острые переживания у женщин.

Цель исследования. Выделить и описать психологические ресурсы женщин, оказывающихся по различным причинам в другой стране, помогающие им выстраивать индивидуальную карьеру в новых условиях, что, в свою очередь, может способствовать их психическому здоровью.

Материалы и методы. Анализ научных публикаций по теме психологических ресурсов женщин, выстраивающих карьеру в новой стране.

Результаты и их обсуждение. Психологические ресурсы (фр. “ressource” – «вспомогательное средство») можно определить как совокупность внешних и внутренних возможностей человека, способствующих его продуктивности и успешности в различных жизненных ситуациях, являющиеся одним из факторов психического здоровья. Не смотря на активное развитие ресурсного подхода в психологии, среди исследователей нет единого понимания, что такое ресурс. Общепризнанным является положение о том, что количество, разнообразие, субъективное ощущение достаточности ресурсов и их использование связано с благополучием человека. То, какие ресурсы человеку необходимы, определяется, безусловно, спецификой ситуации и теми целями, которые человек для себя ставит. В зависимости от различных жизненных задач, различные качества или люди могут выступать как ресурсы.

В процессе построения карьеры человек задействует свои ресурсы. Карьера (итал. “carriera” – бег, жизненный путь) описывает траектории, направления движения человека в его социальном, личностном, профессиональном, должностном становлении. В психологическом понимании карьера представляет собой нечто гораздо большее, чем всего лишь набор определенных должностных позиций. Карьера человека связана с его жизненными смыслами и удовлетворенностью профессиональной деятельности.

Женская карьера специфична частым сочетанием карьеры с выполнением ролей матери, жены, домохозяйки, что провоцирует «ролевое напряжение». Дополнительным источником стресса для женщины эмигрантки могут стать те требования и условия новой страны, которые необходимо выполнить для того, чтобы найти работу и получать от нее удовлетворение. Кроме барьеров, связанных со знанием языка, наличием легального статуса, отношением к работающей женщине со стороны общества, можно выделить еще ряд препятствий. К ним относятся «овер квалификация» – когда уровень квалификации сотрудника, превышает требуемый для должности, на которую претендует соискательница. «Стеклянный потолок» – ограничения в карьерном продвижении по причинам, не связанным с профессиональной компетентностью. Утрата или уменьшение социального капитала – позитивных социальных связей человека, необходимых, в том числе и для построения карьеры.

Таким образом, женщина, оказавшаяся в новой социальной среде, переживает множество стрессовых и часто трудно разрешимых психологических ситуаций. Преодоление различного рода сложностей обусловлено тем, какими возможностями, ресурсами она обладает.

Мы определяем психологические ресурсы профессиональной карьеры как личностные черты и социально-психологические характеристики, способствующие достижению мастерства, авторитета, признания в профессиональной области и субъективному переживанию успеха, желанию дальнейшего становления, саморазвития и самореализации в профессиональной сфере.

Можно выделить внешние социальные ресурсы, используемые эмигрантками в своей профессиональной деятельности, которые представляют собой основные виды и формы поддержки от социального окружения. Это, прежде всего, социальные условия их профессиональной деятельности, создаваемые государством, регионом и обществом в целом. Но это также и общение в социальной сети (коллеги, наставники, др.), что в совокупности позволяет взглянуть на проблемы со стороны, скорректировать свое поведение в профессиональной среде. Умение создавать полезные связи, взаимодействовать с социальной сетью организации связано с карьерным успехом.

Условно мы выделяем четыре типа социальных ресурсов, соответствующих потребностям карьерного развития. В первую группу входят люди, оказывающие социо-эмоциональную поддержку, они помогают справиться с кризисами карьерного развития, поддерживают веру в себя, свои возможности. Вторая группа – это наставники – люди, от которых специалист получает знания, может познакомиться с их профессиональным опытом, их способами достижения успеха. Третья группа – «гейткиперы» – люди, в чьих силах предоставить работу, новую должность, предложить участие в проекте. Это люди, которые продвигают, предлагают новые возможности. Четвертая группа – люди – профессиональные ориентиры, они могут стать моделью и примером профессионального развития. Один и тот же человек может выполнять несколько ресурсных функций. Оказываясь в новой стране, женщина зачастую теряет имеющиеся у нее социальные ресурсы. А поиск новых занимает время. Нередко женщина находит и восполняет необходимые для карьерного развития ресурсы через мигрантские этнические сети, приходя на встречи землячеств и/или присоединяясь к различным группам земляков в сети Internet.

Женщина эмигрантка в своей профессиональной деятельности может использовать тот или иной социальный ресурс, но внешние ресурсы не являются абсолютными. Поэтому так важно осознавать и развивать свои внутренние (личностные) ресурсы. Ресурсы личности это, как правило, позитивные свойства человека, они являются самостоятельной ценностью, активно используются в достижении поставленных целей. Мы выделяем три ключевых личностных ресурса, опосредующих деятельность: надежда как отражение позитивного взгляда на мир, самоэффективность – восприятие самого себя как личности компетентной и эффективной и мотивация достижений. Надежда (готовность к действию) дает позитивную мотивацию, помогает человеку добиться того, что для него желанно, при этом цель должна быть важной и достижимой. Женщина, обладающая надеждой, убеждена, что она может влиять на ситуацию и менять ее. Самоэффективность – восприятие себя как личности компетентной и эффективной. Самоэффективность способствует тому, что женщина ставит перед собой трудные цели и добивается их. Проявление надежды связано с личностными факторами, а именно с субъективным контролем в области достижений, что отражает способность объяснять собственными действиями и качествами личности свои успехи и неудачи.

Заключение. Мы считаем, что профессиональная успешность напрямую связана, с осознанием и использованием своих ресурсов. Поскольку ресурсы это развиваемая категория, то мы считаем возможным и нужным расширение их диапазона. В рамках практического применения этой модели возможна разработка программы по обучению осознанию и определению своих ресурсов, формированию готовности к их использованию у женщин эмигранток.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ: ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ И ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Махова А.В.

Санкт-Петербург

Телефон экстренной психологической помощи

Исторически насилие было неизбежным спутником человеческой жизни. Тема насилия является одной из самых сложных и противоречивых в рамках социальных наук и общественного дискурса. В криминологии под насилием понимают преимущественно физическое или сексуальное насилие. Долгое время под насилием понималось только физическое или сексуальное принуждение. Например, толковый словарь Ожегова приводит такое определение: насилие – это 1. применение физической силы к кому-нибудь; 2. принудительное воздействие на кого-нибудь, нарушение личной неприкосновенности; 3. притеснение, беззаконие, произвол.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующее обобщенное определение понятию «насилие»: «Преднамеренное применение физической силы или власти, действительное или в виде угрозы, направленное против себя, против иного лица, группы лиц или общины, результатом которого являются (либо имеется высокая степень вероятности этого) телесные повреждения, смерть, психологическая травма, отклонения в развитии или различного рода ущерб».

С развитием общества приходит понимание, что насилие включает в себя не только физические повреждения, убийство или покушение на жизнь, но и психологический вред, который также может нести серьезные последствия для здоровья и социальной адаптации.

Истоки гендерной дискриминации восходят еще к древним временам, когда ученые и политики оправдывали угнетение женщин дискуссиями о том, является ли женщина человеком и есть ли у нее душа. Взгляд на женщину, как на существо второго сорта находит свое отражение во многих трудах философов древнего мира и средних веков. Такой подход греческий философ Сократ выразил следующими словами: «Три вещи можно считать счастьем: что ты не дикое животное, что ты грек, а не варвар, и что ты мужчина, а не женщина». Несмотря на то, что с тех пор прошло два с половиной тысячелетия, во многих обществах такие взгляды актуальны и по сей день.

Самая обобщенная классификация насилия выглядит следующим образом:

- физическое;
- психологическое (моральное);
- сексуальное;
- смешанное/смежное. То есть такое насилие, которое содержит в себе элементы нескольких видов насилия и не может быть отнесено только к одной разновидности насилия. Например, обидные высказывания, направленные на сексуальность человека.

Несмотря на тот факт, что насилие является гендерно-нейтральным явлением (распространяется, как на женщин, так и на мужчин), тем не менее насилие по отношению к женщинам имеет свои характерные черты и особенности. Так, например, к мужчинам не может быть применено репродуктивное насилие, т.е. насильственная беременность или наоборот прерывание беременности против воли самой женщины.

Насилие в отношении женщин тесно связано с понятием гендерной дискриминации. Под дискриминацией женщин понимается полное или частичное лишение прав по признаку пола во всех или некоторых сферах жизни общества. Такая дискриминация ведет к понижению социального статуса женщин и в современном обществе признается одной из форм насилия над личностью.

Важно подчеркнуть, что насилие делится на эпизодическое и длительное. Оба эти вида оказывают воздействие на психику индивида, однако, длительное насилие, как правило, имеет более серьезные последствия и требует больше времени на восстановление и реабилитацию.

Тема насилия является одной из наиболее стигматизированных и табуированных в обществе. По этой причине вокруг нее зарождается большое количество ложных стереотипов и мифов. Жертвы насилия зачастую сталкиваются с большим объемом общественного порицания, как в обществе, так и в судебной системе. Жертва зачастую сама ощущает вину и ответственность за то, что с ней произошло, отрицая тот факт, что насилие не может быть спровоцировано тем или иным поведением.

Поэтому реабилитация и психологическая работа с жертвами насилия помимо работы с травмой должна быть направлена именно на развенчивание мифов и стереотипов о насилии, а также на поддержание достоинства личности: «Никто не имеет права тебя бить», «Ты этого не заслужила», «Насилие нельзя спровоцировать», «Насилие – это ненормально», «В преступлении виноват преступник».

Цель исследования: выявить особенности мышления женщин, длительное время проживающих в ситуации насилия.

- Задачи:** 1. Рассмотреть последствия насилия (физического, сексуального, психологического);
2. Проанализировать модели, действующие в дисфункциональных семьях;
3. Исследовать исторические предпосылки, способствующие распространению насилия;
4. Проанализировать особенности гендерной дискриминации;

При подготовке доклада использовались следующие теоретические материалы: монография И.Г. Малкиной-Пых «Виктимология. Психология поведения жертвы», которая в теоретическом ключе позволяет ознакомиться и описать поведенческие особенности жертв насилия. Также эта книга помогает понять механизмы выработки этих особенностей поведения; статьи и монографии В.Д. Москаленко «Зависимость – семейная болезнь», «Созависимость: характеристики и практика преодоления», «Когда любви слишком много», которые позволяют ознакомиться с закономерностями, существующими в системе дисфункциональных семей, а также раскрывают специфику психологии созависимых; монография Н.И. Бумаженко «Виктимология», прочитав которую можно ознакомиться с криминалистическим подходом к понятию «виктимности». Большой вклад в содержание доклада внесла информация, полученная в ходе лекций и семинаров, проводимых специалистами Информационно-консультативного центра на Рябиновой 18 по проблематикам насилия, зависимости и созависимости. Также колоссальное значение имела личная практика работы с клиентами.

Методология включает в себя как социологические методы исследования, так и исторические и психологические. К первым относятся: наблюдение, которое доступно при работе с реальными клиентами, а также анализ полученных при наблюдении эмпирических данных. Историческая методология: историко-генетический метод, который позволяет проследить историческую подоплеку существующих общественных явлений и тенденций, связанных с проблематикой гендерного неравенства и насилия. К используемым психологическим методам также можно отнести: наблюдение, самонаблюдение, беседу с клиентами.

В результате исследования были выявлены следующие закономерности:

1. Женщины, долгое время проживающие в ситуации насилия обладают очень низкой самооценкой («Я никому, кроме него не буду нужна»);
2. Такие женщины имеют искаженные представления о понятии нормы (например, «насилие в семье – это нормально» «бьет – значит любит» «бить детей – это правильно, иначе они вырастут слабыми» и т.д.);
3. Зачастую женщины, переживающие длительное время регулярное насилие, эмоционально зависимы от своего насильника (разновидность созависимости), идеализируют его и не представляют себе жизни без его участия;
4. Зачастую женщины и девочки, длительное время проживающие в ситуации насилия и/или гендерной дискриминации приобретают определенные виктимные модели поведения, винят себя в том, что с ними происходит и даже считают, что заслужили такое отношение;
5. Независимо от вида (физическое, сексуальное, психологическое), последствия насилия зачастую совпадают. Исключения составляют только травмы, полученные при физическом насилии. Последствиями всех видов насилия могут быть: депрессия, нарушение пищевого поведения (анорексия, булимия), бессонница, панические атаки, страхи, фобии, суицид, заниженная самооценка, болезни, плохое физическое самочувствие, телесная скованность, ущерб для здоровья, отклонения или замедления в развитии (если речь идет о детях) и многое другое;
6. Жертвы насилия часто обладают склонностью к разного рода зависимостям: алкогольной, наркотической, созависимым отношениям;
7. Насилие обладает также и отдаленными последствиями, когда во взрослом возрасте жертвы не связывают особенности своего поведения сейчас с насилием, которому они подвергались в детстве;
8. Жертвы насилия обладают определенной спецификой эмоционального поведения: плохо понимают свои эмоции и подавляют их;
9. Жертвам свойственно обесценивать свою травму.

ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В КОМПЕНСАЦИИ САОМОТНОШЕНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ НЕВРОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

Медведев Н.Н.

Санкт-Петербург

Центр психотерапии The Sun

Актуальность темы. В настоящее время существует множество работ, посвященных невротическим состояниям. Но такой важный аспект личности, как самоотношение, на настоящий момент раскрыт недостаточно. Преимущества настоящей работы в том, что в ней описывается не только самоотношение, больного невротом, но и самоотношение в, возможно, предшествующем невроту состоянии невротизированности. Это неустойчивое состояние между здоровьем и болезнью иногда сохраняется достаточно долго и может сместиться как в сторону здоровья, так и в сторону патологии. Именно этот риск позволяет говорить о высокой актуальности исследований в области предболезни, а уж о важности участия в этих процессах такого компонента психики, как самоотношение и говорить не приходится.

Гипотеза и цель исследования. Нами была выдвинута гипотеза, состоящая из трех частей:

1. Существуют различия в структуре самоотношения мужчин и женщин, обусловленные разностью доминант

2. На разных уровнях невротизации у мужчин и женщин возможны отличающиеся изменения в структуре самоотношения.

3. Мужчины и женщины на разных уровнях невротизации используют различные способы компенсации самоотношения.

Соответственно, **целью исследования** была проверка этих гипотез.

Характеристика объекта исследования. Объектом исследования явилось 180 человек. Контрольную группу составили 60 человек (по 30 условно здоровых мужчин и женщин). Основные группы составили мужчины и женщины в возрасте 20-25 лет, больные невротами и мужчины и женщины в возрасте 20-25 лет с повышенным уровнем невротизации (по 30 человек соответственно). Исследование проводилось среди учащихся СПбГПМУ и на базе Городской психиатрической больницы №7 («Клиника невротозов»).

Методы экспериментального исследования и математико-статистической обработки. Были использованы следующие методики: «Опросник Самоотношения Столина», «Уровень невротизации», «Семантический дифференциал», «Доминирующие состояния», «Уровень развития субъектности личности», «Уровень субъективного контроля». Полученные результаты были обработаны с помощью сравнения средних показателей, а также методов корреляционного и регрессионного анализов при применении программы обработки данных SPSS Statistics 17.0.1

Результаты исследования и обсуждение. Результаты показали, что женщины с повышенным уровнем невротизации оказались под влиянием выражено когнитивизированной установки, касающейся самоотношения. Они отказываются от опоры на свое окружение, что мгновенно порождает потребность в новой опоре, которую они находят в высоким требованиям к самим себе. В результате нарастающего напряжения, они фактически теряют способность к безусловно ценностному восприятию своей личности и даже более того – безусловно ценностные компоненты самоотношения (аутосимпатия, самопринятие) оказываются связаны с самообвинением. Длительно психическое напряжение, усугубляемое сниженной самооценкой, выраженным самоконтролем и предъявлением завышенных требований к себе с одновременным самообвинением в непродуктивности и несостоятельности, создало крайне неблагоприятную predisposition, ведущую к стрессам психической деятельности и развитию невротического состояния. Выявлена зависимость самоотношения от самоконтроля, но установка неадекватно низкой оценки собственной способности к саморуководству негативно сказалась на самооценке. При усилении самоконтроля повышалось напряжение, скованность и падал тонус, но самоотношение улучшалось. Прослеживается так же тенденция приписывать себе ответственность за неудачи, а за успехи – внешним факторам. Самообвинение растет с увеличением интернальности в области достижений, что объясняется конфликтом высокого уровня притязаний и субъективно низкой оценкой своих возможностей.

Невротизированные мужчины увеличивают объем обращения к оценкам окружающим, используя их, как источник поддержки. Доля интернальности в межличностных отношениях выражено снизилась. Это привело к росту зависимости от окружающих. Проявилась тенденция к идеализации других в связи с возможностью получения от них положительных оценок. Но растущая экстернальность приводила к тому, что происходило противопоставление образа своего «я» идеализированным другим – и это все равно негативно сказывалось на самоотношении.

Для женщин, больных неврозами, происходит декомпенсация когнитивной саморегуляции. Они показали зависимость самооценки от актуальных эмоциональных переживаний. Выявилась возрастающая экстернальность, причем снижение самообвинения позволяет предположить искажения самокритики, что, вкпе с ростом ожидания положительного ожидания от других, позволяет предполагать широкий спектр защитных искажений в области отношений. Таким образом, они стремятся вернуться к «опоре» на других в самоотношении. Эта попытка терпит фиаско из-за противоречия: выявляется обратная взаимосвязь самоотношения с параметрами образа других женщин, что говорит о ротивопоставлении своей личности остальным женщинам несмотря на ожидание положительного отношения от них. Подобное явление вызывало рост напряженности и тревоги, что провоцировало явления тревожно-депрессивного характера.

У мужчин, больных неврозами, самоотношение оказалось на еще более низком уровне. Падение показателей интернальности и субъектности приводили к тому, что вообще любое проявление субъектности оказалось связано с тревогой и самообвинением. Корреляционный анализ показал положительную связь креативности и самообвинения, а также отрицательную связь креативности и самопонимания. Это означает ригидность, застревание на старых, невротических формах поведения, как раз тогда, когда необходимо найти новый способ поведения.

Заключение. Самоотношение, как показывают результаты исследования, не является «экстерриториальной» структурой по отношению к окружению личности, что не позволяет рассмотреть его в «чистом виде», как таковое, в отрыве от этого окружения. Учитывая, таким образом, некоторую онтологическую несамостоятельность данного понятия, мы должны помнить о том, что, говоря о «самоотношении личности», мы имеем дело, скорее, с формой того, как личность взаимодействует со своим окружением, а не с «чистым» самоотношением, каковое является, по-видимому, несамодостаточным понятием и производным от данного взаимодействия. Такая концепция понимания подталкивает нас к тому, чтобы ставить другие, более онтологизирующие вопросы, лучше раскрывающие суть предмета нашего рассуждения. То же самое соображение о «несамодостаточности понятия» касается и «гендерных различий», которые, как мы видим, отчетливо возникают только с повышением уровня невротизации.

Тем не менее, при возникновении такой ситуации мы можем констатировать не только сами гендерные различия, но и отметить, что и у женщин и у мужчин вектора компенсации сниженного самоотношения меняются на разных уровнях невротизации.

Женщины с повышенным уровнем невротизации прибегают к практически тотальной интернализации процессов самоотношения, придавая им, наряду с высокими требованиями к себе, исключительно когнитивный характер и почти что полностью исключая безоценочные компоненты самопринятия. Это сопровождается ростом напряжения, тревоги и последующей декомпенсацией. А вот женщины, больные неврозами, наоборот, максимально экстернализируют собственную самооценку, ожидая положительного отношения от других, но при этом противопоставляют себя окружающим. Их собственное самоотношение, таким образом, в этот момент может приобретать настолько аффективные оттенки, что могут проследиваться искажения самокритики.

У мужчин же с повышенным уровнем невротизации главным вектором компенсации самоотношения изначально служит идеализация собственного Я и поиск подтверждения этого от окружающих, что оборачивается зависимостью от них и их идеализацией, что оборачивается зависимостью в межличностных отношениях. При заболевании неврозом эти механизмы не только усиливаются, но еще и дополняются стремлением к общей жизненной пассивности, что способствует застреванию на неадаптивных формах поведения и снижает возможность произвольного улучшения.

ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ НОЧНОЙ ЕДЫ

Мелёхин А.И.

Москва

РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Синдром ночной еды (night eating syndrome) или нарушение пищевого поведения во сне – это форма парасомнии и нарушения пищевого поведения, которая выражается повторяющимися непроизвольными, компульсивными ежедневными эпизодами приема пищи в ночное время. В DSM-V данное расстройство

включено в категорию «Другие изменения в питании и расстройства пищевого поведения» (OSFED). У пациентов наблюдаются изменения в паттерне приема пищи (больше потребление калорий в ночное время, чем в дневное), десинхронизация между приемом пищи и циклом сон-бодрствование, голодом и контролем насыщения. Эта поведенческая картина потребления большего количества калорий в ночное время может быть связана с следующими нейроэндокринными факторами: низкий уровень мелатонина и лептина. Кроме того, у пациентов с синдромом ночной еды часто наблюдаются повышенные уровни кортизола, что говорит о связи этого состояния с нарушением сна, расстройствами настроения, тревожным спектром расстройств. Стресс у этих пациентов в форме психосоциальных или эмоциональных триггеров часто ассоциируется с наступлением, а также с продолжением эпизодом ночного приема пищи. Изменения в ритмах приема пищи и сна также связаны с избыточным весом и приемом ПАВ. В нашей практике мы наблюдаем, что начало эпизодов ночного приема пищи у пациентов часто связано с ответом на диету, т.е. когда происходит ограничение потребления калорий в течение дня, они стремятся компенсировать это ночью.

По сей день проводятся исследования по поиску эффективного фармакологического и психотерапевтического лечения синдрома ночной еды, которые будут направлены на коррекцию пищевого поведения, депрессивные и тревожные симптомы, а также нарушения сна. Биологические и психосоциальные факторы играют важную роль в развитии и поддержании данного синдрома, а также его взаимосвязи с другими психическими расстройствами. Это в свою очередь формирует порочный круг, который имеет тенденцию к самосохранению. Поэтому необходимо рассмотреть взаимосвязь между пищевыми привычками пациента, качеством его сна и эмоциональными расстройствами, чтобы разорвать этот цикл.

Чаще прибегают к медикаментозному лечению с применением «первой линии»: СИОЗС (sertraline, paroxetine, fluvoxamine); антиконвульсантов (topiramate); агонисты дофамина (pramipexole). Показано, что введение экзогенного мелатонина или лептина, которые могут продлить сон и подавить ночной аппетит. Эффективность Z-гипнотиков (zolpidem) не показана. При назначении данных препаратов обязательно контролировать побочные эффекты. Рекомендовано сочетать медикаментозное лечение с когнитивно-поведенческой психотерапией (далее сокр. КПП), которая делает акцент на дисфункциональных мыслях и поведении участвующих в синдроме ночной еды.

Задачи КПП при лечении синдрома ночной еды:

- усилить самосознание пациента, что он использует прием пищи как форму борьбы с эмоциями;
- изменение/регулирование модели питания;
- научить пациента распознавать триггеры, приводящие к ночной еде, а также сформировать навыки как минимизировать или бороться с ними.
- исправить у пациента задержку циркадных ритмов питания, сдвигая прием пищи в начало дня и одновременно разорвав связь между ошибочными установками и ночным приемом пищи.

Регламент КПП синдрома ночной еды (по К.С. Allison): 10 сессий + 2 дополнительных сессии по нарушению сна. Длительность терапии 12 недель.

Структура протокола КПП (К.С. Allison):

I. Обследование психического статуса пациента с применением шкалы 14-item Night Eating Questionnaire или Night Eating Symptom Scale-II (NESS-II)

II. Психообразование: о факторах, приводящих к синдрому ночной еды; о здоровой потере веса и питании; влиянии приема пищи и настроения на синдром ночное еды.

III. Модификация модели питания:

- Мотивационное интервью, направленное на изменение структуры питания; совладение с трудностями, с которыми пациент может столкнуться в ходе лечения; оспаривание дисфункциональных мыслей, связанных с питанием;

- Планирование питания. Ограничение ежедневного потребления калорий. Дневник потребления пищи с мониторингом калорий;

IV. Поведенческий анализ. Построение цепочки эпизодов ночного питания. Обучение технике контроль стимулов;

V. Мониторинг и оценка негативных мыслей. Когнитивная реструктуризация

VI. Гигиена сна и контроль качества сна;

VII. Повышение физической и социальной активности;

VIII. Техники управления напряжением: прогрессирующая мышечная релаксация;

IX. Усиление социального капитала/поддержки;

X. Профилактика рецидивов.

Разработана когнитивно-диалектическая психотерапия адаптированная специально для синдрома ночной еды. Она делает акцент на одновременном улучшении навыков адаптивной эмоциональной регуляции для снижения негативных эмоций с помощью подключения техник осознанности. Это позволяет уменьшить дезадаптивные симптомы, нездоровое отношение к еде, форме тела и весу.

Эффективность. Протокол КПП синдрома ночной еды способствует снижению гиперфагии вечером; числу пробуждений (с 8,7 до 2,6 в неделю); проценту приема калорийной пищи под вечер; снижению суточного потребления калорий (с 2365 до 1759 ккал/сут); симптомов вины и самообвинения (по BDI-II с 9 до 6,5). Улучшает фон настроения и удовлетворенность качеством жизни. Изолированное применение сокращенной прогрессирующей мышечной релаксации+психообразование уменьшает симптомы тревожности у пациентов, уменьшает симптомы пищевого поведения во сне, повышение утреннего аппетита. Поведенческая терапия, включающая в себя управление непредвиденными обстоятельствами, управление стрессом и поведенческие вмешательства для снижения веса, показала снижение симптомов синдрома ночного приема пищи на протяжении 18 месяцев.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ В СЕМЬЯХ ЭМИГРАНТОВ НА АДАПТАЦИЮ И ОБУЧЕНИЕ РЕБЕНКА В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ (ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ)

Миргород Н.В., Кузнецова Е.А.

*Санкт-Петербург
СПбГУ*

В настоящее время существует множество психологических исследований, посвященных детям разных возрастов. Важное место справедливо отведено изучению проблем адаптации детей к обучению в школе. Психологи призывают школу и родителей объединить усилия и в целях благополучия ребенка выступать единым фронтом. Подразумевается, что и у тех, и у других есть заинтересованность, возможности и ресурсы для полноценного участия в процессе начальной стадии обучения ребенка в школе. Перед родителями, в частности, стоит огромное количество важнейших задач по развитию, воспитанию и обеспечению ребенка. И многие из них зачастую возлагаются на мать. Период адаптации к школьной жизни и первые ее годы становятся для многих семей настоящим испытанием. Начальная школа в наше время предполагает активное участие родителей в процессе обучения детей. В условиях эмиграции сложность решения возникающих проблем для всех членов семьи существенно возрастает. Ребенку необходимо адаптироваться не только к новому виду ведущей деятельности (учебе), новому коллективу, учителям, новой обстановке, предъявляемым требованиям, но и пройти языковую, культурологическую и психологическую адаптацию.

Успешность адаптации и обучения ребенка в школе зависит от многих факторов: подготовленности и психологической готовности ребенка к школе, личности учителя и его педагогического стиля взаимодействия с учениками, коммуникативных навыков ребенка, зрелости его эмоциональной, мотивационной, интеллектуальной сфер, стиля семейного воспитания, стиля взаимоотношений с ребенком в семье, психологического климата в семье. Как правило, именно мать является ключевой фигурой, сопровождающей ребенка на всех этапах его развития, в том числе и на начальном этапе обучения в школе. В связи с этим именно мать оказывает значительное осознанное или неосознанное влияние на ребенка. Необходимо учитывать, что модальность и смысловая составляющая этого влияния напрямую зависит от ее собственного актуального психологического состояния. Состояние женщины в условиях эмиграции едва ли может быть полностью благополучным. Несмотря на некоторые позитивные изменения современного мира, облегчающие эмиграцию, такие как возможность приезжать на родину, общаться с родными и друзьями по интернету, повысившийся материальный уровень многих эмигрантов, существует ряд задач, с которыми неизбежно приходится сталкиваться человеку в эмиграции: необходимость адаптации к новым условиям, интеграция в общество, реконструкция самоидентификации. Кроме того, актуальными для многих наших соотечественников также являются проблемы, связанные с освоением языка, трудоустройством, местожительством, решением социальных вопросов, общением. В состоянии мамы могут проявляться такие деструктивные переживания как чувство вины, одиночества, собственной неуспешности, неудовлетворенности, нереализованности, фрустрации, неоправданных ожиданий, потери смысла происходящего или осмысленности

жизни в целом. В таких случаях самой маме срочно требуется психологическая помощь. В случае неблагоприятного течения процесса собственной адаптации и интеграции, наличия нерешенных психологических проблем, в состоянии невроза, кризиса или хронического стресса мать едва ли способна оказать необходимую ребенку помощь в адаптации и учебной деятельности. Родители, погружаясь в решение собственных проблем, могут недооценивать трудности, с которыми сталкивается их ребенок.

В период начальной школы ребенок активно усваивает, можно сказать, впитывает транслируемые ему ценности, отношения, жизненные установки, стратегии совладания с трудностями, продолжается формирование его представлений о себе, о своих возможностях, способностях, об окружающем мире. От того, какими будут эти представления, стратегии, ценности и установки, будет во многом зависеть не только школьная адаптация, но и ход дальнейшей жизни ребенка, его успешность, психологическое здоровье и гармоничность его личности.

С целью апробации методического инструментария и выявления тенденций мы провели пилотажное исследование, в котором приняли участие 24 женщины, чьи дети обучаются в начальной школе Санкт-Петербурга.

Мы осуществили экспресс-диагностику психологического состояния матерей младших школьников с помощью Методики определения доминирующего состояния (краткий вариант) (Куликов Л.В.) и опросника «Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации» (Карпова Э.Б., Иовлев Б.В., Вукс А.Я.), а также изучили некоторые стороны экзистенциальной сферы их личности с помощью теста «Смыслжизненные ориентации».

Приведем лишь некоторые результаты. Установлено, что более 20 % матерей имеют повышенный или высокий уровень невротизации, более 50 % – признаки стрессового состояния. Каждая вторая мама занимает преимущественно пассивную позицию, с преобладанием пессимистических настроений, имеет повышенную раздражительность, низкую эмоциональную устойчивость; каждая третья ощущает усталость, повышенную утомляемость, немотивированную тревогу и низкую удовлетворенность жизнью и самореализацией. Такие данные призывают нас говорить о проблеме психологического неблагополучия у значительной части матерей, обратить внимание на их состояние и задуматься об организации профилактических и реабилитационных мер. Мы не можем однозначно свидетельствовать о том, что именно начальный этап обучения ребенка в школе столь деструктивно влияет на матерей, но уверены, что под влиянием дополнительных нагрузок и стрессовых ситуаций, связанных с учебой и школьной адаптацией ребенка, состояние психологического нездоровья матери может усугубиться. Несомненно, это найдет отражение на качестве жизни как отдельной личности, так и семьи в целом.

Результаты по шкале «удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью в целом» позволяют судить о субъективном восприятии человеком своей реализованности, успешности, отношении к ходу своей жизни, переживании ее полноты. Эта характеристика является одной из основных опор психологической устойчивости личности. Нами установлено, что 33 % матерей не удовлетворены жизнью в целом, ее ходом, своей самореализацией и не чувствуют в себе надежных внутренних опор. Мы считаем, что эти родители находятся в группе риска, поскольку неудовлетворенность жизнью является фактором угрозы возникновения невротических и депрессивных расстройств, алкогольной или другой зависимости. Всё это не может не сказаться на ребенке в такой психологически чувствительный для него период как период обучения в начальной школе.

Уже на данном исследовательском этапе ясно, что актуальное состояние женщины тесно связано с такими показателями как удовлетворенность жизнью, эмоциональная устойчивость, активная позиция, принятие ответственности за происходящее, общий показатель осмысленности жизни. Проведенное пилотажное исследование подтвердило наше предположение об имеющемся поле изучения психологического состояния матери младшего школьника как составляющей ее психологического здоровья и благополучия. Период адаптации ребенка к школе является сложным для всей семьи, равно как и исключительно важным для дальнейшего успешного обучения и воспитания психологически здоровой и счастливой личности.

Полученные нами данные указывают на актуальность изучения влияния состояния матерей на успешность адаптации детей в условиях эмиграции, где вопросы, связанные с экзистенциальной сферой, определяющей психологическое состояние человека, стоят особенно остро. Результаты исследования и, как следствие, мероприятия, направленные на выявление потребности в психологической помощи и ее оказание матерям в условиях эмиграции будут иметь огромное значение и для их детей, поскольку психологическое здоровье матери является необходимым условием для психологического здоровья, благополучной адаптации и успешной учебы ребенка в период обучения в начальной школе.

К ВОПРОСУ О ПОСТАБОРТНОМ СИНДРОМЕ: АНАЛИЗ ПОПУЛЯЦИОННЫХ ДАННЫХ

Митихин В.Г.

Москва

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Введение. Статистика аборт в России один из важнейших показателей, свидетельствующий о социально-демографическом и социально-экономическом уровне жизни населения. По статистике (Росстат, 2017), каждая вторая женщина в России после тридцати лет делала аборт. Практически половина из них, то есть, примерно 25 % женщин, испытывают серьезные психические переживания. Аборт – это насильственное вмешательство в естественные процессы женского организма, которое является экстремальным фактором и поэтому у женщины после него могут наблюдаться разные психосоматические и психические расстройства. Многие авторы описывают депрессивную реакцию женщин, возникшую после прерванной беременности – от обычных невротозов до глубоких психозов, нередко доводящих женщин до самоубийств. Исследования, проведенные в Финляндии, (Gissler M., Hemminki E., Lonnqvist J., 1996) показали, что уровень самоубийств у женщин, совершивших аборт (34,7 на 100 000), значительно превышает таковой у женщин, чья беременность закончилась родами (5,9 на 100 000). По результатам исследования был сделан вывод о том, что частота самоубийств среди женщин, перенёвших аборт, была в три раза выше, чем среди женщин без подобной процедуры в анамнезе, и в шесть раз выше, чем среди женщин, родивших ребёнка. При изучении более 50 000 историй болезни D.C. Reardon с соавторами (2003) обнаружили статистически достоверную корреляцию между наличием аборта и развитием в дальнейшем психических заболеваний, таких как депрессивное расстройство и маниакально-депрессивный психоз.

Содержательное описание возникающих постабортных психических нарушений можно найти в обзорной работе Кочеткова Я.А. (2009). Наиболее часто у женщин после аборта развиваются пограничные психические расстройства (депрессивные, тревожные, фобические), возникает чувство вины, невозвратимой потери. Ряд авторов указывали, что аборт повышает риск развития психических нарушений (А.Н. Додонов, В.Б. Трубин, 2009; Т. Берк, 2010; Е.В. Гурина, 2012; D.M. Fergusson, 2008; W. Pedersen, 2008; G.E. Robinson, 2009). Психическая травма и гормональные изменения после аборта вызывают системные сдвиги в женском организме в результате разрушения психосоматической и духовной взаимосвязи матери и внутриутробного ребенка, формирования интраперсонального конфликта, вызывающего характерные нарушения материнской сферы и семейных взаимоотношений (Е.Я. Полякова, 2009; О. Филатова, 2010).

Следует различать два уровня рассматриваемого явления: статистически устойчивое поведение существенной части женской популяции и индивидуальное поведение личности в микросоциальной среде. Это определяет и различный уровень объясняющих концепций – от популяционных до индивидуальных. Психические последствия аборта – достаточно закрытая и сложная тема. Изучать её тяжело по причине нежелания основной массы женщин подробно говорить об этом по разным причинам, а эмоциональная отгороженность исследуемых искажает результаты.

Клинические наблюдения сталкиваются с объективными трудностями, вызванные как неоднородными и ограниченными выборками, так и сроками проведения исследований. Проводить работу в этой области очень сложно ввиду того, что невозможно охватить всех женщин, сделавших аборт. Непросто удерживать их в исследовании и объективно оценивать происходящие события. При проведении исследований до 60 % испытуемых выходят из исследования, при этом по результатам сравнительного анализа данных об испытуемых было установлено, что выходят из исследования, как правило, женщины, имеющие наиболее выраженные симптомы посттравматического синдрома после аборта. Негативные последствия аборта могут проявляться через много лет, и этот факт влияет как на краткосрочные, так и на долгосрочные исследования. Постабортный синдром пусть и редко, но имеет место и у мужчин. Как правило, может наблюдаться депрессия, апатия, а также возникать агрессия и алкоголизм. Очень многие пары расстаются в течение первого года после аборта, объясняя это тем, что отношения стали невыносимыми.

Цель исследования: статистическая оценка связи показателя абортов с основными показателями психического здоровья населения России и ресурсами службы психиатрической помощи за последние 25 лет.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили следующие данные: 1) официальная государственная статистика о социально-экономическом положении в России в период 1992-2016 гг.; 2) данные официальной российской медицинской статистики о контингентах лиц, имевших психические расстройства в период 1992-2016 гг. и кадровом составе психиатрической помощи.

Исходный список показателей включает 15 наименований, которые можно разбить на две группы. Первая группа – это демографические показатели: численность населения, рождаемость, смертность, аборт, миграция. Вторая группа – показатели психического здоровья населения: болезненность и заболеваемость психическими расстройствами, показатели структуры психических расстройств; показатели ресурсов службы психического здоровья: численность психиатров, психотерапевтов, психологов.

Методы анализа данных: на первом этапе с целью выявления значимых связей для рассматриваемых показателей использовался корреляционный анализ. На втором этапе при построении моделей зависимости для рассматриваемых показателей (с учетом мультиколлинеарных связей между факторами) использовался регрессионный анализ с оценкой значимости полученных моделей; все расчеты и статистические оценки выполнялись в среде MS Excel.

Результаты и обсуждение. Опираясь на результаты корреляционного анализа данных за период 1992-2016 гг. можно предложить простые, но достаточно точные регрессионные модели для описания динамики показателей психического здоровья населения в рассматриваемый период. Основными значимыми факторами (с высокой степенью корреляции с показателем абортов – Ab), выделенными в результате статистического анализа являются: 1) Po – численность населения (в млн. человек), коэффициент корреляции равен 0,78; 2) Re – показатель рождаемости на 1000 населения, коэффициент корреляции равен – 0,79; 3) Su – значение показателя суицидов на 100 000 человек населения, коэффициент корреляции равен 0,82; 4) Ps – суммарное число занятых должностей психиатров и психотерапевтов на 100 000 населения, коэффициент корреляции равен – 0,81; 5) ППР – пограничные психические расстройства на 100 000 населения, коэффициент корреляции равен – 0,88; 6) ПСз – показатель заболеваемости психозами на 10 000 населения, коэффициент корреляции равен – 0,81.

Для случая однофакторных, линейных моделей описания динамики показателей психического здоровья: ПСз, Su, ППР в зависимости от изменения показателя абортов получаем с 95 % надежностью, что эти простые модели объясняют от 66 до 77 % вариации соответствующих показателей в рассматриваемый период.

Учитывая системный, многофакторный характер связи показателя абортов с показателями психосоматического здоровья населения, следует рассматривать соответствующие многофакторные модели описания динамики показателей популяционного психического здоровья.

В качестве примера приведем характеристики такой многофакторной линейной модели описания динамики показателя ППР в зависимости от показателей: Ab, Po и Re, среди которых, как указывалось выше, показатель абортов имеет самый значимый коэффициент корреляции с показателем ППР. Для этой 3-х факторной модели имеем очень высокую надежность описания динамики показателя ППР, модель объясняет 98 % вариации показателя пограничных психических расстройств.

Закключение. Можно сделать вывод, что результаты статистического анализа данных показателей аборта, психического здоровья и медико-демографических показателей для населения России указывают на достаточно высокую значимость постабортного синдрома в рассматриваемый период. Очевидно, что репродуктивные потери способствуют возникновению психотравмирующих ситуаций в популяции в целом.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОТРУДНИКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА СЛЕДСТВЕННЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МВД РОССИИ

Московская М.С., Проничева М.М.

Москва

ФГБУ «НМИЦ им. В.П. Сербского Минздрава России»

За последние несколько десятилетий внимание зарубежных исследователей привлекает вопрос гендерных различий в восприятии профессионального стресса сотрудниками полиции. Указанную научную тенденцию можно объяснить увеличением количества служащих в полиции женщин во всех индустриально развитых странах. Результаты теоретических и экспериментальных исследований, выполненных на контингенте сотрудников полиции мужского и женского пола показали, что воспринимаемые уровни стрессового напряжения, а также стрессогенные факторы могут варьироваться между полами.

Было выдвинуто предположение, что женщины-офицеры могут сталкиваться с дополнительными стрессогенными факторами, которые не испытывают их коллеги-мужчины. В соответствии с этим предположением, было разработано множество теорий, объясняющих вариации воздействия стресса на мужчин и женщин. Некоторые из них включают гендерную социализацию и гендерные роли, токенизм, рабочую нагрузку, социальную поддержку.

Так, одна из причин, по которым мужчины заявляют о более низком уровне стрессового напряжения, объясняется теорией гендерных ролей. Согласно указанной теории и в соответствии с традиционным стереотипом мужчине негласно запрещается испытывать страдание и огорчения, демонстрировать свои чувства, предъявлять физические жалобы или обращаться к врачу.

Теория токенов, предложенная R. Kanter утверждает, что дополнительное эмоциональное напряжение и стресс порождают токенизм в полицейской среде. Токенизм возникает, когда меньшинства составляют небольшую часть рабочего коллектива. В рабочей среде токены традиционно включали: афроамериканцев, азиатов и женщин. Они сталкиваются с враждебностью со стороны большинства в формах изоляции, шуток и социальной изоляции.

Социальный капитал является широким термином, используемым для описания аспектов социальных сетей, отношений и доверия, которые люди могут сами порождать или получать от друзей, семьи или коллег по работе. Показано, что социальный капитал смягчает последствия стресса. Исследователи отмечают, что группы меньшинств, такие как женщины в полиции, могут не получать подобную пользу от социального капитала в отличие от их коллег-мужчин, что может быть связано с тем, что женщины на традиционно мужской работе часто сильно изолированы от социальных сетей.

Что касается фактора рабочей нагрузки, было установлено, что женщины, в среднем, сообщают о более продолжительном количестве часов, а именно приблизительно на 10 часов в неделю больше, чем мужчины, при этом подсчитывались и домашние, и рабочие обязанности. Эта большая рабочая нагрузка указывает на то, что женщины чаще страдают от физических и психических проблем со здоровьем и, соответственно, заявляют о более высоком уровне стрессового напряжения. Отмеченные выше факторы могут приводить к увеличению гендерного разрыва в вопросах выраженности стрессового напряжения.

К настоящему времени за рубежом проведено достаточное количество исследований, посвященных изучению гендерных различий у сотрудников правоохранительных органов. При этом особенности реагирования на профессиональный стресс с учетом гендерной принадлежности у сотрудников следственных органов не были предметом самостоятельных исследований.

Решение этой проблемы определяет необходимость клинико-психологических исследований, направленных на выявление особенностей стресс-реагирования у сотрудников следственных органов с различным уровнем профессионального стресса, с учетом гендерной принадлежности. Что и явилось целью настоящего исследования.

Выборку исследования составили 106 сотрудников следственных органов (62 мужчин и 44 женщины) в возрасте от 22 до 43 лет. Средний стаж работы в правоохранительных органах составил 5,6 лет. Все обследованные имели высшее юридическое образование и работали по специальности следователь. Исследование проводилось на базе более двадцати отделений полиции трех административных округов Министерства внутренних дел России – СЗАО, ЮЗАО, СВАО, в период времени с января по март 2017 г.

Методический комплекс включал: тест на профессиональный стресс Т.Д. Азарных, И.М. Тартышников; симптоматический опросник SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), предназначенный для оценки паттернов психологических признаков симптоматических расстройств у психиатрических пациентов и здоровых лиц, позволяющий определить выраженность следующих симптоматических шкал: «соматизация», «обсессивность/компульсивность», «интерперсональная сензитивность (межличностная тревожность)», «депрессивность», «тревожность», «враждебность», «фобии», «паранойяльность», «психотизм». В методику включены также интегральные шкалы: «общий симптоматический индекс», «индекс проявления симптоматики» и «индекс выраженности дистресса» методика Л.И. Вассермана, направленная на диагностику совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях.

Результаты сравнительного анализа показали, что следственные работники женского пола в большей степени, чем их коллеги-мужчины подвержены стрессовому напряжению, что может быть обусловлено различными факторами, рассматриваемыми зарубежными исследователями, в том числе меньшим количеством получаемой социальной поддержки, более продолжительной общей нагрузкой. Кроме того, в группе женщин – сотрудников следственных органов выявляются более высокие показатели следующих психологических признаков симптоматических расстройств: соматизация, обсессивно-

компульсивные расстройства, межличностная сензитивность, депрессия, тревожность, враждебность, фобическая тревожность, а также общих индексов – индекса симптоматического дистресса и индекса выраженности симптоматики.

В ситуациях стресса они чаще своих коллег-мужчин прибегают к использованию неадаптивных стратегий. Так, в группе женщин отмечены более высокие значения параметров «конфронтация», «дистанцирование», «самоконтроль», «принятие ответственности», «бегство-избегание», как способов совладания со стрессом.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что женщины-следователи в большей степени подвержены влиянию стрессогенных факторов и демонстрируют более высокие показатели стрессового напряжения, а также более высокие показатели различных психологических признаков симптоматических расстройств. Женщины-следователи также чаще прибегают к использованию неадаптивных копинг-стратегий, направленных на совладание со стрессом, чем их коллеги-мужчины. Полученные результаты согласуются с данными зарубежных исследований, согласно которым женщины, работающие в полиции, заявляют о более высоком уровне профессионального перенапряжения, чем мужчины.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ СТИЛЯМИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мошкивская В.А., Бурина Е.А.

Санкт-Петербург

Родильный дом №18

Введение. Тема материнства является объектом повышенного внимания и изучения многих наук: психологии, социологии, медицины, философии и других. Но, несмотря на большое число публикаций по данной тематике, современное развитие медицины – модернизации учреждений, связанных с родовспоможением и внедрением новых акушерских методов, отмечается падение рождаемости, стремительно растет число пар не способных к наступлению физиологической беременности, все интенсивнее нарастает число женщин, беременность которых наступила благодаря экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО). Количество детей, рожденных с различными патологиями растет. Все вышеперечисленные факты указывают на новые задачи, которые стоят перед исследователями.

Целью данного исследования явилось изучение личностных особенностей женщин с различными стилями переживания беременности.

Материалы и методы исследования. В основе исследования лежит гуманструктуральная модель Г. Амона, разработанная в 1969 году.

Исследование проводилось на базе родильного дома №4 города Владивостока.

Дизайн исследования предполагал единичный замер. С каждой респонденткой заполнялась специально разработанная авторская анкета и карта пренатального риска И.Т. Курцина, далее проводился Я-структурный тест Г. Амона (ISTA), рисуночный тест «Я и мой ребенок» и заполнялась шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера –Ханина.

Респондентами выступили 250 беременных женщин, в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст – $31 \pm 5,45$ года). Диапазон сроков беременности колебался от 8 до 40 недель. 63,4 % (n=166) – первородящие, 36,6 % (n=84) – повторно рожаящие. Анализ анамнестических данных показал, что 78 % (n=196) женщин исследованной выборки проживают совместно с отцом ребенка, 22 % (n=54) – отдельно.

Результаты и их обсуждение. Первым этапом анализа полученных эмпирических данных было разделение всех женщин выборки на группы в соответствии с выявленным стилем переживания беременности. Из выделяемых Г.Г. Филипповой (2002 год) шести стилей в данной выборке отмечены пять – адекватный у 51,6 % (n=129) женщин, тревожный у 28,8 % (n=72) женщин, отвергающий у 10 % (n=25) женщин, амбивалентный у 7,2 % (n=18) женщин и эйфорический у 2,4 % (n=6) женщин. Игнорирующий стиль переживания беременности, описываемый Г.Г. Филипповой, в исследованной выборке выявлен не был.

На основе выделенных стилей переживания беременности были сформированы 2 большие группы: 1-я группа – 129 женщин с адекватным стилем переживания беременности; 2-я группа – 121 женщина с неадекватным стилем переживания беременности.

У большинства женщин выявлен средний показатель личностной ($n=160$) и ситуативной ($n=178$) тревожности. Показатели тревожности в пяти подгруппах различны между собой. Наиболее благоприятные показатели имеют женщины с адекватным и эйфорическим стилем переживания беременности. Наибольшее число женщин с адекватным стилем беременности (52 %) имеют средние показатели личностной (41 балл) и ситуативной (39 баллов) тревожности. Среди женщин с тревожным стилем беременности (29 %), показатели личностной и ситуативной (по 45 баллов) тревожности слегка завышены. У женщин с отвергающим стилем беременности (10 %) так же, как и у женщин с адекватным стилем беременности, более распространенный уровень личностной и ситуативной тревожности – средний (42 балла). У женщин с амбивалентным (7 %) стилем переживания беременности отмечены высокие показатели личностной (45 баллов) тревожности, а ситуативной – на верхней границе нормы (45 баллов). У женщин с эйфорическим стилем переживания беременности показатели личностной (41 балл) и ситуативной (40 баллов) тревожности наиболее близки к показателям адекватного стиля переживания беременности.

Анализ результатов изучения Я-функций личности показал, что в группе женщин с адекватным стилем переживания беременности достоверно преобладают конструктивные Я-функции: конструктивная агрессия ($p=0,002134$), конструктивная тревога ($p=0,030697$), конструктивное внешнее ($p=0,000001$) и внутреннее Я-отграничение ($p=0,002339$), конструктивная сексуальность ($p=0,000114$). Показатели по шкале нарциссизма находятся в среднем диапазоне выраженности, и не имеют яркого проявления одного из полюсов.

В группе женщин с неадекватным стилем переживания беременности достоверно повышены деструктивная тревога ($p=0,000637$), дефицитарная тревога ($p=0,023043$), дефицитарное внешнее Я ($p=0,023043$), деструктивное внутреннее Я ($p=0,008916$), деструктивный нарциссизм ($p=0,005147$), дефицитарный нарциссизм ($p=0,000354$), дефицитарная сексуальность ($p=0,000141$).

Анализируя результаты исследования пренатального риска в выделенных подгруппах беременных женщин, было выявлено, что у женщин с адекватным стилем беременности средний балл по шкале пренатального риска равен 7, таким образом пренатальный риск отсутствует. У женщин, обладающих неадекватным стилем переживания беременности, средний балл равен 8, что соответствует первой ступени пренатального риска. Наиболее встречаемым соматическим заболеванием среди всех женщин исследованной выборки является миопия различной степени 31,2 %, ($n=78$). Аборт в анамнезе встречались у 17,2 % ($n=43$). Вредные привычки до беременности имели 18 % ($n=45$) женщин, за период беременности 8,4 % ($n=21$) женщин сохранили вредные привычки.

Анализ оценки факторов пренатального риска в исследованной группе показал низкий уровень пренатального риска (0-1 степень) у женщин с различными стилями переживания беременности. Это позволяет предположить, что в данной выборке биологические факторы не являются значимыми в формировании неадекватных (тревожного, амбивалентного, отвергающего) стилей переживания беременности.

Заключение. У около половины женщин исследованной выборки выявлен неадекватный стиль переживания беременности. В структуре личности у женщин с адекватным стилем переживания беременности преобладают конструктивные Я-функции, которые характеризуют зрелую личность и обуславливают ответственное, гармоничное, позитивное отношение к самой беременности, к будущему ребенку, к своей роли матери. У женщин с неадекватным стилем переживания беременности в структуре личности преобладают деструктивные и дефицитарные Я-функции, для таких женщин характерно пассивное отношение к жизни, тревожность, нестабильное отношение к себе, крайняя обидчивость, неспособность брать ответственность за свою жизнь на себя.

На основании полученных результатов, целесообразно рекомендовать применение данных методик в качестве психодиагностических процедур с целью диагностики структуры личности беременных женщин клиническим психологам, работающим в женских консультациях. При выявлении неадекватного стиля переживания беременности, стоит проводить различные мероприятия, направленные на коррекцию деструктивных и дефицитарных Я-функций личности, развитие конструктивных Я-функций личности. Часть коррекционных консультаций, требующих более глубокой проработки, следует проводить индивидуально, часть в группе (предварительно сформировав группы женщин, подходящих друг другу по структуре личности). Предполагается, что чем ранее будут начаты психокоррекционные мероприятия, тем больший позитивный результат при проведении повторного тестирования будет получен.

КСЕНОТЕРАПИЯ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ У ЖЕНЩИН

Мысливцева А.В., Малышко Е.В.

Ростов на Дону

ГБУ Ростовской области «Наркологический диспансер»

Введение. В последние годы проблема, связанная с депрессивным состоянием, является довольно распространённой темой, в связи с чем все больше людей стали обращаться за помощью к специалистам для облегчения своего эмоционального фона. Однако процент пациентов, занимающихся самолечением и не соблюдением рекомендаций врача очень велик. В связи с данной проблемой и рядом других причин у пациентов развивается фармакорезистентность. Поднимать вопрос о депрессиях, резистентных к терапии очень интересно, но далеко не просто. Возможно, это связано с проблемой диагностики этого непростого состояния или не всегда успешных попыток справиться с терапевтически резистентными депрессиями. Эти попытки породили не один десяток противорезистентных методик, многие из которых уже стали историей, а те методы, что остались и зарождаются вновь, зачастую вынуждены считаться с современными канонами доказательной медицины. Одним из инновационных подходов коррекции расстройств аффективной сферы является ингаляционное использование терапевтических доз медицинского ксенона (лекарственный препарат КсеМед). Перспектива применения ксенона обусловлена наличием у этого газа ряда физико-химических и биологических свойств, которые с успехом могут быть использованы в рамках комплексного лечения заболеваний аффективной сферы.

Цель исследования: изучение клинической эффективности и безопасности применения ксеноно-терапии при резистентных депрессиях.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Наркологический диспансер» (далее ГБУ РО «НД»). В исследовании приняли участие 25 пациенток с резистентной к психофармакотерапии эндогенной депрессией. Критериями включения были пациентки, отвечающие диагностическим критериям депрессивного эпизода умеренной или тяжелой степени униполярной рекуррентной депрессии по МКБ-10, при общей длительности ведущей симптоматики не менее 4-х месяцев и неэффективности, как минимум, двух последовательных курсов адекватной тимоаналептической терапии препаратами с различным нейрхимическим механизмом действия. Средний возраст пациенток – $48,12 \pm 4,4$ лет. Из исследования исключались пациентки с тяжелыми сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями, а также не соответствующие критериям терапевтически резистентных депрессий. Так же критериями исключения были пациентки имеющие противопоказания к процедуре ксенонотерапии. Курс ксенонотерапии проводился на фоне неизменной психофармакотерапии. Ингаляции проводились при концентрации ксенона 18-28 %. Курс- 20 процедур. Методика проведения процедуры с денитрогенизацией (при скорости потока кислорода 6-9 л/мин., 2 мин.). Подача ксенона по закрытому контуру, при скорости потока не более 1 л/мин. Все исследования были выполнены на специализированном аппарате для проведения терапии ксеноном (контур терапевтический ксеноновый ингаляционный КТК-01) с помощью применения лекарственного средства КсеМед (ЛС 000121) и газообразного медицинского кислорода (ГОСТ 5583). Экспериментально-психологический метод применялся с использованием следующих методик: теста диагностики самочувствия, активности и настроения (САН), шкала Гамильтона депрессия (HDRS) и опросник депрессии Бека (BDI). Статистическая обработка данных проводилась с помощью сравнения средних показателей (критерии Стьюдента) для количественных шкал (САН), критерий знаков – для порядковых шкал (HADS и Бека). Критический уровень статистической значимости при проверке нулевых гипотез принимали при $p=0,05$.

Результаты и их обсуждение. Все пациентки перед применением курса ксенонотерапии были проконсультированы врачом психиатром для осмотра, выявления жалоб и экспериментально-психологического исследования. Тяжесть депрессивной симптоматики, оцениваемая по шкале Гамильтона до проведения курса ксенонотерапии составляла не менее 20 баллов, опросник депрессии Бека не менее 26 баллов и по шкала САН суммарное количество составляло не более 3 баллов. Так же пациентки предъявляли жалобы на снижение настроения (92 %), нарушение сна (76 %), слабость и снижение работоспособности (68 %), тревога (20 %), снижение памяти (56 %), суицидальные мысли (16 %). Отчетливо видно изменение всех показателей, после проведения курса ксенонотерапии. При сравнении показателей САН до и после ксенонотерапии было выявлено улучшение состояния, разница по компонентам САН и шкале Гамильтона составила ($p=0.05$, $p=0.08$). Наиболее выраженное увеличение отмечалось при оценке показателя настроения ($2,5+0,5$ балла),

что соответствует результатам клинического исследования $p < 0.01$, где также снижается процент жалоб пациенток: снижение настроения (32 %), нарушение сна (24 %), слабость и снижение работоспособности (36 %), тревога (8 %), снижение памяти (28 %), суицидальные мысли (4 %). Изменяется и суммарное количество баллов по шкале Бека, что составляет до 15 баллов ($p = 0.05$). Все пациентки дополнительно были осмотрены через 2 месяца после прохождения курса ксенонотерапии. При применении ксенона-кислородной смеси побочные эффекты не были зарегистрированы. Пациентки благоприятно переносили все процедуры ксенонотерапии и отмечали улучшение своего состояния. Изменение суммарных показателей по шкале депрессии Гамильтона также свидетельствует об уменьшении депрессивной симптоматики через два месяца после проведения ксенонотерапии и составляет 12 баллов. Так, если среднее значение депрессии по шкале Бека до ксенонотерапии составило $28,3 \pm 2,4$ балла, то через 2 месяца этот показатель составил $12,2 \pm 1,4$ балла, что свидетельствует о снижении депрессивного состояния. До проведения ксенонотерапии преобладали пациенты с тяжелой депрессией, а после курса ксенонотерапии значительно уменьшилось число пациенток с депрессией средней и тяжелой степени тяжести $p < 0,05$. Обращает на себя внимание достоверное снижение тяжести депрессивного расстройства через два месяца после проведения сеанса ксенонотерапии. Также была выявлена статистически значимая разница по шкале САН через два месяца после применения ксенонотерапии ($p = 0.08$). Таким образом, изменение психоэмоционального состояния данной категории пациенток значительно изменяется после применения ксенонотерапии.

Заключение: по результатам исследования можно судить об эффективности и безопасности применения лекарственного средства КсеМед в качестве антидепрессивного эффекта. Мы наблюдаем значительное изменение аффективной сферы у пациентов после применения курса ксенонотерапии. Ксенон может быть рекомендован как дополнение к схемам тимоаналептической терапии (антидепрессантами) при терапевтически резистентных депрессиях. Несмотря на существующие пошаговые алгоритмы борьбы с резистентными состояниями, курс ксенонотерапии имеет более рекомендательный характер и требует более глубокого и тщательного исследования в данной области. Более серьезный подход к проблеме резистентных депрессий, в виде разработки четких алгоритмов противорезистентной терапии повысит качество оказания помощи данному контингенту больных и возможно, приостановит статистический рост резистентных депрессий.

ОЦЕНКА НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Мысливцева А.В., Солдаткин В.А.

Ростов-на-Дону

Ростовский государственный медицинский университет

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается порядка 60-80 млн. людей, страдающих бесплодием. Благодаря достижениям медицинской науки разработали и внедрили в практику метод вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), реальную возможность иметь детей обрели супружеские пары, ранее обреченные на бездетность. Одним из наиболее перспективных методов лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). В настоящее время результативность ЭКО – достигает максимально 40 %, а количество детей, родившихся в результате применения этого метода, исчисляется уже миллионами. Вместе с тем, по мнению ряда авторов, большое влияние на фертильность и соответственно на результат лечения бесплодия имеет психическое состояние пациенток и в большей степени их психологические и психоэмоциональные особенности. В связи с этим, все большую актуальность приобретает проблема невротических состояний женщин с бесплодием, которые в дальнейшем применили экстракорпоральное оплодотворение.

Цель исследования. Оценить невротические состояния пациенток с экстракорпоральным оплодотворением в динамическом аспекте, сравнив с состоянием пациенток, у которых беременность наступила спонтанно и физиологическим путем.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ФГБУ «РНИИАП» (Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии). Критерии включения: пациентки на сроке от 20 до 30 недель беременности, наступление беременности с помощью ЭКО и физиологическим методом, пациентки с ЭКО спустя 6 месяцев после родов. Из исследования исключались пациентки с тяжелыми сопутствующими соматическими и инфекционными заболеваниями, а также имевшие признаки эндогенной психической патологии. В исследовании приняли участие 40 пациенток. В ходе работы было выделено две клинические группы. Группа А1 состоит из 20 пациенток, наступление беременности в этой группе было с помощью ЭКО. Возраст пациенток составил от 26 до 31 года. Группа А2 состоит из 20 пациенток, беременность в этой группе спонтанно наступившая и физиологически протекающая, без соматической патологии. Возраст пациенток этой группы от 20 до 27 лет. Все полученные данные являются результатом собственных наблюдений с помощью применения экспериментально-психологического метода: опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича). Опросник состоит из 68 вопросов и включает в себя шесть шкал: тревога, невротическая депрессия, астения, конверсионные расстройства (истерический тип реагирования), обсессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения. Статистическая обработка полученных результатов для сравнения долей пациенток осуществлялась с помощью таблицы сопряженности с последующим использованием точного F-критерия Фишера (уровень значимости $p=0,05$). Достоверность различий между группами при сравнении количественных параметров оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение: По результатам опросника для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхина, Д.М. Менделевича) были выявлены следующие показатели у пациенток: в группе А1 уровень астении (-1,56) находится в зоне болезненного состояния, уровни тревоги (-0,16), невротической депрессии (0,5), истерического типа реагирования (0,84) и вегетативных нарушений (0,77) находятся в серой зоне. Уровень обсессивно-фобических нарушений (2,13) находится в зоне здоровья. В группе А2 уровни астении (-1,06), невротической депрессии (0,95) и истерического типа реагирования находятся в серой зоне. Уровни тревоги (1,68), обсессивно-фобических нарушений (1,73) и вегетативных нарушений (1,76) находятся в зоне здоровья. Группа А1 характеризовалась практически полным отсутствием «нормативных» показателей. Отчетливо доминировали болезненные и предболезненные проявления. Группа А2 отличалась от основной группы А1, в ней ряд показателей соответствовал уровню здоровья, показателей уровня болезни было меньше. Результат статистической методики: U критерий Манна-Уитни: группа А1 и А2 $U_{эмп}=10$. При сравнении показателей трех групп достоверных изменений по критерию Фишера (уровень значимости $p=0,05$) выявлено не было.

В ходе работы было выяснено, что невротический конфликт у пациенток группы А1, наступление беременности которых было с помощью ЭКО, был наиболее высокий. В соответствии с этими данными пациентки данной группы были исследованы через 6 месяцев после родов и были получены следующие показатели: уровень астении (0,62), тревоги (1,21), невротической депрессии (1,09), истерического типа реагирования (0,28) находятся в серой зоне. Уровень обсессивно-фобических нарушений (1,65) и вегетативных нарушений (1,89) находится в зоне здоровья. В зоне болезни показателей нет.

Результаты статистической методики U критерий Манна-Уитни: при сравнении показателей здоровья у пациенток группы А1 до и после родов полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$ (4,5) находится в зоне неопределенности. При сравнении показателей серой зоны полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$ (17) находится в зоне незначимости. При сравнении показателей болезни полученное эмпирическое значение $U_{эмп}$ (3) находится в зоне значимости. Результаты показателей по критерию Фишера: при сравнении показателей здоровья и болезни шкалы тревоги $\chi^2_{эмп}=2,708$, шкалы депрессии $\chi^2_{эмп}=1,679$, шкалы астении $\chi^2_{эмп}=3,755$, полученные эмпирические значения χ^2 находятся в зоне значимости. Шкала истерического реагирования $\chi^2_{эмп}=1,229$, шкала обсессивно-фобических нарушений $\chi^2_{эмп}=0,486$, шкала вегетативных нарушений $\chi^2_{эмп}=0,795$, полученные эмпирические значения χ^2 находятся в зоне незначимости.

Обсуждение: Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии наибольшего уровня невротизации в группе А1 у пациенток с ЭКО в отличие от пациенток, у которых беременность наступила физиологическим путем. Невротизация остается высокой, что говорит либо об исходно психологической дисгармонии и психопатологии невротического уровня (до проблемы бесплодия), либо о существенной роли бесплодия как невротизирующего фактора. Важно отметить, что искусственное решение проблемы (ЭКО) не разрешает эти душевные проблемы, пациентки по-прежнему нуждаются как минимум в психологической коррекции. Однако, ситуация изменяется у пациенток с ЭКО через 6 месяцев после родов. Показателей в зоне болезни нет, увеличиваются показатели в зоне здоровья, что подтверждается

статистическими данными. Это может говорить о том, что невротический конфликт у пациенток, вызванный бесплодием и у которых был применен метод ЭКО, купируется спустя 6 месяцев после родов.

Заключение:

1. В группе А1 у пациенток с ЭКО в отличие от пациенток, у которых беременность наступила физиологическим путем, уровень невротизации значительно больше.
2. Невротический конфликт в группе А1 у пациенток, вызванный бесплодием и у которых был применен метод ЭКО, купируется спустя 6 месяцев после родов. Увеличиваются показатели в зоне здоровья, что подтверждается статистическими данными.
3. Рекомендуется включить в программу планирования беременности с помощью метода ЭКО, экспериментально-психологическое исследование пациенток и консультации врача психиатра и психолога, для оценки невротического состояния.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СТОЙКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ОСНОВЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Епанчинцева Е.М.

Томск

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

По предположению, женщины более рискуют обрести нарушения приспособительных реакций в сравнении с мужчинами из-за своей чувствительности и эмоциональности, неспособности полноценно оценить стрессовую ситуацию. Как следствие формируется неадекватное восприятие действительности и необычная реакция на окружающий мир – расстройство приспособительных реакций – состояние, стоящее на грани нормальной человеческой реакции на стресс и психическим заболеванием. Коварство и опасность его обусловлены во многом именно этой «промежуточностью», затрудняющей для самой женщины и ее окружения адекватную оценку данного состояния как болезненного и требующего квалифицированной помощи. От своевременности и качества оказанной помощи зависит исход заболевания: полное выздоровление с переходом на качественно новый уровень адаптации или хронизация патологического процесса и переход в серьезное психическое заболевание, как например, депрессия, фобия или стойкое изменение личности.

Стойкое изменение личности характеризуется устойчивым во времени, стабильным изменением преморбидного, существующего до болезни типа личностного реагирования, с соответствующими патологическими, эмоциональными или волевыми нарушениями, сопровождающееся длительными нарушениями в социальной среде, межличностных отношениях и профессиональной сфере. Патологические изменения личностных радикалов и поведения пациента развиваются постепенно, вслед за клиническим выздоровлением от психического заболевания, и могут субъективно болезненно восприниматься как разрушающие личную идентичность.

В соответствии с задачей исследования нами разработан способ прогнозирования на раннем этапе невротических, связанных со стрессом расстройств, их затяжного течения с формированием стойкого изменения личности у женщин с использованием гормональных показателей.

Поставленная задача была решена в ходе клинико-гормонального обследования 43 женщин, прошедших курс лечения в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Средний возраст испытуемых составил $39,43 \pm 7,23$ лет. Диагностическая оценка психического состояния проводилась по основным клиническим критериям МКБ-10. У 23 женщин (1 группа) было диагностировано расстройство приспособительных реакций (F 43.2) с ведущей тревожно-депрессивной симптоматикой, у 20 женщин (2 группа) было диагностировано стойкое изменение личности после перенесенного психического расстройства (F 62.1) с преобладанием тревожных и депрессивных расстройств.

Гормональное обследование женщин включало определение концентрации кортизола, пролактина и тиреотропного гормона (ТТГ) в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа в соответствии с инструкцией по применению наборов реактивов для иммуноферментного определения

гормонов в сыворотке крови (ООО «Компания АлкорБио», Санкт-Петербург, Россия). В качестве контроля были приняты данные гормонального статуса 32 практически здоровых женщин г. Томска.

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакетов STATISTICA версия 12.0 для Windows Анализ данных проводили сравнением независимых выборок с помощью U-критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в исследовании принимался равным 0,05 [Реброва О. Ю., 2006]. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

При сравнительной характеристике гормональных показателей были выявлены различия между обследованными группами. Наиболее значимыми особенностями в группе женщин со стойким изменением личности по сравнению с женщинами с расстройством приспособительных реакций являлись более высокие значения концентраций кортизола ($739,63 \pm 48,36$ нмоль/л и $582,40 \pm 26,05$ нмоль/л соответственно; $p=0,0087$) и пролактина ($860,26 \pm 152,41$ мМЕ/л и $467,31 \pm 73,23$ мМЕ/л соответственно; $p=0,0359$); более низкое значение концентрации ТТГ ($1,06 \pm 0,14$ мкМЕ/мл и $2,02 \pm 0,12$ мкМЕ/мл соответственно; $p=0,0001$).

Выбор уровня кортизола, пролактина и ТТГ в качестве прогностических критериев затяжного течения невротических, связанных со стрессом расстройств у женщин на раннем этапе заболевания вызвано тем, что основными системами, реализующими изменения в организме в условиях стресса, являются гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая, гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная и симпатoadреналовая системы, находящиеся под контролем высших отделов мозга [Кубасов Р.В., 2014; Ranabir S., 2011; Babb J.A., 2014]. Одним из самых главных гормонов стресса бесспорно является кортизол. Действие кортизола вызывает различные физиологические, когнитивные и поведенческие изменения, имеющие решающее значение для успешной адаптации к стрессу [Козлов А.И., Козлова М.А., 2014; Erickson K., 2003; Childs Y.R., 2016]. Пролактин активно участвует в формировании адаптивных реакций, возникающих при действии на организм различных экстремальных факторов, регулирует психические функции, влияет на поведенческие реакции [Коломаченко В., 2010; Lennartsson A.K., 2011; Labad J., 2015].

Вопрос об активации продукции тиреотропного гормона гипофиза и функциональной активности щитовидной железы при стрессе остается спорным. По мнению большинства авторов, функция щитовидной железы при стрессе ингибируется. Это связывают с действием гипоталамо-гипофизарной системы, а именно с подавлением секреции ТТГ под влиянием высоких концентраций адренотропного гормона (АКТГ) [Бойко Е.Р. и др., 2008; Stein E.J. et al., 2009]. Другие исследователи, наоборот, фиксировали усиление секреции тиреотропного гормона и повышение функции щитовидной железы по схеме: кора – гипоталамус – выделение тиреолиберина – передняя доля гипофиза – выделение тиреотропного гормона – щитовидная железа – выделение тиреоидных гормонов щитовидной железы [Надольник Л.И., 2010; Цейликман В.Э. и др., 2011; Гусакова Е.А., Городецкая И.В., 2013; Pantos C. et al., 2008].

Таким образом, особенностями гормонального статуса женщин с затяжным течением невротических, связанных со стрессом расстройств, являются повышение уровней кортизола и пролактина и снижение концентрации тиреотропного гормона, что позволяет рассматривать их в качестве предикторов развития стойкого изменения личности на раннем этапе заболевания. На основе этих данных нами запатентован способ прогноза затяжного течения невротических, связанных со стрессом расстройств. Сущность изобретения заключается в том, что больным с расстройствами приспособительных реакций проводится гормональное обследование. При одновременном содержании в крови концентрации кортизола более 717 нмоль/л, концентрации пролактина более 818 мМЕ/л, концентрации тиреотропного гормона менее 1,05 мкМЕ/мл прогнозируют затяжное течение невротических, связанных со стрессом расстройств с формированием стойкого изменения личности [Патент № 2613111 РФ]. Изобретение обеспечивает расширение арсенала биомаркеров прогнозирования течения невротических, связанных со стрессом расстройств на более ранних этапах заболевания и позволяет целенаправленно проводить психофармакологические мероприятия.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Одинцова Г.В., Кравцова С.В.

Санкт-Петербург

РНХИ им. проф. А.Л. Поленова – филиал НМИЦ им. В.А. Алмазова

Эпилепсия входит в состав десяти заболеваний, составляющих основное бремя неврологической патологии (по определению ВОЗ, 2014 г.) *Следует особо отметить недавнее событие, знаменательное для мировой эпилептологии* – в 2017 г. приняты новые классификации эпилепсий и приступов. В новой классификации симптоматические эпилепсии заменены на структурные, что обусловлено современным развитием методов нейровизуализации и увеличением частоты диагностики структурных нарушений как этиологических факторов эпилепсии. Это открывает новые возможности для определения показаний к хирургическому лечению пациентов с *фармакорезистентной эпилепсией*.

Цель. Целью данной работы явилось представление *некоторых клинических и демографических особенностей* пациентов с эпилепсией в нейрохирургическом стационаре.

Методы. В исследование включено 48 больных в возрасте от 18 до 53 лет, направленных для хирургического лечения с диагнозом «фармакорезистентная эпилепсия». Критериями включения являлся подтвержденный диагноз эпилепсии в соответствии с критериями Международной противоэпилептической лиги (ILAE), основанный на совокупности клинических, электронейрофизиологических и нейрорадиологических данных. Синдромологическая характеристика эпилепсии проведена в соответствии с классификацией эпилепсий, эпилептических синдромов и схожих заболеваний Международной противоэпилептической лиги. Классификация эпилептических синдромов основывается на принципах локализации, этиологии, возраста дебюта приступов, основного вида приступов, особенностях течения, прогноза заболевания, составивших основу проведенного анализа. Исследованы демографические показатели – распределение по полу и возрасту. В клиническую характеристику включены: тип эпилепсии и длительность заболевания. Рассчитано соотношение пациентов, которым проведено хирургическое лечение и тех, которым на текущий момент операция не показана.

Результаты и обсуждение. Количественное распределение по полу представлено следующим образом: мужчины – 20, женщины – 28. Средний возраст в когорте составил 34,5 лет. Средний возраст существенно не отличался: у мужчин 34,6 лет, у женщин – 34,4 лет. Возрастной коридор колебался от 18 до 52 у женщин, при этом большинство пациенток находилось в старшем репродуктивном возрасте, только 10 из них были в возрасте до 30 лет. Возраст мужчин был в пределах от 18 до 53 лет, до 30 лет – 8 пациентов. По типам эпилепсии – доминировали пациенты с височными формами – 34 из 48 пациентов (71 %). В остальных случаях диагностированы лобно-долевая и теменно-долевая эпилепсии. Среди пациентов с височной эпилепсией – 16 мужчин (47 %) и 18 женщин (53 %). Средняя длительность заболевания составила у мужчин 19,3 года, у женщин 18,6 лет; средняя по когорте – 19 лет. Длительность заболевания колебалась у мужчин от 6 до 37 лет, у женщин – от 3 до 33 лет. Наименьшая длительность заболевания наблюдалась при туморозных эпилепсиях. Соотношение средних показателей длительности заболевания к возрасту составляет 55 %. Прооперировано 34 пациента, что составило 71 % от общего количества обследованных больных; из них 14 мужчин (41 %) и 20 женщин (59 %). Из мужчин прооперировано 70 %, из женщин – 71,4 %

Выводы. Особенностью нейрохирургической эпилептологии является преобладание пациентов в активном социальном возрасте, с высокой длительностью заболевания без гендерных различий. Из клинических особенностей следует отметить высокую длительность заболевания в обеих группах. Особого внимания заслуживает тот факт, что в среднем до проведения хирургического лечения пациенты страдали эпилепсией более половины прожитой жизни. *При изучении длительности заболевания до момента обращения за хирургической помощью существенных гендерных различий не выявлено.* Высокая длительность заболевания является одним из факторов, который ограничивает возможности применения хирургического лечения. При локальных формах медикаментознорезистентной эпилепсии рекомендовано проведение ранней прехирургической оценки. Особенно важно это для пациентов с *височными формами эпилепсии* – выявление показаний к операции до того, как может быть сформирована битемпоральная форма заболевания. Существенное значение имеет также своевременное использование в политерапии данной категории пациентов *новых противоэпилептических препаратов*.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта №18-013-00222.

ДИСМОРФОФОБИЯ КАК ФАКТОР, СНИЖАЮЩИЙ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ

Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е., Линева Т.Ю.

Москва

Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»

Актуальность. Качество жизни – сложная конструкция, которая охватывает различные аспекты жизни человека и связана с определенным набором условий, необходимых для оптимального функционирования. К таким условиям относят физическое здоровье, психосоциальное благополучие, функциональную независимость, материальное положение и состояние окружающей среды. Качество жизни человека не равно количеству материальных благ и не является только эквивалентом статуса физического здоровья или уровня медицинской помощи. А. Боулинг в своём исследовании от 2005 года определяет качество жизни как «субъективное восприятие степени своей физической и личностной сохранности, полноценности социальных возможностей, в основе которого лежат цели, ожидания, стандарты». Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как восприятие людьми своего положения в жизни в зависимости от культурных особенностей и системы ценностей и в связи с их целями, ожиданиями, стандартами, заботами. На качество жизни влияет большое количество факторов, среди которых главными являются физическое здоровье, психологическое благополучие и социальная активность. Очевидно, что при различных заболеваниях, как соматических, так и психических качество жизни человека значительно ухудшается, что справедливо и для пациентов с расстройствами пищевого поведения. Среди психических заболеваний, расстройства пищевого поведения – нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ), занимают одно из первых мест по угрозе летального исхода, имеют тенденцию к хроническому течению и высокий суицидальный риск. У пациентов с нервной анорексией и нервной булимией вышеперечисленные факторы, входящие в понятие качества жизни, значительно нарушены, способствуют социальной дезадаптации и влияют на успех терапии и стойкость ремиссии. Психопатологической основой НА и НБ является болезненное недовольство собственной внешностью или дисморфофобия, которая характеризуется навязчивыми, сверхценными или бредовыми идеями физического недостатка, влияет на формирование аффективной патологии, снижает уровень социального функционирования и ухудшает качество жизни. Несмотря на очевидное ухудшение физического, психического и социального благополучия этих больных, существует явный недостаток исследований, посвящённой этой проблеме. Своевременная оценка качества жизни этих пациентов дает возможность распознать и минимизировать риски влияющие как на успех терапии, так и на длительность ремиссии. В настоящее время в распоряжении клиницистов имеются разнообразные и надежные инструменты оценки качества жизни как здоровых людей, так и пациентов с различными заболеваниями. Для нашего исследования был использован адаптированный на российской популяции опросник качества жизни SF-36, который включает такие составляющие, как эмоциональное, когнитивное, и социальное функционирование, удовлетворенность жизнью, физическую энергичность и субъективную оценку здоровья, условно разделённые на физическую и психологическую компоненты теста.

Цель исследования. Изучить показатели качества жизни у пациентов с НА и НБ и корреляционной связи степени недовольства собственным телом – дисморфофобии с аффективным состоянием и качеством жизни.

Материалы и методы. Клинико-психопатологически и психометрически обследовано 130 пациентов женского пола с НА и НБ в возрасте 13-44 лет (средний 18), длительность заболевания составила от 6 месяцев до 24 лет. Использовались: Опросник оценки качества жизни (SF-36); Опросник образа собственного тела (ООСТ); Шкала удовлетворенности собственным телом (ШУСТ); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); статистический пакет Microsoft Excel.

Результаты. Установлены следующие закономерности оценки физической (PH) и психологической (MH) компоненты здоровья. По показателю физической компоненты здоровья (PH) выявлено: пониженное значение (от 21 до 40 баллов из 100) у 26,92 % пациенток, среднее значение (от 41 до 60 баллов) у 65,38 %, повышенное значение (от 61 до 80 баллов из 100) у 7,69 % пациенток. По показателю психологической компоненты здоровья (MH) выявлено: низкое значение у 26,92 % пациенток, пониженное значение у 53,08 %, среднее значение у 20 % пациенток. Высокого значения качества жизни (100 баллов) по физической и психологической компонентам теста не зарегистрировано.

По тесту ООСТ – выраженная неудовлетворённость собственным телом у 84,62 % (n 110) пациенток, умеренная неудовлетворённость собственным телом у 15,38 % (n 20) пациенток. По тесту ШУСТ – характеристиками относящимися к голове (глаза, нос, уши) не довольны 32,31 % (n 42) пациенток, относящимися к туловищу (живот, грудь, спина) 45,38 % (n 59), к нижней части тела (ягодицы, таз, бедро) 56,92 % (n 74) пациенток. Количество недовольных всеми перечисленными частями тела равно 38 % (n 49), что клинически определяется как полидисморфофобия. По тесту HADS: субклинический уровень тревоги у 23,85 % (n 31) пациенток, клинический уровень у 45,38 % (n 59) пациенток; субклинический уровень депрессии у 15,38 % (n 20) пациенток, клинический уровень депрессии у 31,54 % (n 41) пациенток. Выявлены следующие корреляционные закономерности: недовольство собственным телом по тестам ООСТ и ШУСТ имеет заметную положительную корреляцию с тревогой и депрессией; недовольство собственным телом имеет заметную положительную корреляцию с психологической компонентой здоровья, оказывая умеренное влияние на физическую компоненту здоровья, подтверждая клинические факты относительно удовлетворительной физической активности пациенток в течении длительного периода заболевания, несмотря на соматическое и психическое неблагополучие.

Выводы. Патологическое недовольство собственным телом, или дисморфофобия разной степени выраженности у пациенток с нервной анорексией и нервной булимией, значительно влияет на их аффективное состояние, повышает уровень тревоги и депрессии, ухудшает преимущественно психологическую составляющую качества жизни что, со временем приводит к снижению функционирования вплоть до социальной дезадаптации и инвалидизации. Подробное изучение качества жизни у данного контингента больных, возможно с использованием альтернативных опросников, поможет оптимизировать тактику ведения этих пациентов – подобрать наиболее рациональный и комплексный метод лечения, включающий современную медикаментозную (психотропную и соматотропную) терапию, индивидуальные программы восстановления питания с участием диетологов, различные виды психотерапии и длительную медико-социальную реабилитацию.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К СПРАВЕДЛИВОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

Осипенко И.М.

Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда в рамках проекта «Чувствительность к справедливости как детерминанта делинквентного и просоциального поведения», проект РГНФ № 17-06-00379а.

Введение. Одной из актуальных проблем современной медицины является рак органов женской репродуктивной системы (РОЖРС). Среди женского населения России рак молочной железы (РМЖ) – является одной из ведущих онкологических патологий.

Изучение онкозаболеваний женской репродуктивной системы приобретает высокую социальную значимость, так как соматическое состояние репродуктивной сферы женщины влияет на ее генеративную функцию и в целом на демографическую ситуацию в стране. Современная медицина совместно с достижениями генетики, цитологии, усовершенствование диагностического инструментария, применение новых методов хирургического лечения, новейших разработок в области фармакологии увеличивает продолжительность жизни пациенток, улучшает качество лечения онкобольных. Однако игнорирование психологической составляющей тормозит процесс общего выздоровления, влияет на становление диады «врач-пациент», и в результате препятствует достижению более полного эффекта лечения. Недооценка роли личностных особенностей самого пациента, его психологического статуса, самооценки, отношения к заболеванию и лечению, самоотношения и особенностей самосознания в совокупности ведет к ухудшению симптоматики, затрудняет процесс лечения, госпитализации и выздоровления, а также может, является риском прогрессирования болезни.

В исследовании приняло участие 175 женщин в возрасте от 40 до 55 лет, средний возраст женщин $M=44,5$ года, стандартное отклонение $SD=7,6$. Представленное исследование направлено на изучение особенностей самооценки, уровня притязаний и видов чувствительности к справедливости у женщин, страдающих злокачественными образованиями репродуктивной сферы.

Методы и методики. В данной работе были использованы следующие методики: тест на самооценку Дембо-Рубинштейн в модификации А. М. Прихожан. Данная методика имеет дополнительные параметры обработки результатов – определение уровня притязаний (УП), высоту самооценки (ВС) и значение расхождения между уровнем притязаний и самооценкой; опросник чувствительности к справедливости М. Шмитта (*Justice Sensitivity Inventory*) адаптированный С.К. Нартова-Бочавер и Н.Б. Астаниной. Эти методики позволяют выявить личностные особенности и преобладающий вид чувствительности к справедливости (жертвы (*victim sensitivity*), наблюдателя (*observer sensitivity*), бенефициара (*beneficiary sensitivity*) и нарушителя (*perpetrator sensitivity*) у женщин, страдающих злокачественными образованиями репродуктивной сферы.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что средние оценки высоты самооценки по всем шкалам методики у респондентов находятся в пределах реалистичного адекватного оценивания и лежат в пределах от 50 до 72,8 баллов. Средние значения уровня притязаний у женщин, отражают сравнительно высокий и завышенный уровень притязания (от 80 до 93,4 баллов).

По шкале «здоровье» между контрольной и экспериментальной группой выявлены значимые различия на уровне достоверности $p \leq 0,01$. Так самооценка по данной шкале у женщин страдающих злокачественными образованиями репродуктивной сферы ниже, чем в контрольной группе, что связано с наличием тяжелого соматического заболевания.

Женщины, страдающие злокачественными образованиями репродуктивной сферы оценивают свои интеллектуальные способности ниже. Также наблюдается более негативная оценка своей внешности, своего внешнего облика в сравнении с женщинами из контрольной группы ($p \leq 0,05$). Наблюдаются достоверные различия по шкале «счастье» между контрольной и экспериментальной группой на уровне достоверности $p \leq 0,05$.

Было выявлено, что для контрольной и экспериментальной группы характерен сравнительно высокий уровень притязания (бальные оценки в пределах 75-90).

Для женщин, страдающих злокачественными образованиями репродуктивной сферы характерен завышенный уровень притязания по шкалам: «здоровье» (92,2), «счастье» (92,8) и «уверенность в себе» (93,4).

Такой результат говорит о завышенном представлении о своих возможностях, переоценивание своих способностей, что в совокупности может приводить к частым неудачам, разочарованию и фрустрации, а при наличии тяжелого соматического заболевания такой результат может отрицательно влиять на процесс лечения. При этом уровень притязаний не выступает в роли стимулятора развития личности, а наоборот вызывает тревогу и тормозит процесс адаптации.

Сильное расхождение между высотой самооценки и уровнем притязаний (≥ 22 баллов) является неблагоприятным фактором в развитии личности и свидетельствует о неблагоприятном отрицательном отношении к себе. Экспериментальная группа характеризуется сильным расхождением между высотой самооценки и уровнем притязаний по сравнению с контрольной группой почти по всем шкалам. Наиболее сильное расхождение было выявлено по шкале «здоровье» (43) и шкале «счастье» (33,6) в экспериментальной группе. В контрольной группе сильное расхождение отмечается только по шкале «внешность» (22,4 балла).

Исследуя виды чувствительности к справедливости было выявлено, что преобладающей группой в исследуемой выборке является группа с чувствительностью к справедливости жертвы (65 %). Этим респондентам свойственна позиция жертвенности. Она проявляется в ожидании, что кто-то разрешит их проблему, в то время как они сами остаются слабыми и беспомощными. Слабо выражено принятие ответственности за себя и свою жизнь. Респондентам с этим видом чувствительности соответствует больше низкий уровень самооценки.

Следующая группа респондентов с видом чувствительности к справедливости наблюдателя. Их составило 20 % респондентов от общей выборки. Им свойственно сопереживание к людям, оказавшимся в ситуации несправедливости. Они фрустрируют в таких ситуациях и в дальнейшем переживают о том, что не включились во взаимодействие для ее исправления. Этой группе респондентов соответствует адекватный уровень самооценки.

10 % респондентов вошли в группу с чувствительностью к справедливости нарушителя. Данной группе онкобольных женщин, страдающим злокачественными образованиями репродуктивной сферы характерен отказ от рекомендаций врачей, проявление раздражения. При этом можно наблюдать у них активный поиск новых способов лечения и новых врачей и специалистов, компетентных в этой области. Негативные чувства проецируются на окружающих, наблюдается тенденция активно отстаивать свою позицию и точку зрения, слабо выражена эмпатия. Данная группа респондентов имеет адекватную и завышенную самооценку

У 5 % респондентов наблюдается вид чувствительности к справедливости бенефициара. Им характерна позиция получение выгоды от болезни, манипулирование в отношениях с людьми или получение дополнительных знаков внимания и восхищения от окружающих за свою стойкость и самоотверженность. Эта группа испытуемых имеет самооценку ниже среднего и средний уровень.

Выводы. Современная медицина постоянно усовершенствует методы диагностики и лечения онкологических заболеваний, стремится облегчить течение и симптоматику болезни, делает шаги к объединению клинической и психологической помощи, оказанию поддержки онкобольным женщинам и членам их семей.

Анализ данных показал, что преобладающая часть респондентов имеют вид чувствительности к справедливости «жертвы», обладают заниженной самооценкой, неуверенностью в себе и своих силах, имеют виктимные свойства личности, а это значит, что для выздоровления им предстоит совершить большую внутреннюю работу по поиску внутренних ресурсов и готовности взять ответственность за происходящее на себя.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю.

Санкт-Петербург

*ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова
Минздрава России, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»*

Актуальность. Ведущие онкологические патологии среди женского населения России – рак молочной железы (РМЖ) и гинекологический рак (ГР) – отличаются высокой психической травматичностью. Пациентки испытывают «двойную» психическую травматизацию, обусловленную, как возникновением витальной угрозы и крушением жизненных планов, так и необходимостью подвергнуться длительному тяжелому лечению и нередко калечащемуся оперативному вмешательству. На специфику переживаний женщин влияет локализация опухоли и то, какое значение пациентка придает большой части тела. Данные заболевания затрагивают важные для женщины сферы, связанные с представлением о своей женственности и в этой связи презентацией себя в обществе, которые влияют на ее сексуальную жизнь и социальное функционирование. Вместе с тем, переживания у этих групп пациенток различны: если грудь является символом женственности, который представлен во внешнем образе, то гинекологические органы находятся внутри тела, они скрыты. Удаление молочной железы нередко воспринимается больными как утрата части самой себя, нарушение образа своего «Я». Имеющиеся в настоящее время возможности проведения реконструктивно-пластических операций и протезирования, удобное и красивое белье помогают женщине лучше себя чувствовать, но не решают психологическую проблему принятия себя. Гинекологические же заболевания для многих женщин связаны с переживанием утраты возможности иметь детей, так как до заболевания некоторые из них в силу различных причин (социальных, материальных, профессиональных и др.) не решались родить ребенка, но сам факт возможности забеременеть у них был. И даже если женщина находится в фертильном возрасте, утрата гинекологических органов нередко воспринимается ее как «кастрация». К этому следует добавить, что гинекологические органы относятся к интимной зоне тела женщины и всё, что касается этой зоны, вызывает у нее множество различных чувств. Медицинские вмешательства в эту, особо психологически чувствительную зону тела женщины, нарушают интимность и воспринимаются пациентками очень лично.

Цель работы – выявление переживаний женщин, страдающих онкологическими заболеваниями репродуктивной сферы, в процессе лечения.

Материалы и методы. В НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова было исследовано 65 больных РМЖ и 71 пациентка ГР в возрасте от 19 до 48 лет. Исследование проводилось в два этапа. Использовались клиничко-психологический (структурированная беседа) и экспериментально-психологический (изучение реактивной и личностной тревожности – тест Спилбергера-Ханина, изучение жалоб по поводу состояния здоровья – Гиссенский опросник, исследование отношения к болезни – ТОБОЛ) методов.

Результаты. Проведенное сравнительное клиничко-психологическое исследование 30 больных РМЖ и 30 пациенток ГР (группы сопоставимы по возрасту), проходившими курс радикального лечения, показало различия в отношении женщин к информированию окружающих о своем заболевании. Если 48 % больных РМЖ считали, что их «болезнь не уникальна, заболеть может каждая» и выражали готовность делиться своим опытом проживания ситуации лечения, то онкогинекологические больные такого мнения не придерживались. Пациентки ГР в 43 % случаях отметили, что им «стыдно сообщать другим о своем диагнозе», что указывает на у них наличие глубинных переживаний, которые порой не осознаются женщинами, но оказывают влияние на их отношение к болезни и лечению.

Следует отметить, что при психологических исследованиях пациентки РМЖ более активно идут на контакт, на отделении гинекологии женщины более настороженны, при опросе требуется соблюдение большей интимности. В этой связи, если в работе с пациентками РМЖ эффективна групповая работа, то при гинекологическом раке изначально предпочтительна индивидуальная работа.

Проведенные в дальнейшем психологические исследования 35 больных РМЖ и 41 пациентки ГР показали, в большинстве случаев женщины имели «психологическую» модель заболевания (65,7 % – 23 чел. и 70,7 %, соотв.), т.е. считали, что возникновение заболевания связано с историей их жизни. Они отмечали связь между заболеванием и своим образом жизни: указывали на утраты, семейные конфликты, профессиональные и повседневные стрессы. Наряду с этим, если у больных РМЖ при соприкосновении с историей своей жизни в поисках причин заболевания звучит переживание «непрожитой жизни» («все для других, а сама на последнем месте», «будто и не жила»), то специфичным для пациенток ГР является идея греха (указывают на наличие абортов, прервавших их беременности), в результате чего они испытывают сильное чувство вины. Порой это чувство вины являлось для женщины фактором, ведущим к пренебрежению регулярными осмотрами у врача.

Изучение эмоционального статуса больных РМЖ и пациенток ГР проводимое при помощи шкалы Спилбергера-Ханина выявило, что уровень личностной и ситуативной тревожности у больных РМЖ достоверно выше, в сравнении с пациентками ГР ($p < 0,03$).

Анализ жалоб по поводу состояния своего здоровья, изучаемый при помощи Гиссенского опросника, показал, что для больных РМЖ характерна умеренная интенсивность предъявляемых жалоб с преобладанием астенических, что адекватно ситуации лечения. В отличие от них, у пациенток ГР выше интенсивность предъявляемых жалоб ($p < 0,05$) и, наряду с астеническими, доминируют жалобы, которые специфичны для онкогинекологического заболевания и его лечения (боли в нижней части живота, приливы, позывы к мочеиспусканию) и другие (дрожание, боли в горле, тяжесть в плечах, расстройство сна, повышенная чувствительность к холоду или к теплу, онемение конечностей, склонность к плачу), свидетельствующие о психосоматической составляющей страдания пациенток. Таким образом, из проведенного исследования следует, что больные РМЖ в большей степени осознают свое внутренне напряжение в связи с заболеванием, в отличие от них для пациенток ГР характерна склонность к соматизации психологических проблем.

Исследование отношения пациенток к болезни при помощи опросника ТОБОЛ показывает, что в структуре реагирования на заболевание больных РМЖ преобладают эргопатический, сенситивный, тревожный и анозогностический компоненты. У пациенток ГР, наряду с эргопатическим и тревожным, доминирует дисфорический компонент (особенно на этапе после операции). Следует отметить, что анозогностический компонент не являлся преобладающим в структуре отношения к болезни у онкогинекологических больных, что подтверждается также результатами клинической беседы: большинство пациенток ГР признавали злокачественный характер заболевания (60 % – на этапе «до операции», 73 % – на этапе «после операции»).

Вывод. Для больных РМЖ характерна более выраженная тревога, которую они осознают и готовы принимать психологическую помощь специалистов. Больные ГР чаще признают злокачественный характер заболевания, но при этом склонны к соматизации тревоги, объясняя свое психическое состояние особенностями лечения. При составлении и реализации программ психологической реабилитации данных групп пациенток необходимо учитывать специфику их переживаний и отношение к болезни.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, КАК ПРЕДИКТОРА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Пиотровская В.Р.

Санкт-Петербург

ФГБУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова

Сегодня психосоматические отношения метаболического синдрома (МС) с развитием кардиологической, эндокринной, психической, неврологической патологий, представляются вполне очевидными. Поэтому, изучение МС в современных диагностических критериях является мультидисциплинарной проблемой. Единство факторов риска развития МС, сердечнососудистых заболеваний, когнитивных и аффективных нарушений, объединяет перечисленные состояния в единый континуум. Снижение когнитивных функций до уровня мягкого когнитивного расстройства и аффективные нарушения непсихотического уровня, могут быть предикторами сердечнососудистой патологии и дегенеративных заболеваний головного мозга. Это делает актуальным поиск маркеров, которые позволяют говорить о патофизиологических процессах сосудистых заболеваний или болезни Альцгеймера (БА) задолго до появления клинических проявлений. Использование гендерного подхода в изучение патологических состояний позволяет получить эксклюзивные данные о патогенезе и биопсихоциальных взаимосвязях в клинических проявлениях перечисленных выше состояний. Результаты популяционного исследования 2013 г. указывают на большую распространенность метаболического синдрома в группе женщин (23,15 % среди женщин и 16,80 % среди мужчин). Одновременно, более высокие цифры таких показателей как, абдоминальное ожирение, толерантность к глюкозе, уровень триглицеридов и холестерина низкой плотности, тоже отмечаются в женской группе. [Jin-Ling In, 2012]. Кагорное исследование Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI) изучало качество памяти в группах мужчин и женщин, сравнимых по возрасту. Оценивалась память при начальных проявлениях возрастного когнитивного снижения и качество память на начальных стадиях БА. В группе здоровых женщин снижение памяти было менее грубым, чем в мужской группе, но начальные проявления БА (определение амилоида в тканях головного мозга при нейровизуализационных методах обследования), выровнивало разницу когнитивного дефицита среди женщин и мужчин. Этот вывод важен, поскольку он показывает, что БА может устранить преимущество памяти, которое женщины обычно имеют в сравнении с мужчинами того же возраста, что делает их более уязвимы к воздействию болезни. [Iyer A., Kauter K., Lindsay Brown L., 2011]. Исследование, продолжавшееся 16 лет, в странах Европы и Австралии, обследовало более 4000 мужчин и женщин на предмет риска перелома шейки бедра на ранних стадиях когнитивного снижения. Целью исследования было проверить гипотезу о том, что различия по признаку пола будут наблюдаться в ассоциации риска перелома бедра со стадиями когнитивных нарушений и изучить связь между «мягким когнитивным расстройством» Петерсена (MCI) и «мягким нейрокогнитивным расстройством» DSM-5 (MND). В выводах подчеркивается, что повышенный риск перелома бедра был связан с «мягкими» стадиями когнитивных нарушений у мужчин, но не у женщин. [Lobo E., 2017]

Одним из возможных механизмов когнитивного снижения может быть процесс системного воспаления в центральной нервной системе, который проявляется в повышенном уровне провосполительных маркеров, таких как интерлейкин-1 (IL-1), интерлейкин-6 (IL-6), фактор некроза опухолей (TNF- β). Развития системного воспаления может быть ответом иммунной системы на дефицит 17 β -эстродиола. Низкий уровень эстрогенов, в свою очередь, рассматривается как один из факторов развития деменции у женщин [Rosca et al 2014]. Женщины в менопаузе или после овариоэктомии в среднем возрасте имеют высокий уровень маркеров системного воспаления, которое является существенным фактором в патофизиологии БА, как у мужчин так и у женщин. Сама БА рассматривается как воспалительное нейродегенеративный процесс при нарушении гемато-энцефалического барьера [Sochrabji 2007]. Как правило, в исследованиях, оценивающих гендерные различия тех или иных показателей, обращается внимание на эндокринный статус. Такие факторы, как образование, занятость, профессиональная и социальная активность и не оцениваются отдельно в мужской и женской группе обследуемых. Более дифференцированный подход к этим показателям с одновременной оценкой биологических факторов риска, возможно даст дополнительную информацию о нюансах развития МС и когнитивного снижения в женской и мужской популяциях.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Подурова Е.В., Попова Е.С., Фахретдинова Г.Р.

Москва

НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ

1. В настоящее время в связи с увеличением количества новорожденных с патологией развития проблема хронического стресса родителей детей с ограниченными возможностями здоровья приобретает особую актуальность. Этот стресс, имеющий длительный и постоянный характер, оказывает деформирующее воздействие на психику всех членов семьи и является исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшихся жизненных стереотипов. В контексте исторического и социально-культурного факторов доминирующую роль в воспитании детей принадлежит матери. А в ситуации рождения «особого» ребенка семьи часто распадаются и она остается с проблемой «один на один».

2. Восприятие матери ребенка с ограниченными возможностями здоровья в сложившейся ситуации характеризуется рядом особенностей:

- длительное хроническое состояние тревоги, отчаяния, отсутствия перспективы на будущее, одиночества, непонимания окружающими;
- проблемы сохранения семьи;
- частые материальные трудности;
- проблемы в продолжении карьеры и самоактуализации;
- фрустрация ряда потребностей (в общении, продолжении рода);
- частые психотравмирующие ситуации, связанные с состоянием здоровья ребенка, социальными проблемами и пр.;

- полная поглощенность проблемами ребенка;
- изоляция от общества в целом.

3. В условиях психотравмирующей ситуации мать испытывает сильнейший психологический стресс, в динамике которого выделяется 4 основных стадии:

- эмоциональной дезорганизации (состояние шока, растерянности, беспомощности, страха, чувства вины и неполноценности);
- негативизма и отрицания (попытка защитного устранения эмоциональной подавленности и тревоги, отрицание болезни, сомнения в компетентности врачей, поиск «чудесных средств» исцеления и пр.);
- горевания (состояние глубокой депрессии, хронического чувства гнева, горечи, отчаянья, безнадежности, иногда суицидальные мысли);
- эмоциональной реорганизации (приспособление, принятие особенностей ребенка, развития реалистичного взгляда на болезнь, выработка оптимального стиля жизнедеятельности и взаимодействия с окружающими).

4. С учетом специфики острого дошкольного психиатрического отделения психологическое сопровождение матерей проводится на всех стадиях психологического стресса, где особое значение уделяется «эмоциональной дезорганизации». Родители впервые сталкиваются с изменениями в психическом развитии ребенка и узнают о диагнозе, что, как правило, вызывает реакцию шока, страха и чувства беспомощности. От своевременности и профессионально выбранных подходов в каждом индивидуальном случае будет во многом зависеть эффективность прохождения последующих стадий с оптимальным «выходом» на развития реалистичного взгляда матери на болезнь ребенка, принятие ею ответственности.

5. Психологическая работа с женщинами, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья, одновременно строится в следующих направлениях:

- оптимизация психологического и эмоционального состояния матери;
- информирование об особенностях ребенка с психическими нарушениями, специфике воспитательных подходов, построения внутрисемейных отношений;
- обучение эффективным способам коммуникации с ребенком.

6. Реализация данных направлений осуществляется в следующих формах работы:

- психолого-педагогическая работа с ребенком;
- индивидуальная работа с матерью/родителями как первый шаг к осознанию проблемы и способов ее решения (анкетирование, полное информирование о состоянии ребенка в доступной форме);

- групповая работа (тренинги, родительские клубы);
- работа на макроуровне (совместное посещение семьи культмассовых мероприятий (театр, кинотеатр)).

Таким образом, при построении лечебно-реабилитационных мероприятий детей дошкольного возраста в условиях психиатрического стационара важную роль занимает целенаправленная систематическая работа психолога с матерью ребенка, предполагающая, в первую очередь, оптимизацию ее внутреннего эмоционального состояния, от благополучия которого будет зависеть уровень и качество адаптации и социального функционирования ее ребенка в целом.

УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ В ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Пуговкина О.Д.

Москва

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Введение. В сфере охраны психического здоровья гендерные паттерны имеют особое значение. Со стороны пациента гендерные стереотипы проявляются, с одной стороны, в специфике клинической картины расстройства и комплекса факторов, которые к нему привели, а с другой стороны, – формируют определенные ожидания от процесса и содержания психологической помощи. Однако и со стороны специалиста эти стереотипы существенно влияют на успешность работы и профессиональное здоровье.

Цель сообщения состоит в привлечении внимания к проблеме как гендерной специализации протоколов психотерапевтической помощи при депрессивных расстройствах, так и к проблеме профессионального здоровья специалистов.

Культуральные стереотипы фиксируют определенный паттерн женского поведения и стиля переработки эмоций: высокой восприимчивости к эмоциогенным стимулам, склонность к сопереживанию и нюансированному эмоциональному включению, относительно пассивному, заключающемуся в рефлексии происходящих событий и внутреннего опыта.

Этот паттерн подкрепляется и рядом биологических (генетических, конституциональных, гормональных и др.) факторов, и условиями воспитания и детско-родительских отношений. Показано, что с девочками матери больше говорят о чувствах, вследствие чего, к примеру, детские воспоминания у девочек лучше отрефлексированы, содержат эмоциональный контекст событий и в целом большее количество деталей, относятся к более раннему периоду, по сравнению с мальчиками.

Этот комплекс факторов приводит к формированию определенной роли, которая заключается в готовности и даже склонности принять на себя чужое страдание и участвовать в его эмоциональном переживании.

Данный культуральный стереотип повышает специфическую уязвимость в отношении риска возникновения и хронификации депрессивных расстройств. В исследованиях показан паттерн когнитивной переработки жизненного стресса, стресса в интерперсональных отношениях, который феноменологически напоминает эту схему: эгоцентризм, пассивный руминативный фокус внимания, сосредоточенный на обдумывании причин, сущности и последствий проблемных ситуаций, а не на возможных путях решения.

В клинических исследованиях показана и симптоматическая специфика депрессивных расстройств – преобладание идей самообвинения, дистимии, адинамии, чувства хронической усталости. Выделен специфический путь развития депрессии, в котором более высокую роль, по сравнению с мужчинами, играет повседневный стресс, интерперсональный стресс и тяжелые, травматические стрессовые события.

Очевидно, что негативное влияние всех видов стресса усиливается описанной выше восприимчивостью к нему.

Важно отметить, что данные наблюдения находят свое воплощение в клинических рекомендациях по выбору фармакологического лечения депрессий, то относительно мало отражены в протоколах психотерапевтической помощи, особенно групповых форм.

Между тем, выбор мишени психокоррекционной работы влияет на общий успех лечения. К примеру, в многочисленных исследованиях показано, что дефицит в сфере эмоционального интеллекта и снижение специфичности воспоминаний (примеры выбраны в контексте данной работы) являются общими мишенями психологической помощи при депрессиях. Однако эффективность соответствующих интервенций различается при учете пола пациентов.

Например, тренинг, направленный на развитие эмоционального интеллекта (расширение эмоционального словаря, развитие навыков распознавания, называния и выражения эмоций) приводит к повышению тренируемых способностей у пациентов обоих полов. При этом у мужчин это повышение сопровождается терапевтическим эффектом в отношении депрессивного расстройства, а у женщин – в меньшей степени

Заключение. Представленные данные говорят о необходимости конкретизации мишеней психотерапевтического лечения депрессивных расстройств.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И НЕРВНОЙ БУЛЕМИЕЙ

Путятин В.В.

Москва

Филиал ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А.Алексеева ДЗМ, ПБ №14

Введение. Нервная анорексия (НА) и нервная булимия (НБ) – психические заболевания, относящиеся к группе расстройств пищевого поведения (РПП), развивающиеся преимущественно в подростковом возрасте, чаще у лиц женского пола. С конца 20 века отмечается неуклонный рост заболеваемости, в первую очередь, в экономически развитых странах. Несмотря на накопление большого количества клинического и научного материала по данной теме указанные расстройства по-прежнему относятся к тяжелым, с длительным периодом лечения и низкой курбельностью, а эффективность лечения по-прежнему невысокая. Поэтому поиск возможностей повышения эффективности психотерапевтических подходов при терапии НА и НБ все более актуален. По мнению большинства специалистов именно низкая личная мотивация к лечению является одним из самых серьезных препятствий на пути к выздоровлению, а качество психотерапевтических отношений в последнее время считается одним из наиболее значимых факторов успешности психотерапии.

Цель исследования. Изучение влияния факторов психотерапевтического процесса и, в первую очередь, особенностей психотерапевтических отношений психотерапевт – пациент, на эффективность лечения НА и НБ.

Материал и методы. В исследование включены пациенты мужского и женского (в значительно преобладающем количестве) пола с НА и НБ, проходившие лечение в Психиатрической больнице №14 г. Москвы, а также обращавшиеся за помощью на кафедру психиатрии и медицинской психологии РУДН. Применялись клиничко-психопатологический и катamnестический анализ, использовались опросники и самоопросники.

Результаты исследования и их обсуждение. Были выявлены следующие основные факторы, препятствующие установлению продуктивных терапевтических отношений и способствующие преждевременному прекращению психотерапии:

- трудности обращения за помощью (в т.ч., в связи с анозогнозией) и ее принятия, сопротивление следованию «установке на изменения»;
- высокий уровень трудновыражаемой агрессивности и аутоагрессивности, в результате сопротивление терапии и уход из терапии можно рассматривать как проявление агрессии;
- при использовании таких подходов, как когнитивно-поведенческая терапия – неприемлемость директивности, менторской позиции терапевта и, особенно, практики «когнитивного реструктурирования», как признания ими «ошибочности» своих взглядов и суждений, что очевидно связано с их высокой «уязвимостью»;

- эротический и эротизированный перенос (в связи со стремление таких пациентов «производить самое лучшее впечатление, «убедиться в собственной неотразимости» найти «объект любви» и т.д.);
- использование пациентами защитных стратегий как идеализация/обесценивание, перфекционизм (сопротивление или даже прекращение терапии, например, из страха «разочаровать врача» и/или «разочароваться в нем»), стратегии «убегания»;
- страх формирования зависимого типа отношений, характерного для них (как правил симбиозе с матерями) и пугающего одновременно.

Говоря о сложностях психотерапии пациентов с НА/НБ можно отметить, что психотерапия, особенно на начальных этапах нередко воспринимается ими как экзамен, в других случаях, как очередной способ самосовершенствования.

Заключение. В условиях долгосрочной терапии, при достаточной мотивированности и подготовке терапевта все выше перечисленные проблемы могут быть материалом для психотерапевтической работы. Выработанная на сегодняшний день тактика лечения РПП нуждается в оптимизации, в т.ч. на основе данных исследования комплаенса и возможностей мотивации указанных групп пациентов. Одним из способов повышения мотивации пациентов (особенно юных) к сотрудничеству является учет их пожеланий, их терапевтического запроса. Работа с родственниками пациентов, в т.ч., в семейном и групповом форматах, может значительно повысить эффективность терапевтического альянса и терапии в целом.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВУШЕК, ПОСЕЩАЮЩИХ СООБЩЕСТВА СОЦИАЛЬНОЙ СЕТИ «ВКОНТАКТЕ», ПОСВЯЩЕННЫЕ СНИЖЕНИЮ ВЕСА

Раева Т.В., Плотникова Н.С., Юдина Н.В.

Тюмень

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Введение. Проблема расстройств пищевого поведения среди девушек в наше время приобретает все большую актуальность в связи с ростом их распространенности. Современное поколение не может обойтись без Интернета в своей жизни, поэтому исследование деструктивных и негативных аспектов социальных групп, в которых состоят девушки, стремящиеся снизить свой вес, представляет особый интерес. Социальные сети во многом играют ведущую роль в формировании ценностей и идеалов, зачастую нереальных, ложных, искаженного представления о своей внешности. Помимо этого, в виртуальном мире девушки могут найти необходимую социальную поддержку, которой им не достает в семье, в общении с родными. «Красивые фотографии» становятся идеалами, а создатели и участники социальных сообществ – проводниками к достижению целей. Зачастую врачи и родители никоим образом не могут контролировать контент в социальных сетях, который может оказывать выраженное воздействие на психику молодого человека.

Цель исследования: изучить позитивные и негативные аспекты контента сообществ в социальной сети «Вконтакте», целевая аудитория которых – лица с высоким риском развития расстройств пищевого поведения и оценить степень воздействия сообществ на прогрессирование или регрессирование нарушений пищевого поведения.

Материалы и методы. Было обследовано 60 участников групп в социальной сети «Вконтакте», связанных с расстройствами пищевого поведения. Исследуемым были предоставлены анкеты, в которые вошли: критерии DSM-V; опросник EAT-26; опросник «Шкала оценки пищевого поведения». В исследовании использовались также опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR), шкала – опросник «Отношение к собственной внешности», семейная социограмма (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.), рисуночный тест «Человек».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст девушек, участников групп, посвященных снижению веса составил $16,9 \pm 1,78$ лет, при этом большая часть из них являлись учениками школ и гимназий. 96 % исследуемых посещали тематические сообщества ежедневно, из них 20 % – несколько раз в день (3-4). В сообществах состояли 2 и более лет 24 % исследуемых, около одного года – 16 %, менее года – 40 %. При посещении данных групп они делились опытом и давали советы (48 %), часто просили совета (52 %), почти

все прислушивались к советам других участников группы (84 %). Считали, что посещение групп, посвященных нарушениям пищевого поведения, не сказывалось на их жизни – 11,7 %; изучение контента стимулировало и усугубляло расстройства пищевого поведения – 80 %; посещение групп стало первопричиной и главным запускающим фактором развития нарушений пищевого поведения – 8,3 %. У 60 % опрошенных индекс массы тела (ИМТ) был ниже 19 (дефицит массы тела), у 41,6 % из них показатель ИМТ<16 (выраженный дефицит массы тела). В границах нормы (ИМТ 19,0 – 24,99) вес был у 33,3 %, 6,7 % имели ИМТ>25 (предожирение/ожирение). За медицинской помощью обращались 25 % девушек, 21,7 % отказались от терапии, 16,6 % сочли её бесполезной, только 3,3 % на данный момент были довольны получаемым лечением и продолжали его. 50 % девушек считали, что врачи их не поймут и не смогут ничем помочь, 10 % – боялись, что им выставят психиатрический диагноз. Согласно опроснику EAT-26 было выявлено, что предрасположенность к анорексии и булимии имели 71,6 %, а по критериям DSM-V – синдром «пищевых кутежей» был выявлен у 63,3 %, а синдром «ночной еды» – у 33,3 %. Все три вышеперечисленных вида расстройств пищевого поведения в сочетанном виде отмечались в 13,3 % случаев. По результатам шкалы оценки пищевого поведения «стремление к худобе» определено у 76,7 % опрошенных, «булимия» – у 56,7 %, «неудовлетворенность телом» – у 60 %. Данные результаты свидетельствовали о высокой вероятности диагноза «нервная анорексия/булимия». Важно также отметить, что часть исследуемых имели склонность к суицидальным мыслям, и открыто о них заявляли. Некоторые из обследуемых делали акцент на наличие в их семье разногласий с родителями. Одной из задач исследования было влияние особенностей воспитания в семье на самопринятие и самоотношение девушек. Из всех обследованных низкие значения фактора близости с отцом были отмечены у 40 %, низкие значения фактора близости с матерью – у 60 %, низкий фактор близости по обоим родителям у 33 %. По данным социогаммы 53 % девушек имело заниженную самооценку, из них с низкими показателями по фактору близости и с отцом и с матерью было 75 %. Низкий контроль и заинтересованность со стороны отца был выявлен у 47 % опрошенных. Низкая заинтересованность и отсутствие контроля в отношении своего ребенка со стороны отца выявлялось у всех исследуемых. На рисунках испытуемых в тесте «Человек» у девушек с низкими показателями по фактору близости с отцом (40 %) – фигура по отношению к листу маленькая, что может отражать ощущение беспомощности и потерянности. У 46,7 % девушек на рисунке женская фигура была полностью закрыта одеждой, что могло означать боязнь своего тела, не принятие, стремление спрятать его. При этом у 13,3 % из них был выявлен низкий фактор близости с отцом, у 26,7 % – низкий фактор близости с матерью, у 13,3 % – высокий фактор критики матерью. У 20 % были четко прорисованы половые признаки, что указывало на напряжение и особенную заинтересованность этой частью тела. У 86,7 % девушек рисунок человека напоминал рисунок маленького ребенка, что может означать поиск защиты (желание прикинуться маленьким), преобладание примитивных способов реагирования. Полученные положительные корреляционные зависимости показали что, чем лучше отношение отца и дочери, чем больше его воспитательный вклад, тем выше ее самооценка и принятие собственного тела.

Закключение. У исследуемых участников тематических сообществ социальной сети «ВКонтакте», посвященных снижению веса, имелись расстройства пищевого поведения в виде синдрома «пищевых кутежей» (63 %) и синдрома ночной еды (33 %), только 3,3 % из них получали помощь у психотерапевта. Среди составленного каталога сообществ были выделены группы с негативным (68,6 %), позитивным (25,7 %) и с сомнительным контентом (5,7 %). Изучение материалов в социальных сетях, посвященных снижению веса, стимулировало и усугубляло расстройства пищевого поведения у большинства обследованных девушек, которые часто имели нарушенные отношения в семье, низкую заинтересованность и отсутствие контроля со стороны родителей, особенно отца. Требуется дальнейшее изучение влияния социальных групп, посвященных снижению веса, на отношение к подобного рода проблемам в молодежной среде, для проведения дифференцированной психопрофилактической и психообразовательной работы в Интернете.

СУБЪЕКТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОР, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ременюк Ю.О., Бурина Е.А.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

В последнее время количество исследований, направленных на изучение отношения женщин к собственной беременности, возрастает. Исследователи анализируют данный аспект на разных категориях женщин, делая попытки выявить типы отношения к беременности. Вместе с тем, не придается должного значения тем женщинам, которые находятся на этапе планирования беременности. Специалистами выделяется целый ряд факторов, связанный со здоровьесберегающим поведением, одним из которых является отношение к беременности.

Наиболее важным аспектом здоровьесберегающего поведения женщины в период беременности и до него, является употребление спиртных напитков, что может стать причиной возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя. Вследствие употребления алкоголя женщиной в период беременности, у ребенка может возникнуть фетальный алкогольный синдром (ФАС) – неизлечимое расстройство, выражающиеся в лицевых аномалиях, когнитивных и психических отклонениях ребенка.

Целью данного исследования явилось изучение субъективного отношения женщин к беременности в связи с профилактикой фетального алкогольного синдрома. В исследовании приняли участие 35 женщин детородного возраста (средний возраст – 27 лет), не имеющие беременности в анамнезе, физиологически способные иметь детей. Каждая респондентка проходила: 1) скрининговое исследование, на предмет соответствия критериям включения в выборку; 2) интервью, состоящее из двух блоков: анкета, направленная на изучение социально-демографических характеристик, знаний о ФАС, поведения в отношении употребления алкоголя и использования средств контрацепции, то есть риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя, второй блок – глубинное интервью, изучающее отношение к беременности; 3) психодиагностические методики: личностный опросник «Большая пятерка», методика оценки уровня субъективного контроля, методика изучения временной перспективы личности. Также с каждой женщиной проводились мероприятия первичной профилактики – информирование о ФАС (активное и пассивное). Все этические требования к проведению исследования были соблюдены, в том числе респондентки заполняли форму информированного согласия.

По результатам исследования было выявлено, что подавляющая часть респонденток (69 %) не осведомлены о фетальном алкогольном синдроме, что может повышать риск возникновения ФАС в случае беременности. Также анализировалось поведение женщин в отношении употребления алкоголя и использования методов эффективной контрацепции. Вследствие чего было выявлено, что большинство респонденток (74 %) не употребляют алкоголь, либо употребляют его в малых количествах и подавляющее большинство (69 %) женщин используют методы эффективной контрацепции.

Следовательно, лишь малая часть (9 %) изученной выборки входят в группу риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя. В связи с малочисленностью группы риска, дальнейшее результаты исследования анализировались с выделением группы риска по алкоголю и группы риска по контрацепции отдельно.

Однако при сравнении выявленных групп с результатами психодиагностических методик статистически значимые различия были обнаружены только между группами риска и не риска по употреблению алкоголя и шкалой «сотрудничество» (методика «Большая пятерка»). Женщины, употребляющие алкоголь в малых дозах имеют большую склонность к сотрудничеству, более открыты и доброжелательны, чем женщины, попадающие в группу риска. Это может быть связано с тем, что зачастую алкоголь принимается в целях «расслабиться», стать более раскрепощенными, снизить контроль и тревогу при общении. Иных статистически значимых различий не было выявлено.

В результате качественной обработки интервью были выделены категории отношения к беременности: реалистичный (22 %), гармоничный (24 %), отвергающий (12 %), негативный (9 %), тревожный (9 %), нейтральный (12 %), амбивалентный (12 %).

В дальнейшем проводился сравнительный анализ, получившихся категорий отношения к беременности и индивидуально-психологических особенностей женщин (личностные особенности, уровень субъективного контроля, временная перспектива личности). При сравнении статистически значимых результатов выявлено не было.

Также была изучена взаимосвязь выявленных категорий отношения к беременности, знаний о ФАС, поведения в отношении употребления алкоголя. Было выявлено, что респондентки с реалистичным и гармоничным отношением к беременности, демонстрируют более корректные знания о ФАС, и менее подвержены риску употребления алкоголя, в отличие от женщин других категорий. Однако статистически значимых различий обнаружено не было.

Результаты анализа знаний о ФАС показали низкий уровень информированности женщин. Это является одной из важных проблем в нашей стране: о данном заболевании мало осведомлены даже медицинские специалисты, что подтверждено результатами предыдущих исследований. Отсутствие корректных знаний о ФАС может быть одной из причин рискованного поведения женщин. Полученные результаты об алкогольном поведении и использовании средств контрацепции у респонденток данной выборки можно охарактеризовать как положительные. Большинство участниц демонстрируют здоровьесберегающим поведением, отказавшись от алкоголя или принимая его в малых дозах, и используя средства контрацепции – это значительно снижает риск возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя.

Отсутствие статистически значимых различий между группами риска по употреблению алкоголя, использованию средств контрацепции и личностными особенностями женщин, вероятно, объясняется тем, что в исследовании были изучены те личностные особенности, которые не имеют взаимосвязи с показателями здоровьесберегающего поведения. Также это возможно объяснить неравномерным распределением респонденток в группах, и их малочисленностью. Подобной логикой объясняется отсутствие значимых различий между выделенными категориями отношения к беременности и личностными особенностями женщин, уровнем субъективного контроля и временной перспективой личности.

В заключении стоит отметить, что большинство женщин не осведомлено о ФАС, имеет низкий уровень употребления алкоголя, примерно половина респонденток использует методы эффективной контрацепции. Вследствие чего, лишь малая часть женщин попадает в группу риска возникновения беременности, подверженной влиянию алкоголя. Различий между индивидуально-психологическими особенностями женщин детородного возраста и употреблением алкоголя, использованием средств эффективной контрацепции выявлено не было. Исключением явилась взаимосвязь личностной характеристики «сотрудничество» и уровня употребления алкоголя. Было изучено субъективное отношение женщин к беременности. В результате были выделены и описаны категории отношения женщин фертильного возраста к беременности.

Результаты данного исследования могут быть применены в разработке различных профилактических программ для женщин, планирующих беременность, с целью повышения уровня осведомленности о ФАС. Данное исследование может быть положено в основу дальнейшего изучения репродуктивного здоровья женщины.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК СРЕДИ ЖЕНЩИН

Розанов В.А.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный университет

Настоящая работа базируется на результатах исследований, проведенных в г. Одессе в 2000-2012 гг. Сюда включены результаты мониторинга суицидальных попыток по данным городской станции скорой помощи (общее число 6238 случаев) с 1998 по 2012 г. и данные, вытекающие из генетического проекта GISS. Данные мониторинга попыток позволили оценить соотношение между «мужскими» и «женскими» попытками, которое составило 0,84 при учете числа случаев и 0,96 при расчете на 100000 населения. Таким образом, суммарно попытки среди женщин незначительно превышают таковые среди мужчин. Однако при анализе в разрезе возрастных групп, выясняется, что в группах 15-19 и 20-24 г. попытки среди женщин наблюдаются почти в 2 раза чаще, чем среди мужчин. Еще одна возрастная группа, в которой женские попытки заметно преобладают над мужскими – это 45-49 лет, во всех остальных группах попытки среди мужчин примерно равны или выше, чем среди женщин. Максимум суицидальной активности, регистрируемой по суицидальным попыткам, у женщин наблюдается в возрасте 20-24 года, а у мужчин несколько позже – в возрасте 25-29 лет. Вообще около 50 % всех суицидальных попыток (47 % среди женщин и 53 % среди мужчин) приходится на молодой возраст (до 29 лет). По результатам мониторинга можно также отметить, что среди женщин отравления медикаментами встречаются почти в три раза чаще, чем среди мужчин. В то же время, число случаев самопорезов или иных повреждений острыми предметами среди женщин вдвое ниже.

Второй источник информации – это база данных генетического проекта GISS, в ходе которого были обследованы 1200 семей, в которых пробанд совершил суицидальную попытку. В базе данных оказалось 707 мужчин (средний возраст 24,77 лет) и 623 женщины (средний возраст 24,63 года). Средняя степень тяжести попытки (по медицинской шкале тяжести самоповреждений) у мужчин и женщин оказалась практически одинаковой (3,30 у мужчин и 3,35 у женщин), не было также существенной разницы по таким показателям, как общее психологическое благополучие (по шкале WHO-5) и баллы депрессии (по шкале Бека, BDI). В то же время, среди женщин ожидаемо меньше лиц со склонностью к насильственным действиям (по шкале Плутчика, PFAV). Несколько неожиданно то, что у женщин-суициденток наблюдалась тенденция к более высоким значениям по шкале характеристик гнева Спилбергера (TAS), причем как присущего личности, так и реактивного гнева.

Наибольший интерес представляли различия в степени намеренности суицидального акта, оцениваемые по шкале Beck Suicidal Intent Scale. Для анализа этих различий в подвыборке из 437 человек (244 мужчины и 193 женщины) оценка степени вероятности смертельного исхода в результате задуманного действия была проанализирована в связи с перечисленными выше показателями. В первой группе: «Наступление смерти маловероятно, или не думал об этом» оказалось 165 человек (91 мужчина и 74 женщины); во второй группе: «Смерть возможна, но маловероятна» – 93 человека (50 мужчин и 43 женщины); в третьей группе: «Наступление смерти является вероятным или обязательным» – 179 человек (103 мужчины и 76 женщин). Выяснилось, что если у мужчин степень намеренности самоповреждения была ассоциирована (коэффициент тау (φ) Кендалла (φ-b) со сниженным психологическим благополучием, высокими баллами депрессии и склонностью к насильственным действиям, то у женщин – лишь с общим уровнем пережитого жизненного стресса (оценивался по суммарному накоплению негативных жизненных событий). Для изучения взаимосвязи кажущейся вероятностью смертельного исхода и безнадежностью, а также конкретными негативными жизненными событиями использовался коэффициент D Сомерса. Оказалось, что у мужчин субъективно оцениваемая вероятность смерти была ассоциирована с наличием безнадежности (негативной оценкой своего будущего) и таким фактором, как обделенность вниманием и заботой. В то же время, у женщин структура этих связей была совершенно иной – достоверные ассоциации были найдены между вероятностью смертельного исхода и такими негативными факторами, как ненависть к одному из родителей и неудача в достижении какой-либо цели.

В заключительной части данного исследования оценивались некоторые личностные особенности женщин, совершающих суицидальные попытки. Основным инструментом был личностный опросник NEO-PIR, основанный на пятифакторной модели личности («Нейротизм», «Экстраверсия», «Открытость опыту», «Дружелюбие или Уживчивость» и «Чувство долга или Сознательность»). С этой целью из базы данных проекта GISS была отобрана группа суицидентов численностью в 625 человек. Критерием исключения было наличие сопутствующего психотического расстройства или интеллектуального снижения и качество диагностики с использованием опросника NEO PIR. Из числа мужчин в группу вошли 326 человек (52,2 %), из числа женщин – 299 человек (47,8 %). В качестве контроля использовали группу здоровых добровольцев, отобранных в случайном порядке среди различных социальных и возрастных групп населения различных областей Украины и состоявшую из 333 человек в возрасте от 18 до 35 лет, мужчин – 43,0 % (143 чел), женщин – 57,0 % (190 чел). Половозрастной состав обеих групп соответствовал поло-возрастному распределению лиц, совершающих суицидальные попытки в общей популяции (по данным мониторинга). Различия между группами оценивали при помощи дискриминантного анализа. Анализировали различия в двух вариантах – по основным факторам пятифакторной модели, и по подфакторам, которые оказались наиболее значимыми при распознавании «образа» суицидента.

Качество классификации групп лиц, совершивших попытку, и контролей было достаточно высоким, как применительно к основным факторам (74,6 % для мужчин и 69,3 % для женщин), так и применительно к дополнительным подфакторам (94,9 % для мужчин и 97,1 % для женщин). При этом ключевые личностные отличающие свойства у женщин-суициденток были весьма специфическими. Так, образ мужчины-суицидента можно определить как дефицитарно-избыточный, связанный в первую очередь с дефицитом «Экстраверсии», и одновременно – с избытком «Нейротизма». Дефицит факторов «Сознательность») и «Открытость опыту» менее важен по сравнению со измененными значениями факторов E и N. В отличие от этого, образ женщины-суицидентки в большей мере связан с дефицитом «Экстраверсии» и «Сознательности», в меньшей – с дефицитом «Уживчивости». Следовательно, «образ» суицидентки носит исключительно дефицитарный характер. Более детальный анализ по подфакторам дает следующую картину. Трактовка значимых переменных показывает, что такие женщины менее активны и более медлительны (подфактор E4 «Активность»), несобраны и неметодичны (подфактор C2 «Организованность»), менее сострадательны и более расчётливы в отношениях

с другими людьми, возможно – менее эмпатичны (подфактор А6 «Чуткость»), не стремятся к новым впечатлениям и к новизне (подфактор Е5 «Поиск возбуждения»), редко испытывают позитивные эмоции (подфактор Е6 «Позитивные эмоции»), отличаются неискренностью и манипулятивностью (подфактор А2 «Честность»), отсутствием теплоты и сердечности в отношениях, формальностью и отгороженностью (подфактор Е1 «Сердечность»).

Таким образом, по нашим данным, в женской популяции негативная эмоциональность (Нейротизм) и депрессивность не являются столь значимыми для факта суицидальной попытки, как в популяции мужчин, а для намеренности суицидального акта имеют значение в большей степени фрустрация и негативные эмоции по отношению к ближайшему окружению. Все это свидетельствует о качественных отличиях характеристик женщин, совершающих суицидальные попытки, и указывает на специфику путей и стратегий психотерапии при работе с данным контингентом.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Русанова А.О., Бархатова А.Н.

Москва
ФГБНУ НЦПЗ

Введение. Нарушения пищевого поведения представляют собой феноменологически гетерогенную группу состояний, объединенных сверхценным отношением к собственной, болезненным опасением избыточной массы тела, искажением восприятия образа собственного тела радикальными методами контроля массы и/или формы тела. К этой группе расстройств относят нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание. Для данной группы расстройств характерны выраженные биологические и психосоциальные последствия. В этой связи разработка алгоритмов ранней диагностики нарушений пищевого поведения у пациентов с эндогенными психическими расстройствами, и в частности с депрессией представляется актуальной и своевременной задачей.

Цели. Изучение структуры и динамики аффективных расстройств у больных с нарушениями пищевого поведения на различных этапах эндогенного заболевания и с разработкой комплексных дифференцированных подходов к диагностике феномена нарушения пищевого поведения (НПП).

Материалы и методы. В течение 2016-2018 гг. были обследованы 54 больных с нарушениями пищевого поведения, которые обратились за помощью в клинику ФГБНЦ НЦПЗ и затем наблюдались амбулаторно. Все пациенты были женщины. Использовался клинико-психопатологический метод. При первичном обследовании у 11 пациентов (20,3 %) эти расстройства были в структуре аффективных фаз при ведущем диагнозе расстройства личности (по МКБ-10 рубрики F60...). В остальных случаях речь шла о шизотипическом расстройстве – 15 пациентов (27,7 %) по МКБ-10 рубрика F21.3-F21.4, 28 пациентов с диагнозом эндогенной депрессии в рамках БАР, РДР, МДЭ – F31-F33. Длительность болезни к моменту обращения составляла от 1-2 до 8 лет (среднее – 4,3 года). На момент госпитализации дефицит массы тела выявлялся у 44 (81,5 %) пациентов..

Для нервной анорексии на основании наличия/отсутствия булимических симптомов выделены подтипы:

- с ограничениями в режиме питания, при этом в структуре феномена нервной анорексии не наблюдается эпизодов переедания или, так называемого, «компенсаторного поведения» по типу самовызывания рвоты, приема слабительных средств, диуретиков, использования клизм;
- с эпизодами переедания или компенсаторного поведения, либо только компенсаторное поведение без предшествующего переедания.

Феномен нервной булимии подразделялся на основании характеристик «компенсаторного поведения» на:

- НБ с компенсаторным (очистительным) поведением, когда в текущем эпизоде нервной булимии пациент регулярно индуцирует рвоту или использует слабительные, диуретики, клизмы;
- НБ без очистительного поведения, когда пациент использует иные неадекватные паттерны компенсаторного поведения (например, изнуряющие физические нагрузки, пост и пр.), но не индуцирует регулярно рвоту, не использует слабительные, диуретики и клизмы.

Результаты и обсуждения. В зависимости от ведущей нозологической формы были выделены три группы.

Группа пациентов с расстройствами личности, на этапе декомпенсации в виде аффективных фаз с НПП (11 больных). У пациенток отмечались такие преморбидные особенности личности, как демонстративность, перфекционизм, стремление к самосовершенствованию, зависимость от мнения окружающих. На ранних этапах заболевания у больных этой группы можно было отметить признаки субдепрессии в 9 случаях из 11, которые сопровождались дисфорическими реакциями, конфликтностью. По мере углубления проявлений депрессивной симптоматики НПП становилась более выраженными и, сопровождаясь идеями собственной неполноценности, мыслями о своем некрасивости и даже уродстве, чувством вины. Отграничение в режиме питания сопровождалось формированием компенсаторного поведения, в виде повышения физических нагрузок, применение анорексигенных фармакологических препаратов. При углублении депрессии, преобладающими в их структуре становились тревога и апатия. Измеренный у больных индекс массы тела (ИМТ) свидетельствовал о наличии гипотрофии 1-й степени (ИМТ 17,5-18,9) – у 3 (11,1 %) человек, гипотрофии 2-й степени (ИМТ 15,5-17,4) у 2 (7,4 %); у остальных пациенток масса тела была в пределах нормы.

Вторую группу составили пациентки с депрессивным эпизодом с НПП в рамках шизотипического расстройства – 15 пациентов (27,7 %) по МКБ-10 рубрика (F21.3-F21.4).. У 5 (33,3 %) пациенток отмечались депрессивные и субдепрессивные состояния в прошлом, у 2 имели место фазные расстройства циклотимического уровня. У большинства больных в преморбиде обнаруживались шизоидные и астенические черты личности: малая общительность, замкнутость, сенситивность, впечатлительность. У всех пациентов этой группы была отмечена дефицитарная симптоматика представленная эмоциональной холодностью, ограничением социальных контактов, нарушениями мышления. Больные отличались замкнутостью, малой общительностью, утратой прежних интересов, снижением продуктивности. Депрессивная симптоматика была более выраженной, чем у больных первой группы, преобладали тревожная и дисфорическая симптоматика, с признаками витальности, суточным ритмом, с расстройствами влечений, в этой группе больных часто развивалась «вомитомания» – навязчивое или компульсивное влечение к рвотам. Особенностью данной группы больных было вызванное НПП снижение социальной активности и профессиональная дезадаптация. У 8 (53,3 %) пациентов НПП проявлялось наряду с дисморфобическими идеями, приближающиеся по критериям к паранойяльному бреду. Обращала на себя внимание диссоциация поведения: при упорном нежелании прибавлять в массу тела, чтобы «сохранить фигуру», больные практически не следили за собой. При поступлении средний ИМТ составлял гипотрофии 1 степени у 1 (6,6 %) пациентки, гипотрофия 2-й степени отмечалась у 10 пациентов (66,6 %), гипотрофия 3-й степени – у 2 (13,2 %), у 2 – нормальная масса тела.

Третью группу составили 28 пациентов с диагнозом эндогенной депрессии с НПП в рамках Биполярного аффективного расстройства (F31) – 12 пациентов (42,8 %), и в рамках рекуррентного депрессивного расстройства или манифестного депрессивного эпизода (F32- F33) 16 больных (57,2 %). У пациентов отмечалась достаточно хорошая для больных с эндогенной патологией социальная и профессиональная адаптация. У 4 (26,7 %) пациентов заболевание манифестировало депрессией с НПП, у 18 (64,3 %) – НПП возникали на более поздних этапах в диапазоне от через 6 мес до 5 лет. В преморбиде отмечалось доминирование таких черт как тревожность, мнительность, склонность к гиперболизации негативных ситуаций, повышенное внимание к своему здоровью. Депрессии отличались полиморфизмом и проявлялись такими симптомами, как дисфория, вялость, апатия, снижение побуждений, тоскливость. У 9 (32,1 %) пациенток появление булимической симптоматики было обусловлено невозможностью длительного ограничения в еде, сильным чувством голода с усилением раздражительности, часто приступы перееданий провоцировались неприятными ситуациями и служили своего рода «разрядкой». На момент стационарирования ИМТ соответствовал гипотрофии 1-й степени – у 6 (21,4 %) человек, гипотрофия 2-й степени – у 10 (35,7 %), еще у 7 (25,0 %) пациентов – недостаток массы тела и нормальная масса тела была у 5 (33,3 %).

Заключение. Проведенное исследование позволяет говорить о том, что аффективная патология у больных с нарушениями пищевого поведения играет одну из определяющих ролей в клинической картине, динамике и прогнозе заболевания, являясь в некоторых случаях причиной рецидивов и перехода болезни в хроническое течение. При этом тяжелая депрессия чаще (свыше 70 %) встречается у больных с нарушениями пищевого поведения при шизотипическом расстройстве, несколько реже у пациентов эндогенном аффективном заболевании и фазных расстройствах при патологии личности. Ранняя диагностика и предварительный прогноз для пациентов с депрессивными эпизодами в структуре которых формируется феномен НПП должен производиться исходя из нозологической принадлежности, выраженности депрессивных и тревожных расстройств, а также сопутствующей соматической патологии.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сабитов И.А., Губкина С.В., Грищук Д.В., Альберт М.А.

Ульяновск

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет

Алкогольная зависимость у женщин представляет собой важную медико-социальную проблему как для профессионалов в области психического здоровья, так и общества в целом (Немцов А.В., 2017; Сиволап Ю.П., 2017; Менделевич В.Д. с соавт., 2017; Шейдукова Л.К., 2017). Большинство исследователей указывает на тяжелое течение болезни, позднее обращение за лечением и крайне негативные последствия злоупотребления алкоголем женщинами, низкая эффективность лечения и реабилитации (Альтшулер В.Б. с соавт., 2006; Цыганков Б.Д. с соавт., 2007; Devaud L.L., Prendergast M.A., 2009).

Следует отметить парадоксально низкую информированность населения о клинических проявлениях, последствиях и осложнениях пагубного употребления алкоголя и алкогольной зависимости. Несмотря на активную антиалкогольную рекламу, а так же различные социально-экономические меры регионального уровня, уровень употребления алкоголя среди лиц женского пола остается высоким. Так по результатам собственных анонимных опросов было выяснено, что 32,5 % школьниц (12-17 лет) и 22,5 % студенток (17-23 года) заявили о своем желании употреблять алкоголь. Кроме этого, 41,3 % школьниц и 32,6 % студенток употребляют алкоголь в достаточно больших дозах 2-3 и более раз в месяц, что можно отнести к эквиваленту бытового пьянства взрослых (Сабитов И.А. с соавт., 2014, 2018).

В исследовании приняли участие 30 женщин находящихся на стационарном лечении в ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница» с верифицированным диагнозом алкогольная зависимость 2 ст., не имеющие в анамнезе указаний на коморбидные психические, неврологические и тяжелые соматические заболевания. Из них 20 человек – нигде не работали, 5 – находились на пенсии, 5 – имели временный характер работы. 25 человек – в браке не состояли (в т.ч. – разведенные и вдовы), 27 человек имели на попечении детей разных возрастов. Высшее образование имели 2 респондентки, средне-специальное и незаконченное высшее – 28 чел. По возрасту, больные были распределены следующим образом: 19-35 лет – 8 человек, 36-60 лет – 17 человек, свыше 61 года – 5 человек. В качестве группы сравнения выступали лица мужского пола со сходными проявлениями алкогольной зависимости 2 ст. и сопоставимые по возрасту (30 чел.).

Длительность заболевания составлял $12 \pm 2,4$ года, при этом большинство пациенток имели повторные госпитализации (22 чел.), 4 человек – были госпитализированы трижды, 4 чел. – госпитализированы в первый раз.

Примечательным представлялся факт частичного или полного отрицания факта заболевания у респондентов, что представляется весьма закономерным и большинством исследователей обозначается термином «алкогольная анозогнозия» (Рыбакова Т.Г., 2012; Дудко Т.Н. с соавт., 2002; Яровинская А.В., 2011). Алкогольная анозогнозия является сложным клинико-психопатологическим и нейрофизиологическим феноменом, отражающим как преморбидные особенности «алкогольной личности», так и нейробиологические изменения «алкогольного мозга». «Алкогольная анозогнозия», как правило, сочетается с высокими показателями ауто- и гетероагрессии, что представляется закономерным результатом смещения зоны «конфликтных, фрустрирующих и обесценивающих» переживаний («я-алкоголик») в социально и психологически более приемлемую форму – «враждебности и/или вины»

Нами был использован многомерный опросник «Алкогольная анозогнозия» (Ю.В. Рыбакова, 2011), позволяющая выделить отдельные компоненты этого феномена. Данный психологический инструментальный позволяет оценить структуру отношения больного к своему заболеванию по следующим компонентам: 1) Неинформированность (НИ), 2) Непризнание отдельных симптомов заболевания (НС), 3) Непризнание заболевания в целом (НЗ), 4) Непризнание последствий заболевания (НПЗ), 5) Эмоциональное неприятие заболевания (ЭНЗ), 6) Несогласие с лечением (НЛ), 7) Непринятие трезвости (НТ). Кроме этого психометрическая оценка агрессивности проводилась с использованием теста Басса-Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) в адаптации А.К. Осницкого (1998), а так же Тест «Руки» (Hand-test) Э. Вагнера (1962).

Были выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) в компонентах анозогнозии в различных возрастных группах. Для женщин молодого возраста (19-35 лет) преобладающее значение имел компонент «эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) (5- (62,5 %) респондента этой группы), а так «непризнание симптомов заболевания» (НС) (2 – (25 %) респондента группы).

Для группы среднего возраста (36-60 лет) преобладающее значение имело: «не-принятие симптомов заболевания» (НС) – (11 чел. (62 %) – респондентов этой группы), «эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) – (3 чел.-17 %), а также «непризнание последствий заболевания» (НПЗ) – (3 чел. – 17 %).

Для пожилого возраста (свыше 61 года) на первое место выступает «непринятие симптомов заболевания» (НС) – 77 %, а так же «непризнание последствий заболевания» (НПЗ)- 69 %.

Среди показателей агрессии в группе женщин статистически достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены по индексам враждебности ($59 \pm 1,5$), «косвенной агрессии» ($61 \pm 2,1$) и «вины» ($86 \pm 1,1$) (тест Басса-Дарки), а так же «общего индекса агрессивности» («-3,6») (Hand-test). Обращают на себя внимание более высокие показатели агрессии у лиц женского пола в сравнении с мужчинами, что вероятней свидетельствует о более высоком уровне общей напряженности и тяжести частично осознаваемого страдания.

Полученные результаты убедительно доказывают необходимость интегрированного использования психофармакологических препаратов с доказанной эффективностью в сочетании с психотерапией, а так же формирования реабилитационных программ для разных возрастных женских групп, страдающих алкогольной зависимостью с учетом выявленной специфики многомерных биопсихосоциальных феноменов алкогольной анозогнозии и агрессивности.

ШОПОГОЛИЗМ КАК ФОРМА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Светличная Т.Г., Смирнова Е.А.

Архангельск, Череповец

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский университет Минздрава России,

БУЗ ВО Вологодский областной психоневрологический диспансер №1

Феномен аддикции и аддиктивного поведения привлекает внимание ученых на протяжении почти 5 столетий. Первое определение аддикции, данное в учебнике латинского языка в 1529 г., означало состояние человека, «подставленного подо что-то» или «посвященного чему-то». В настоящее время данный термин используется в значении «пристрастия к чему-либо», выступая синонимом понятия «зависимость». Широкое распространение различного рода зависимостей: как субстанциональных, так и несубстанциональных, стало одной из отличительных черт XXI века. При этом наибольшим распространением, разнообразием видов и быстрыми темпами развития характеризуется несубстанциональная (нехимическая, поведенческая) зависимость. В России ее первая классификация была предложена Ц.П. Короленко в 2001 г.

В современном обществе потребления особое место в совокупности различных видов несубстанциональной зависимости принадлежит шопоголизму. Шопоголизм означает неконтролируемое влечение к совершению покупок или трату денег при покупке ненужных вещей. Психологической основой для возникновения и массового распространения в социуме шопоголизма служит подверженность людей феномену спонтанного шопинга. Шопинг подразумевает не только покупку товаров, но и приобретение всего комплекса услуг, предоставляемых торгово-развлекательными центрами, включающих в свой ассортимент и различные развлечения (рестораны, кафе, кино, стадионы, ледовые катки и пр.). Ситуация усугубляется покупательским поведением большинства людей, склонных к совершению случайных импульсивных покупок, 70 % решений о которых ими принимается в магазине. Наиболее подверженными этому психосоциальному явлению являются женщины в возрасте 18-35 лет. Увлечение шопингом у них заключается в частых походах в магазин за покупками, которые сопровождаются состоянием эйфории и снятием внутреннего напряжения. При совершении покупок они не способны рационально мыслить, т. к. покупая что-либо, компенсируют нехватку внимания и общения. Только в это время они испытывают положительные эмоции, а в промежутках между покупками ощущают нарастающее напряжение, которое несколько ослабевает после совершения очередной покупки. Однако в последующем психологическое состояние снова ухудшается вследствие испытываемого ими чувства вины.

S.L. McElroy, P.E. Keck, K.A. Phillips описывают шопоголизм как заболевание, используя диагностические критерии обсессивно-компульсивного и аддиктивного расстройства. В сложных случаях шопоголизм сочетается с другими видами поведенческих аддикций и/или психических расстройств. Так, например, аддикцию к трате денег могут сопровождать аффективные расстройства, химическая или пищевая зависимости.

К диагностическим критериям магазинной зависимости А.Ю. Егоров, А.В. Голенков относят 4 параметра, для установления которой они считают достаточным наличие хотя бы одного из них:

- 1) появление внезапных, непреодолимых, навязчивых порывов к совершению бессмысленных покупок и приобретению ненужных вещей, возникающее необязательно в периоды гипомании или мании;
- 3) совершение покупок в состоянии ярко выраженного дистресса;
- 4) неадекватное увеличение времени пребывания в магазине;
- 4) несоответствие покупок реальным финансовым возможностям, влекущее за собой появление проблем в повседневной и профессиональной жизни, и, как следствие, усугубление финансового неблагополучия.

Н.В. Дмитриева, Ц.П. Короленко, Л.В. Левина диагностические критерии шопоголизма ограничивают сферой психологических переживаний:

- 1) компульсивность (или склонность к повторяющимся действиям) в совершении неконтролируемых покупок ненужных предметов, которые часто не могут быть оплачены;
- 2) растущее внутреннее напряжение, исчезающее после совершения очередной покупки;
- 3) ощущение радости при покупке, проходящее вскоре после ее совершения;
- 4) появление чувства вины после совершения покупки.

Формирование психологии шопоголизма начинается в детском возрасте в условиях нехватки родительского внимания и заботы. Замена родительской любви подарками вызывает появление у ребенка определенного рода неудовлетворенности. Во взрослой жизни это негативное чувство восполняется различными деструктивными способами: приемом алкоголя, наркотиков или совершением покупок. Альтернативный вариант развития ситуации заключается в появлении чрезмерного стремления к компенсации недостатка родительской любви, которую родители испытали в своем детстве, в отношении собственных детей. Такие родители задаривают своих детей подарками, выполняют все их детские капризы. Подобный паттерн поведения родителей отрицательно влияет как на них самих, так и на их детей. В психике последних закладываются предпосылки для возникновения в последующем той же аддикции. Одновременно формируется подмена любви к родителям любовью к подаркам. Сформировавшаяся в детстве модель отношений с родителями в дальнейшем определяет потребительское отношение к окружающим. Пристрастие к покупкам поддерживают низкая самооценка и/или страх перед решением сложных проблем. Для таких людей, как и всех других аддиктов, характерен широкий спектр негативных эмоций, связанных с наличием долгов, проблем во взаимоотношениях с семьей и даже законом. Положительные эмоции, вплоть до эйфории, они испытывают только в процессе совершения покупок. Собственные эмоции усиливаются положительными эмоциями продавцов, служащими компенсацией недостатка внимания и заботы со стороны близких. Однако совершение покупок лишь на некоторое время способно улучшить депрессивное состояние таких людей.

В процессе формирования шопоголизма Е.П. Пчелкина, Д.Ю. Бражник выделяют 3 этапа. На первом этапе человек совершает единичные покупки, сопровождающиеся положительными эмоциями, ощущением чувства удовольствия, однако это состояние не является зависимостью. Второй этап состоит в неконтролируемых, повторяющихся действиях по совершению покупок для получения испытываемых ранее при этом положительных эмоций. Последняя, третья стадия – стадия деградации личности, когда ущерб, нанесенный зависимостью, выражается в разрушенных межличностных отношениях, финансовых трудностях, противоправных действиях, депрессиях и неврозах.

Таким образом, шопоголизм как форма аддиктивного поведения представляет собой психопатологический процесс, характеризующийся всеми чертами нехимической зависимости. Причины формирования магазинной зависимости берут свое начало в раннем детстве при реализации неадекватной модели семейных взаимоотношений. Первоначально шопоголизм возникает как преимущественно психологическая проблема, в последующем она постепенно трансформируется в проблему медицинскую, к которой присоединяется целый комплекс социальных проблем. Психологическая, а затем и физическая патология, сопровождаемые постоянно углубляющимся социальным неблагополучием, выражаются в постоянно сменяющих друг друга трудных жизненных ситуациях. В результате трудная жизненная ситуация и медицинская патология взаимно усиливая друг друга, создают «порочный круг» социально-медицинских проблем, преимущественно разрешаемых медицинскими способами и средствами. Последнее обстоятельство, значительно расширяя спектр направлений медицинских вмешательств, существенно увеличивает масштабы медикализации современного социума. Вместе с тем, является совершенно ясным, что феномен шопоголизма не может быть преодолен применением лишь одних медицинских методов решения проблемы.

В таких условиях наиболее эффективным способом выхода из создавшегося положения является реализация программ по духовно-нравственному воспитанию общества. Их ожидаемым результатом является последовательное расширение и укрепление ценностно-смысловой сферы личности каждого человека, формирование способности к выстраиванию на основе традиционных моральных норм адекватного отношения к себе, другим людям и обществу в целом.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ: ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОГРАММЫ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЛУЖБ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Семенова Н.Д., Качаева М.А., Краснов В.Н.

Москва

*ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского»
Минздрава России, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова»*

Проблемы психического здоровья женщин в настоящее время выделяют в отдельное направление исследований и клинической практики. Еще в 1999 году лидеры изучения данной проблематики из Европы, Азии, Африки, Северной и Южной Америки и Австралии инициировали движение, в фокусе которого – психосоциальные, культурные и средовые факторы, вносящие вклад в психическое здоровье женщины. В нашей стране академик Т.Б. Дмитриева, будучи Министром здравоохранения Российской Федерации (1996-1998), неоднократно высказывала свои соображения на предмет того, чтобы в контексте охраны здоровья населения, проблему психического здоровья женщины – в ее междисциплинарном развороте – выделить в отдельное направление. Данная область ассимилирует, осваивает, практически перерабатывает достижения и опыт ряда наук. В этом смысле, область психического здоровья женщин нечувствительна к границам между дисциплинами, и в анализе данных исследователь выходит за пределы узкой профессиональной области, рассматривая предмет в более широком контексте. Так, гендерные различия (продемонстрированные на примере ряда психических заболеваний) – явились заслуживающей внимания парадигмой исследования взаимодействия биологических и психосоциальных факторов. Российскими специалистами накоплен большой материал по данной проблематике. Исследования охватывают биологические, социальные и личностные факторы, влияющие на психическое здоровье женщины. Единую панораму исследований и клинических разработок можно представить двумя взаимосвязанными разделами: 1. Структурные составляющие деятельности («наука», «клиника», «образование», «социально-просветительская деятельность»); 2. Направления деятельности, перекликающиеся с выделенными международным сообществом в качестве ключевых в разработке проблемы женского психического здоровья. Речь идет, прежде всего, о Стратегии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в отношении психического здоровья женщин, о международных подходах в предупреждении домашнего насилия. Речь идет также о документах, недавно представленных Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА): Положение ВПА о насилии со стороны полового партнёра и сексуальном насилии в отношении женщин, а также Международная программа ВПА для специалистов служб охраны психического здоровья по теме «Насилие со стороны полового партнёра и сексуальное насилие в отношении женщин». В докладе будут представлены цели данной программы, перечень компетенций для каждой из обучающихся групп (студенты-медики, психиатры-интерны, врачи-психиатры), а также большая подборка вспомогательных материалов или «ресурсов». Ресурс 1 – Руководство ВОЗ: Охрана здоровья женщин, подвергшихся насилию со стороны полового партнёра или сексуальному насилию – Руководство по клиническому ведению – Клинический справочник. Ресурс 2 – Аннотации ключевых исследований, ссылки на монографии, методические пособия и справочники, дополнительные учебные материалы. Ресурс 3 – Слайды по темам «Насилие в отношении полового партнёра» и «Сексуальное насилие». Ресурс 4 – Краткие описания случаев и руководство по клиническому разбору данных случаев. Ресурс 5 – Обучающие видеоматериалы. В целом, охрана психического здоровья женщины должна основываться на гендерно-сензитивном подходе, позволяющем нивелировать влияние дифференцирующих и стратифицирующих факторов – на процессы самореализации женщины и сбережение ее здоровья.

К ВОПРОСУ О «ГЕНДЕРНО-СЕНЗИТИВНЫХ» СТИМУЛАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПСИХИАТРИИ

Семенова Н.Д., Костюк Г.П., Карпенко О.А.

Москва

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского»
Минздрава России, Психиатрическая клиническая больница №3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ

Введение. «Гендерная сензитивность» психосоциальных вмешательств в настоящее время рассматривается как существенный индикатор качества психиатрической помощи в современном ее стандарте. При этом психосоциальные вмешательства следует рассматривать в широком контексте работы психиатрических служб, отраженном в эпидемиологических показателях.

Цель исследования. Изучить некоторые показатели психиатрических служб, с целью выявления гендерно-сензитивных мотивирующих стимулов как опоры психосоциальных воздействий.

Материалы и методы. Пилотажное исследование проводилось на базе Психиатрической клинической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского Департамента Здравоохранения г. Москвы (ПКБ №3). Проведен ретроспективный анализ социо-демографических и клинических характеристик пациентов, госпитализированных в 2016 году (n=5358). Дополнительно привлекались материалы групповых занятий с пациентами, которых направляли разные отделения больницы. Группы были гетерогенны по полу и возрасту.

Результаты и их обсуждение. Представлены показатели коечного фонда ПКБ №3 на момент исследования, а также эпидемиологические характеристики пациентов стационарных служб (мужчины, n=2891; женщины, n=2461) девяти возрастных групп и пяти диагностических категорий (F0, F00 – F05 и F06 – F07, F1, F2, F3, F4). Из всех представленных диагностических категорий была выделена группа F2 – Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства. Число пациентов, мужчин и женщин, в данной группе оказалось почти равным (n=1189 и n=1125, соответственно), однако в возрастной группе до 40 лет преобладали мужчины, тогда как в возрастной группе старше 50 лет преобладали женщины. На момент начала болезни женщины по возрасту оказались старше мужчин. Опора на дополнительный материал исследования – ведение занятий и супервизия занятий по психосоциальной терапии в смешанной по полу группе – дала возможность утвердиться в следующем: женщины показывали себя лучше в плане поведения по поиску помощи; активнее искали помощь, быстрее ее находили; в большей степени, чем мужчины, ориентировались на партнера (близкий человек, супруг). Самоотчеты женщин на предмет психотических симптомов лучше соотносились с объективными оценками, даваемыми врачом. Концепция болезни у женщин оказывалась более адекватной и в целом не требовала дополнительных психокоррекционных вмешательств. Пациенты-мужчины – по большинству параметров – составили весьма уязвимую категорию, и в плане психосоциальных вмешательств потребовали больших затрат. Сама болезнь как таковая, представляла собою разную ситуацию – для мужчин и для женщин. К моменту начала заболевания женщинам приходилось совладать с потерями во многих сферах: в отношениях с супругом (бывшим супругом), с детьми, в профессиональной сфере. Мужчины к моменту начала болезни в меньшей степени укореняли себя в вышеперечисленных сферах. То есть, фокус психосоциальной терапии шизофрении для женщин, а также ключевой мотивирующий посыл – это поддержание или возвращение утраченных в результате болезни, прежде освоенных ими ролей ('реабилитация'); тогда как для мужчин – это освоение определенных ролей впервые ('абилитация' плюс 'реабилитация'). В плане мотивирующих стимулов вмешательств, следует учитывать и влияние гендерного ролевого поведения: сам факт госпитализации для женщины, хозяйки и матери, представлял больший стресс, чем для мужчины (который мог быть полностью освобожден и отстранен от домашних забот и обязанностей). К развитию дополнительного, накладывающегося на госпитализацию, кризиса у женщин приводила именно ситуация сепарации от детей, что в последующем могло их удерживать от обращения за помощью в связи с началом нового обострения.

Заключение. В поиске «гендерно-сензитивных» стимулов психосоциальных вмешательств следует опираться на ряд психосоциальных факторов, что носят отчетливый отпечаток гендерных различий. Мотивация усиливается именно в тех «реабилитационных средах», что являются гендерно-сензитивными и удовлетворяют базовые психологические потребности пациентов.

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: СТЕПЕНЬ СФОРМИРОВАННОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЕ В БОЛЕЗНИ

Семенова Н.Д., Тихонова М.В.

Москва

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Минздрава России, ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова

Введение. Гендерные различия при шизофрении широко изучаются отечественными и зарубежными специалистами. У женщин, в сравнении с мужчинами, заболевание начинается позже и имеет более позитивный прогноз, женщины лучше реагируют на антипсихотическую терапию, демонстрируют лучший комплаенс и т.п. Вместе с тем, важно изучать не только заболеваемость, течение и результативность терапии у мужчин и женщин, но и те особенности развития личности, что связаны с явлениями половой дифференциации, с психологическими механизмами дифференцирующих факторов и их влиянием на процессы личностно-социального восстановления (recovery). Среди таких явлений – особенности и степень сформированности гендерной идентичности, и ее связь с адаптацией к условиям заболевания.

Цель исследования – изучение некоторых аспектов психосексуальной и личностной сферы больных шизофренией, а именно: различий в степени сформированности гендерной идентичности и в способах адаптации к условиям заболевания у мужчин и женщин.

Материалы и методы. Использовались клинико-психологический и экспериментально-психологический методы, а также количественный, качественный и математико-статистический анализ данных. Экспериментально-психологический метод представлен следующими методиками: 1) «Маскулинность, феминность и гендерный тип личности», российский аналог опросника Bem Sex Role Inventory (BSRI); 2) «Рисунок человека» К. Махвер; 3) «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкман, Ways of Coping Questionnaire (WCQ) в русскоязычной адаптации; 4) диагностика типа отношения к болезни (ТОБОЛ) Вассермана Л.И. с соавт. 1987.

В исследовании приняли участие больные параноидной шизофренией (n=20), находящиеся в ремиссии и проходящие амбулаторное лечение на базе Психиатрической клинической больницы № 3 им. В.А. Гиляровского Департамента Здравоохранения г. Москвы.

Выборка была разделена на две равные, но различающиеся по полу группы: 10 женщин 41,6±10,5 лет со средней длительностью заболевания 13,9±11 лет, 50 % из них – незамужние, 30 % – разведенные, 20 % – состоящие в браке; 10 мужчин 38,5±8,6 лет со средней длительностью заболевания 13,6±11,9 лет, 70 % из них – холостые, 20 % – разведенные, 10 % – состоящие в браке.

Результаты и их обсуждение. Межгрупповое сравнение количественных и качественных данных и их статистическая обработка с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни (для выявления различий между независимыми переменными по уровню выраженности количественного признака), показали следующее.

По данным методики BSRI – у всех респондентов-мужчин и у всех респондентов-женщин выявлен андрогинный тип полоролевой акцентуации. Однако средний показатель в мужской группе составил 0,139, тогда как в женской группе он составил 0,422. У мужчин отмечено незначительное преобладание феминных качеств в рамках общей андрогинии. У женщин феминные качества преобладают.

Результаты методики «Рисунок человека» показали, что в группе женщин-респондентов качество прорисовки фигур (женской и мужской) оказалось выше, чем в группе мужчин. Несоответствия телесных параметров фигуры полу в женской группе чаще компенсировалось привлечением соответствующих деталей. В мужской группе фигуры носили формальный характер, отличались низкой детализированностью. Большинство мужчин-респондентов рисовали «механистические» фигуры человечков без признаков, указывающих на пол, либо заменяли мужскую и женскую фигуры их абстрактными обозначениями (геометрические фигуры, символы). Гендерные установки в обеих выборках характеризовались эмоциональной холодностью и закрытостью в отношении межполовых отношений («Индифферентность» и «Независимость»). В группе мужчин превалировала установка «Индифферентность», свидетельствующая о диффузности и недостаточной оформленности гендерной идентичности, что может указывать либо на снижение, либо на изначальную несформированность понятий маскулинности и феминности. Присутствие установки «Опора» только в женской группе показывает, что сформированность и дифференцированность гендерной идентичности у женщин, больных шизофренией, встречается чаще, и данная установка направлена на построение партнерских и дружеских отношений.

Гендерные различия в стратегиях адаптации к условиям заболевания изучались на примере копинг-механизмов и типов отношения к болезни. Сравнение копинг-стратегий мужской и женской выборки показало следующее. В женской выборке были распространены такие копинг-стратегии как «Поиск социальной поддержки» (позволяющий эффективно восполнять эмоциональные ресурсы за счет одобрения либо снятия с себя части ответственности) и «Положительная переоценка» (направленная на эмоциональную переработку ситуации и эффективная в тех случаях, когда субъект не способен контролировать результат). То есть, для женщин, больных шизофренией, характерны копинги, направленные на конструктивную адаптацию к ситуации болезни. Сравнение типов отношения к болезни у мужчин и женщин показало следующее. Женской выборке в большей степени свойственен эргопатический тип отношения к болезни, тогда как в мужской выборке каких-либо определенных предпочтений не наблюдалось. Адаптация к заболеванию у женщин чаще сопровождалась «уходом в работу», стеничным поведением, нацеленным на реализацию себя в профессиональной или учебной деятельности, иногда даже в ущерб адекватному лечению. Это, предположительно, позволяло женщинам, больным шизофренией, лучше социально адаптироваться.

Ограничением данного исследования является малый объем выборки.

Заключение. Показано, что женщины, больные шизофренией, имеют более дифференцированную и адекватную гендерную идентичность по сравнению с мужчинами; а также более эффективный паттерн поведения (на примере копинг-стратегий и типа отношения к болезни), связанного с адаптацией к условиям заболевания.

Выявлено, что мужчины чаще имеют диффузную и несформированную гендерную идентичность. В отличие от женщин, имеющих в целом конгруэнтную гендерную идентичность, мужчины проявляют тенденцию к феминизации полоролевого поведения. С этим напрямую может быть связано и развитие в последующем гендерной дисфории, приводящей, согласно исследованиям, к усилению маргинализации данной категории лиц в обществе (включая доступ к помощи и лечению) и высокими рейтингами суицидов.

Полученные данные подтверждают теорию о соответствии биологического пола и типа гендерной идентичности – как прогностически благоприятном факторе в отношении течения заболеваний у женщин.

Результаты исследования позволяют дополнить представления о необходимости гендерно-сензитивного подхода к психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БРЕМЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДДИКТА ДЛЯ ЖЕНЩИН В СЕМЬЕ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Соловьева Е.В.

Ростов-на-Дону

ГБУ Ростовской области «Наркологический диспансер»

Введение. В данной статье отображен опыт/результат восьмилетней работы с родственниками химически зависимых (аддиктов) пациентов.

Родительские ролевые модели поведения формируют коммуникативные навыки через межличностные отношения в семье. В семьях химически зависимых пациентов они деструктивные и используются как способ справиться со страхом, чувством вины или тревоги. Результатом таких отношений человек оказывается неспособным определить, принять и реализовать в поведении эффективные методы коммуникаций, следовать поставленной цели типичным образом, характерным для общества, через безопасные модели поведения. Методы, повышающие эффективность в лечении/реабилитации химически зависимых пациентов, используют межличностные отношения семьи, как значимый сегмент.

Цель исследования: выявить методы, повышающие эффективность в лечении и реабилитации химически зависимых пациентов.

Материалы и методы. В психо-коррекционном процессе находились 12 матерей химически зависимых пациентов. Все женщины в родительских семьях получили психотравмирующий опыт, высказывают одинаковые жалобы, условно разделенные на три группы: 1. Отсутствие контроля над чувствами страха, вины, тревоги. 2. Трудности в реализации принятых решений. 3. Конфликтные отношения. Для работы с пациентами использовались генограмма и подробный семейный анамнез, который позволил провести диагностику сформированных отношений, определить специфические аддитивные бонусы и пусковые

механизмы, показывающие способ переключения в семье с одной аддикции на другую. Экспериментально-психологическое тестирование эмоционального интеллекта родственников производилось с помощью: тест Н. Холла, методика «ЭМИН» Д.В Люсина, опросник Л. Г. Почебут на агрессивность, тест-опросник К. Томаса.

Результаты и обсуждение исследования. В ходе исследования удалось установить, что осознание процесса аддиктивного поведения существенно влияют на мотивацию и веру в возможные изменения. Это увеличивает успех лечения и реабилитации семьи, как системы, поддерживающей химическую зависимость пациентов.

Полученные результаты диагностики эмоционального интеллекта родственников показывают, что у 70 % от всех обследованных – низкий интеллект, проявление бескомпромиссности наблюдалось у 63,4 %, вспыльчивость у 81,2 %, обидчивость у 68,9 %, подозрительность у 58,5 %, высокий уровень агрессии у 89,6 % говорит о конфликтных отношениях, это же подтверждается на сеансах психотерапии. Таким образом группа участников программы имеет низкий уровень адаптивности и стрессоустойчивости, высокий уровень конфликтности. В статье изложен практический опыт психо-коррекционной программы преодоления психологических последствий конфликта, улучшающих отношения в семье. Этот факт является базовым в возникновении заболевания и выздоровления пациента с химической зависимостью.

Выбранная программа соответствует поставленной цели: научиться контролировать чувства страха, вины, тревоги; повысить личную функциональность коммуникаций (слушать, слышать, четко, кратко и, по существу, говорить) и эффективности взаимодействия в семейных отношениях. Формирование условия – доверие. Программа состоит из шести блоков и пяти частей.

Блоки делятся на личностный, уровень зрелости, другие люди, сопротивление, цели и ценности. Каждый блок имеет части: диагностическую, теоретическую, практическую, итоговую, закрепительную. Блоки и части программы связаны между собой информационно, изменяемы относительно полученной информации, имеют временные границы, возможные дополнения и критерии завершения. Все это допускается с разрешения и по мере готовности участников программы.

Заключение: в результате проделанной работы 90 % научились контролировать чувства и использовать их в нужное для них время и месте. Ушли тревога и напряжение, появилось взаимопонимание, доверие и возможность управлять стрессом. Повысилась личная эффективность внутри семьи и произошли изменения, расцениваемые участниками как личностный рост и успех. Итогом такой работы явились изменения внутрисемейных отношений. Произошли изменения и у их химически зависимых детей. Из которых: 5 – вышли в стойкую ремиссию и социализацию, 2 – находятся в поддерживающем пространстве (группы АН) с средним потенциалом срыва, 3 сепарировались и уехали жить в другие города, 2 находятся с высоким потенциалом срыва, но проявляют интерес к личному выздоровлению.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Солохина Т.А., Тюменкова Г.В.

Москва

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Одной из важных составляющих кадрового потенциала является здоровье персонала, к которому в медицине предъявляют высокие требования, особенно в специальностях, связанных с профессиональными вредностями и опасными условиями труда. К числу таких специальностей относится и психиатрия.

Большое значение в психиатрических учреждениях принадлежит среднему медицинскому персоналу. Новые методы лечения, лекарственные препараты не смогут оказать полноценного лечебного действия, если в отделении плохо организована работа медицинских сестер. Особые условия труда, требования к работе и короткая социальная дистанция «медицинская сестра – пациент» обуславливают сильное влияние как объективных, так и субъективных факторов, которые могут вызывать нарастающее чувство неудовлетворенности, способствовать накоплению усталости, что в свою очередь приводит к высокому риску возникновения синдрома эмоционального выгорания и нарушению профессионального здоровья, которое включает как физическую, так и психическую составляющие. Одним из критериев оценки состояния здоровья может служить показатель качества жизни (КЖ). В настоящее время КЖ, связанное со здоровьем, рассматривается как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии.

Цель исследования – оценить качество жизни медицинских сестер психиатрического стационара, выявить влияющие на него факторы и разработать меры по повышению качества жизни указанной категории медицинского персонала.

Материалы и методы исследования. В исследовании, проведенном на базе психиатрической больницы № 14 г. Москвы (филиал (филиал ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы), приняли участие 200 медицинских сестер, средний возраст которых составил $40,08 \pm 10,24$ года.

Субъективная оценка КЖ проводилась с помощью опросника SF-36 (J.E. Ware et al., 1993) по 8 шкалам с применением сравнительного и кластерного анализов. Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение показателя равно 100. Чем выше показатель по каждой шкале, тем лучше КЖ по этому параметру. Сравнительный анализ показателей КЖ медицинских сестер проводился с врачами-психиатрами (45 чел.) данного учреждения и с популяционной группой, включающей 3344 жителей 5 крупных городов центральной части России (В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Коршунов и соавт., 2008).

Результаты. Проведенный анализ не выявил статистически значимых различий между показателями качества жизни медицинских сестер по сравнению с врачами-психиатрами, за исключением более низких показателей у медицинских сестер по шкале «физическое функционирование» ($p < 0,0001$). При сравнении показателей КЖ медицинских сестер с показателями популяционной группы ($n=3344$) у медицинских сестер по большинству шкал опросника, за исключением шкал «жизнеспособность» и «общее состояние здоровья», показатели оказались достоверно более высокими. Вместе с тем, средние значения показателей КЖ медицинских сестер, равно, как и показатели популяционной группы, значительно отличались от 100 % уровня «идеального» здоровья», особенно по шкалам «жизнеспособность» ($57,07 \pm 19,35$ и $55,15 \pm 21,97$, соответственно), «психическое здоровье» ($62,50 \pm 16,54$ и $58,8 \pm 19,97$, соответственно) и «общее здоровье» ($59,26 \pm 15,88$ и $56,56 \pm 19,35$, соответственно).

Факторный анализ влияния различных переменных на показатели КЖ медицинских сестер позволил выявить статистически достоверную разницу в оценке качества жизни в зависимости от стажа работы в психиатрии, семейного положения, возраста и пола. Так, персонал мужского пола имел лучшие показатели КЖ по шкалам «физическое функционирование» ($p=0,003$) и «жизнеспособность» ($p=0,028$), а персонал женского пола имел более высокие показатели по шкале «телесная боль» ($p=0,019$).

Было установлено, что на показатели КЖ медицинских сестер статистически значимое влияние оказывает возраст. Показатели КЖ медицинских сестер в возрастной категории до 30 лет оказались более высокими по сравнению с возрастной категорией 41-50 лет по шкалам «физическое функционирование» ($p=0,025$), «ролевое физическое функционирование» ($p=0,0009$), «общее состояние здоровья» ($p=0,0011$), а по сравнению с возрастной категорией старше 51 года лишь по шкале «общее состояние здоровья» ($p=0,02$). Показатели КЖ медицинских сестер по шкале «социальное функционирование» изменялись в зависимости от стажа работы в психиатрии: они были ниже у лиц со стажем работы в психиатрии от 1 до 5 лет, по сравнению с аналогичным показателем у медицинских сестер, стаж которых составлял более 5 лет ($p=0,044$). Кроме того, было выявлено влияние семейного положения респондентов на оценку КЖ по шкалам «психическое здоровье» и «физическое функционирование». По шкале «психическое здоровье» наиболее высокие показатели КЖ оказались у незамужних медицинских сестер, более низкие показатели были у тех, кто состоял в браке и наиболее низкие показатели зафиксированы у вдов и разведенных. По шкале «физическое функционирование» высокие показатели отмечались у медицинских сестер, не состоящих в браке, несколько ниже – у лиц, состоящих в браке, и самыми низкими они были у вдов и разведенных ($p=0,042$).

Кластерный анализ позволил выделить группу медицинского персонала, КЖ которого оказалось ниже, чем в общей популяции, практически по всем шкалам опросника. Эту группу составили медицинские сестры в возрасте от 31 до 50 лет и стажем работы в психиатрии более 10 лет. В этой группе показатель по шкале «ролевое физическое функционирование» составил $32,54 \pm 26,80$, «общее состояние здоровья» – $47,40 \pm 11,87$, «жизнестойкость» – $48,57 \pm 17,26$, «психическое здоровье» – $55,68 \pm 12,66$.

Заключение. Результаты исследования позволили выявить уязвимые группы медицинских сестер, КЖ которых ниже показателей популяционной группы. С учетом этого, необходима комплексная программа повышения КЖ средних медицинских работников психиатрических стационаров, которая должна включать: разработку и внедрение в психиатрических учреждениях оздоровительных программ, способствующих профилактике эмоционального выгорания и улучшению здоровья работников; непрерывное повышение профессионального и образовательного уровня средних медицинских работников; улучшение условий труда и социально-психологического климата в учреждении; проведение периодических выборочных обследований качества жизни медицинского персонала; активное использование психологических методов

для психо-эмоциональной поддержки персонала; развитие бригадных форм работы и внедрение реабилитационных технологий. К числу мероприятий, способствующих повышению КЖ и профилактике эмоционального выгорания относятся также обсуждение реальных трудностей и типичных фрустрирующих ситуаций, возникающих при общении с больными и их родственниками; обучение сотрудников техникам преодоления этих проблем, навыкам коммуникации с больными и их родственниками; регулярные собрания и конференции с персоналом и обсуждение специфики работы с психически больными. Низкие показатели качества жизни по шкале «социальное функционирование» у медицинских сестер в возрасте до 30 лет и стажем работы от 1 года до 5 лет требуют внимания к этапу адаптации молодых специалистов: вместе с предъявлением высоких профессиональных требований к ним, необходимо адекватное отношение к отсутствию у них опыта, при этом следует акцентировать внимание не только на обучении, но и на психологической поддержке коллег, развитии командных форм работы, где есть место наставничеству и кураторству молодых специалистов.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ, С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ СТАТУСОМ

Станько Э.П., Игумнов С.А.

Гродно, Республика Беларусь; Москва

Гродненский государственный медицинский университет» ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского

Цель настоящего исследования – изучение медико-социальных характеристик ВИЧ-положительных (ВПН) и ВИЧ-негативных (ВНН) женщин, употребляющих инъекционные наркотики (опиоидной группы) (ЖУИН).

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование проводилось в рамках выполнения Государственной программы научных исследований Республики Беларусь «Фундаментальная и прикладная медицина и фармация» по заданию «Разработать критерии клинико-социального функционирования, оценить качество жизни и дезадаптацию потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), страдающих различными стадиями ВИЧ-инфекции» (№ госрегистрации 20101548), при научно-методическом обеспечении Научно-исследовательского института наркологии (с 2017 г. – Национального научного центра наркологии) – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России. Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP, по протоколу с использованием индивидуальной регистрационной карты учета данных. Для проведения исследования была разработана индивидуальная регистрационная карта, включающая вопросы, содержащие медико-социальные аспекты функционирования ЖУИН. Дизайн исследования определен как аналитическое сочетанное (кросс-секционное и лонгитудинальное) исследование с регулярным мониторингом (6-кратным) отслеживаемых параметров до и после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения.

Обследовано 217 пациентов женского пола с зависимостью от опиоидов, проживающих в Республике Беларусь. Обследованные лица были рандомизированы на 2 группы: 1-я группа – 104 ВПН среднего возраста 30,8 (SD=4,86) лет и 2-я группа – 113 ВНН среднего возраста 29,9 (SD=6,67) лет. Средний возраст инфицирования ВИЧ в группе ВПН находился в пределах Me 24,0 (21,0-27,0).

Основной метод исследования – клинический, позволяющий выявить и оценить клинические проявления и течение заболевания у ВПН и ВНН, методология которого была комплексной и стандартной, предусматривала структурированное диагностическое психиатрическое интервью, предполагающее исследование базисных параметров болезни у пациентов основной группы и группы сравнения с выявлением значимых различий, сбор анамнеза, жалоб и соматоневрологическое обследование. Дополнительными методами изучения функционального состояния ЖУИН были психологическое и социологическое исследования, результаты которых являлись вспомогательной частью клинического наблюдения и служили дополнительным инструментом для анализа течения наркозависимости у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Для исследования у ЖУИН удовлетворенности качеством жизни (КЖ) применялся опросник SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey); для психопатологической оценки – опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised); для количественной оценки аддиктивного влечения (влечения к наркотику – ВН) использована клиническая шкала определения тяжести ВН [Чирко В. В., 2005]; с целью определения глубины нарушений социального функционирования (СФ), вызванной болезнью, – шкала оценки СФ пациентов с синдромом зависимости (ШСФ) [Бойко Е. О., 2009].

Результаты. Проведенное исследование показало, что собственной семьи не имели 49/47,1 % ВПН и 48/42,4 % ВНН. Состояли в первичном браке 31/29,8 % ВПН и 37/32,7 % ВНН, повторном – 13/12,5 % ВПН и 14/12,3 % ВНН, в продолжительных незарегистрированных отношениях – 18/17,3 % ВПН и 19/16,8 % ВНН. В разводе находились 20/19,2 % ВПН и 24/21,2 % ВНН. Имели детей 72/69,2 % ВПН и 73/64,6 % ВНН. Проживали с собственной семьей 31/29,8 % ВПН и 37/32,7 % ВНН. Большую часть времени проводили среди малознакомых людей, приходили домой лишь для ночевки 21/20,1 % ВПН и 9/7,6 % ВНН.

Обстановка в семье характеризовалась доминированием конфликтных отношений у 84/80,7 % ВПН и 69/61,0 % ВНН, злоупотреблением алкоголем родителей или одним из них – 18/17,3 % ВПН и 16/14,1 % ВНН, отсутствием достаточных средств к существованию, низким уровнем доходов в семье – 57/54,8 % ВПН и 45/39,8 % ВНН, развод родителей – 24/23,1 % ВПН и 32/28,3 % ВНН.

Возраст начала первых проб наркотика составил 18,1 (SD=3,4) у ВПН и 20,4 (SD=4,8) лет у ВНН. Опиаты и опиоиды были основным потребляемым наркотиком у 77/74,0 % ВПН и 93/82,3 % ВНН.

Основным способом приема наркотика у 84/80,7 % ВПН и 103/91,1 % ВНН был только инъекционный. На сочетание различных способов введения наркотиков указали 9/8,6 % ВПН и 1/0,8 % ВНН. При этом, не одноразовыми шприцами/иглами пользовались 46/44,2 % ВПН и 11/9,7 % ВНН, игнорировали соблюдение стерильности наркотика или емкости, в которой он находился 68/65,3 % ВПН и 53/46,9 % ВНН. Влечение к потреблению наркотиков у 33/31,7 % ВПН и 60/53,1 % ВНН было ситуационным, при попадании в привычную обстановку, у 16/15,3 % ВПН – ситуационным, обусловленным «двойной стигматизацией», у 42/40,3 % ВПН и 55/48,6 % ВНН – обсессивным, обостряющимся в конфликтных ситуациях, у 68/65,3 % ВПН и 42/37,1 % ВНН – компульсивным с направленным поиском наркотика или его заменителя, стремлением к контактам с другими наркопотребителями для получения наркотика, у 16/15,3 % ВПН и 16/14,1 % ВНН – компульсивным с выраженным поведенческим компонентом с внутренней напряженностью, возбудимостью и повышенной раздражительностью.

Измененные формы наркотического опьянения в виде преобладания сниженного настроения, тоски наблюдались у 18/17,3 % ВПН, дисфории и раздражительности – у 4/3,8 % ВПН, агрессивности на фоне эмоционального возбуждения – 5/4,8 % ВПН и 1/0,8 % ВНН, демонстративных суицидальных тенденций – 2/1,9 % ВПН. Преобладающей симптоматикой у 70/67,3 % ВПН и 78/69,0 % ВНН в постабстинентном состоянии была астеническая с общей слабостью, недомоганием, тошнотой, головокружением, у 28/26,9 % ВПН и 20/17,6 % ВНН доминировали поведенческие расстройства, у 21/20,1 % ВПН и 15/13,2 % ВНН – аспонтанность.

Опыт прохождения реабилитационных программ у подавляющего большинства ЖУИН (82/78,8 % ВПН и 90/79,6 % ВНН) отсутствовал. В государственном центре учреждения здравоохранения реабилитацию прошли 4/3,8 % ВПН и 14/12,3 % ВНН, в центре, созданном неправительственными общественными организациями – 4/3,8 % ВПН и 1/0,8 % ВНН, в центре, созданном христианскими миссиями – 4/3,8 % ВПН и 5/4,4 % ВНН, в коммерческом реабилитационном центре – 10/9,6 % ВПН и 1/0,8 % ВНН.

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают, что большинство женщин, употребляющих инъекционные наркотики опиоидной группы, характеризуются высоким уровнем нарушений социального функционирования, включая бытовые, социальные и профессиональные обязанности, при этом у ЖУИН с положительным ВИЧ-статусом данные проблемы выражены в большей степени. Данный контингент пациентов нуждается в разработке специальной тактики ведения, учитывающей их медико-социальные особенности и нужды, включая разработку долговременных комплексных лечебно-реабилитационных программ.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Стеняева Н.Н.¹, Хритинин Д.Ф.², Чаусов А.А.¹, Григорьев В.Ю.¹

Москва

¹ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, ²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Цель исследования: изучить психопатологические особенности сексуальных дисфункций у женщин с бесплодием в программах ВРТ для разработки лечебно-реабилитационных мероприятий и повышения качества жизни в паре.

Материал и методы. Проведено открытое сплошное сравнительное исследование сексуального здоровья, психопатологических особенностей и личностных характеристик 589 женщин, обратившихся в ФГБУ «НМИЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России по поводу бесплодия для прохождения программ ВРТ в 2013-2017 гг. Применялись клинико-психопатологический, клинико-сексологический и психометрический методы.

Результаты. Согласно данным клинико-психопатологического обследования у 347 (58,9 %), пациенток, включенных в исследование, выявлены психические расстройства непсихотического уровня, среди них преобладали тревожные расстройства (28,0 %). Они формировались на фоне длительного хронического стресса в связи с бесплодием, неудачными попытками его преодоления; служебных, семейных, финансовых трудностей; вследствие затрат большого количества времени на посещение лечебных учреждений и значительных материальных расходов при прохождении обследования и лечения. Психотравмирующими факторами, наряду с бесплодием, являлись дезадаптация межличностных отношений в связи с разочарованностью партнера текущими жизненными обстоятельствами. Кроме того, важным дезадаптирующим фактором было существенное изменение социального положения – уход с работы из-за невозможности совмещения с лечением, полная финансовая зависимость от партнера. После проведенного клинико-сексологического обследования с использованием опросника ИЖСФ пациентки были разделены на три группы: 1 группа – 108 человек с клинически выраженной сексуальной дисфункцией и общим баллом ИЖСФ < 26,55, 2 группа – 76 пациенток с латентными формами сексуальной дисфункции и общим баллом ИЖСФ < 26,55, 3 группа (сравнения) – 405 пациенток без сексуальных дисфункций с общим баллом ИЖСФ > 26,55. На основании анализа полученных результатов были выявлены психические расстройства непсихотического уровня у пациенток с сексуальными дисфункциями (группа 1) в 100 % случаев, у пациенток с латентными формами сексуальных дисфункций (группа 2) – в 75,0 % случаев, а у пациенток без сексуальных расстройств, составивших группу сравнения, (группа 3) – в 44,9 % случаев. У всех пациенток с сексуальной дисфункцией (группа 1) обнаруживались пограничные психические расстройства, синдромальная характеристика которых определялась в основном тревожно-астеническим, тревожно-депрессивным и тревожно-ипохондрическим вариантами в рамках невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F 4). Тревожные расстройства (F 41) были выявлены у 28,0 % исследованных пациенток (всего – 589 человек), из них генерализованное тревожное расстройство (F 41.1) у 13,7 %, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2) у 9,5 %, паническое расстройство (F 41.0) у 4,8 %. Доминирующими признаками у пациенток данной группы являлись психические и соматические симптомы тревоги, сочетавшиеся с симптомами депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства, диссоциативного расстройства, соматизированного расстройства. Сексуальные дисфункции у пациенток данной группы преимущественно имели вторичный характер, ведущим сексологическим расстройством являлось снижение либидо и расстройства оргазма. Они высказывали жалобы на снижение интереса к половой жизни, вынужденный характер интимных отношений, утрату яркости сексуальных переживаний, утрату или невыразительность оргастических ощущений. При недифференцированном соматоформном расстройстве (F 45.1) 5,8 % у обследованных наблюдались разнообразные соматические феномены в различных частях тела (головная боль, боль в эпигастрии, в спине, в шее нарушения стула, чувство тошноты, тяжести в эпигастральной области, отрыжка, ощущение кома в горле, сердцебиение и прочее), которые представляли собой стертые, неярые проявления сенестопатии. Среди них преобладала разной степени выраженности тазовая боль, не объяснявшаяся наличием заболеваний (например, эндометриозом), постоянная либо периодическая, связанная с менструацией, с дефекацией или с мочеиспусканием. Соматические феномены усиливались во время эмоционального

напряжения при контактах с врачами, проведении процедур ВРТ, ожидании результатов, конфликтах с близкими. Сексологическая симптоматика также была разнообразной с вовлечением всех составляющих сексуальной функции – нарушения влечения и возбуждения, расстройств оргазма, нарушения генитальной реакции, диспареунии и сексуальной дисгармонии в паре. При ипохондрическом расстройстве (F45.2), выявленном у 6,9 % пациенток, обнаруживались выраженная фиксация на патологических телесных ощущениях, формирование идей о своем здоровье, сочетавшихся с тревожно-депрессивными нарушениями, сужением круга интересов, социальной дезадаптацией, постепенной дезактуализацией половой жизни, сексуальной ангедонией. Гормональная подготовка в программах ВРТ, процедуры забора яйцеклеток, переноса эмбрионов в полость матки вызывали тягостные переживания у пациенток, они высказывали многочисленные жалобы на телесные сенсации, среди которых доминировали болевые ощущения внизу живота, гастроинтестинальные симптомы (вздутие живота, тошнота, нарушения стула). Для пациенток данной группы среди сексологических дисфункций было характерно формирование недостаточности генитальной реакции, глубокой и поверхностной форм диспареунии. При неврастенических расстройствах (F48.0) у 5,6 % пациенток наблюдались астенические проявления в виде общей слабости, эмоциональной неустойчивости, раздражительности, конфликтности, несдержанности, плаксивости, истощаемости, чувства беспомощности. Помимо астенической симптоматики у пациенток выявлялись нерезко выраженные симптомы тревоги, легкая степень депрессии, обнаруживалась фиксация на психотравмирующих обстоятельствах, пессимистическое видение перспективы будущего. В отношениях с партнером у пациенток отмечалась постепенно нарастающая дистанцированность, дезадаптация межличностных отношений, что в результате в сочетании с сексуальной дисгармонией в ряде случаев приводило к разрыву отношений. Преобладающими сексуальными дисфункциями у пациенток данной группы были расстройства возбуждения и lubricации, следует отметить, что при этом не формировались выраженные болевые сексуальные дисфункции. Расстройства адаптации (F 43.2) обнаруживались у 12,6 % пациенток, преимущественно в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции, а у 8,3 % наблюдались психологические реакции тревожно-депрессивного спектра. Формирование расстройства происходило на фоне выраженного дистресса, связанного с обстоятельствами жизни, трудностями лечения бесплодия, недостаточностью материальных ресурсов, ухудшения межличностных отношений с партнером. Состояние пациенток характеризовалось наличием симптомов тревоги, депрессии, эмоциональной неустойчивости, дисфории, снижением самооценки, формированием идей отношения. Сексуальные дисфункции у пациенток данной группы возникали вторично, преимущественно были представлены расстройством либидо, расстройством возбуждения и расстройством оргазма, были кратковременными. Нередко сексологическую симптоматику можно было рассматривать как адаптивную реакцию на текущие жизненные обстоятельства. При сравнительном анализе результатов опросников МЛТ и SCL-90 выявлены статистически значимо отличающиеся характеристики пациенток с сексуальными дисфункциями: низкие показатели доменов «экстрверсия», «толерантность к фрустрации» и высокие модальностей «эзотерические тенденции», «невротизм», «навязчивость», «сенситивность», «депрессия», «тревожность», «враждебность», «психотизм», установлены положительные и отрицательные корреляционные связи между ними ($p < 0,05$).

Заключение. Изученные особенности психопатологической структуры сексуальных дисфункций у женщин при бесплодии необходимы для разработки дифференцированной тактики проведения лечебно-реабилитационных мероприятий и повышения качества жизни в супружеской паре.

СЕКСУАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Стеняева Н.Н.¹, Хритинин Д.Ф.², Чаусов А.А.¹, Григорьев В.Ю.¹

Москва

¹ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава России, ²ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Цель исследования: изучить особенности сексуального функционирования, выявить сексуальные дисфункции и оценить потребность в сексологической помощи для повышения качества жизни у женщин с бесплодием в программах ВРТ.

Материал и методы. С помощью клинического интервью и опросника “Female Sexual Function Index”, (FSFI) проведено сравнительное исследование сексуальной функции 1071 женщины, из них 329 женщин с бесплодием и 722 женщины, обратившихся для прохождения амбулаторного гинекологического осмотра в ФГБУ «НМИЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.

Результаты. У 24,01 % женщин с бесплодием общий балл ИЖСФ (FSFI) соответствовал показателям при наличии клинически значимых нарушений ($\Sigma < 26,55$). Сексуальные дисфункции выявлены у 16,1 % женщин с бесплодием, в их структуре преобладали расстройство либидо (84,9 %), диспареуния (30,2 %), оргазмическая дисфункция (13,2 %). Также выявлены латентные формы сексуальных дисфункций, клинические симптомы которых не вызывали стресс на момент обследования. Установлено, что в группе 1 в подгруппе с наличием клинически значимых сексуальных нарушений ($\Sigma < 26,55$) в сравнении с аналогичной подгруппой в группе 2 статистически значимо выше показатели по доменам «оргазм» ($p=0,011$) и «удовлетворение» ($p=0,035$), однако ниже, на уровне тенденции, по домену «желание» ($p=0,181$). В обеих группах в подгруппах с отсутствием клинически значимых сексуальных нарушений ($\Sigma > 26,55$) результаты по всем доменам ИЖСФ (FSFI) – «желание», «возбуждение», «любрикация», «оргазм», «удовлетворенность» – статистически не отличались. Исключением оказались более высокие результаты по домену «боль» в группе 1 ($p=0,013$). Анализ самооценки сексуального здоровья участницами исследования в подгруппах с отсутствием клинически значимых нарушений ($\Sigma > 26,55$) показал, что из них только 77,2 % в группе 1 и 59,6 % в группе 2 отрицали наличие сексуальных расстройств; считали, что имеют проблемы с сексуальным здоровьем 4,8 % в группе 1 и 9,2 % в группе 2; сомневались – 18,0 % в группе 1 и 31,2 % в группе 2. Было установлено, что в целом в группе 1 в сравнении с группой 2 статистически значимо была ниже готовность обращения за специализированной помощью, несмотря на низкие показатели сексуального функционирования ($\Sigma < 26,55$), ($P=0,046$). Аналогичные результаты мы получили и при высоких показателях общей оценки ИЖСФ (FSFI) ($\Sigma > 26,55$), ($P=0,00$).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало высокую потребность в лечебной и профилактической сексологической помощи для повышения качества жизни у женщин с бесплодием.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К ДРУГИМ ЛЮДЯМ У ЖЕНЩИН С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ

Титова М.Д., Захарова М.Л.

Санкт-Петербург
СПбГПМУ

Введение. ВИЧ – стигматизирующее заболевание, которое остается с человеком на всю жизнь, превращая ее в череду стрессовых ситуаций и негативных переживаний. Исследования показывают, что у женщин, имеющих ВИЧ-положительный статус, повышается критичность к себе, появляется тревога в ситуациях социального взаимодействия, растет риск развития тяжелых депрессивных состояний. В связи с этим, представляется важным осуществление профессиональной помощи женщинам с ВИЧ-положительным ста-

тусом с целью формирования позитивного принимающего самоотношения. Исследуя особенности отношения к себе и отношения к другим людям, можно наметить мишени психологической помощи и поддержки, которая поднимет чувство самооценности, уверенности в себе, обеспечит повышение активности в противостоянии болезни, а также активности в контексте социума.

Самоотношение считается ядерной характеристикой системы отношения, меняющейся лишь под воздействием сильных факторов. Имеется много взглядов на то, как именно рассматривать данную характеристику, например, как глобальную самооценку или как систему установок, направленных на себя, в данном же исследовании самоотношение рассматривалось как эмоциональный компонент самосознания.

Отношение к другим людям рассматривается как часть системы отношений личности, и включает отношения к ближайшему окружению (семье), к ближним вне семейного окружения (друзья), деловое окружение, профессиональное окружение.

Целью работы явилось исследование особенностей взаимосвязи самоотношения и отношения к другим людям у женщин, имеющих ВИЧ-положительный статус.

Задачи, поставленные в соответствии с целью: 1) Исследовать особенности самоотношения женщин, имеющих ВИЧ-положительный статус; 2) Исследовать особенности отношения к другим людям; 3) Исследовать личностные особенности; 4) Провести сравнительный и корреляционный анализ.

Материалы и методы. Использованные методики: 1) Тест-опросник самоотношения (В.В. Столин, С.Р. Пантелеев); 2) «Личностный дифференциал» (Е.Ф. Бажин, А.М. Эткинд); 3) «Шкала комфортной интерперсональной дистанции» (CIDS) М.П. Дьюка и С. Новицки; 4) Тест незаконченных предложений Дж.М. Сакса); 5) Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Р. Дерагатис, в адаптации Н.В. Тарабриной); 6) Гиссенский личностный опросник Е. Брюклера и Дж. Снера. Для статистической обработки использованы U-критерий Х.Б. Манна-Д.Р. Уитни и коэффициент корреляции по Ч.М. Спирмену.

Объект исследования: 1) основная группа: 30 женщин, имеющих ВИЧ-положительный статус, в возрасте 25-35 лет (средний возраст – 31,5); 2) контрольная группа: 30 условно здоровых женщин, в возрасте 25-35 лет (средний возраст – 29,1). По способу инфицирования основная группа разделилась следующим образом: половым путем были инфицированы 50 % (15 человек), через кровь (введением инъекционных наркотиков) – 50 % (15 человек). Критериям отбора в основную группу стали: возраст от 25 до 35 лет, наличие положительного ВИЧ-статуса, ремиссия принятия наркотических средств (более 1 года). Исследование носило добровольный характер, бланки методик анонимные, информация об опрашиваемых конфиденциальна.

Результаты. Результаты сравнения особенностей самоотношения в основной и контрольной группе, исследованных по методике «Тест-опросник самоотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева», показали значимые различия по параметрам «Самопринятие» ($p < 0,001$), «Самопонимание» ($p < 0,05$), «Ожидаемое отношение» ($p < 0,001$), «Самоуверенность» ($p < 0,01$), «Самообвинение» ($p < 0,001$) с более позитивным профилем в группе условно здоровых женщин.

Проведение сравнительного анализа понятий «Я-реальное» и «Я-идеальное», исследованных по методике «Личностный дифференциал», показало, что женщины основной группы оценивают себя более негативно, чем женщины контрольной группы, а также предъявляют к себе и своим личностным качествам более высокие требования.

Результаты методики «Незаконченные предложения», показывают, что между группами существуют статистически значимые различия по следующим параметрам: отношение к себе ($p < 0,05$), отношение к будущему ($p < 0,001$), отношение к сотрудникам ($p < 0,05$), чувство вины ($p < 0,01$). В основной группе на уровне тенденций отмечается более негативное отношение к противоположному полу, ниже оценивается отношение к семье, при этом отмечается более позитивный взгляд по отношению к ближайшему кругу общения, например, к друзьям и деловому кругу общения.

Сравнение результатов исследования интерперсональной дистанции показало значимые различия в отношении понятий «Мать» ($p < 0,01$) и «Брат/сестра» ($p < 0,001$) с более выраженными показателями дистанции в группе ВИЧ-положительных женщин. В целом, можно отметить увеличение дистанции по всем понятиям методики в основной группе испытуемых.

Результаты методики «Симптоматический опросник» (SCL-90-R) показывают статистически значимые различия по показателям «Сенситивность» ($p < 0,05$), «Депрессия» ($p < 0,001$), «Тревожность» ($p < 0,001$), «Враждебность» ($p < 0,05$), «Параноидальность» ($p < 0,001$), «Психотизм» ($p < 0,001$) с более высокими показателями в основной группе, что показывает большую выраженность психопатологической симптоматики и дистресса.

Исследование личностных особенностей при помощи методики «Гиссенский личностный опросник» показало различия по показателю «Социального одобрения» ($p < 0,05$), указывающие на то, что женщины, живущие с ВИЧ, видят себя непривлекательными в глазах окружающих, отмечают низкую социальную репутацию и ожидают к себе негативное отношение со стороны других людей.

При проведении корреляционного анализа основное внимание было уделено рассмотрению взаимосвязи особенностей самоотношения с особенностями отношения к другим людям в основной группе. В качестве ядер плеяд были выбраны показатели самоотношения, которые значимо отличаются в группах: «Ожидаемое отношение», «Самоуверенность», «Самопринятие», «Самопонимание», «Самообвинение». Важно отметить, что основная группа обнаруживает большее количество взаимосвязей показателей самоотношения и отношения к другим людям в сравнении с контрольной группой.

Выводы.

1. Самоотношение женщин, имеющих ВИЧ-положительный статус, отличается высоким уровнем самообвинения и чувства вины. Женщины данной группы ожидают негативной оценки со стороны других людей, поэтому воспринимают их отношение к себе как отрицательное, негативное, неуважительное, они меньше уверены в своих силах, отмечается меньшая способность к самопониманию и принятию себя.

2. Отношение к другим людям можно охарактеризовать как несколько недоверчивое и дистанцированное. В целом, женщины данной группы оценивают окружающих ниже, причем, мужчины оцениваются ниже, чем женщины. Отношение к противоположному полу несколько напряженное. Также, зоной напряжения можно считать отношение к семье.

3. Для женщин, имеющих ВИЧ-положительный статус характерно ожидание негативного отношения к себе от окружающих, неуверенность в себе по поводу межличностного общения. Для женщин этой группы характерно приписывание себе низкой социальной репутации, сниженный фон настроения, повышенное чувство тревоги, недоверие к окружающим, чувство раздражения и неуверенности в себе во взаимодействии с людьми.

4. Поиск взаимосвязей показал, что в основной группе самоотношение имеет больше взаимосвязей с показателями отношения к другим. Значимыми фигурами являются такие фигуры, как мать, муж, подруга, вышестоящие люди. Прослеживается некоторая зависимость от людей, обладающих «силой», таким образом, что при повышении оценки силы других людей, повышается уверенность в себе и позитивное отношение к своей личности.

Заключение. Проведенное исследование показало, что самоотношение женщин, имеющих ВИЧ-положительный статус, характеризуется высоким самообвинением и чувством вины, что взаимосвязано с такими характеристиками их отношений к другим людям, как недоверие и некоторая враждебность. Причиной возникновения таких особенностей самоотношения и отношения к другим людям может быть такое явление, как самостигматизация.

ЭПИЛЕПСИЯ У ЖЕНЩИН: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Токарева Н.Г.¹, Железнова Е.В.²

Саранск, Москва

¹ФГБОУ ВО НИ«МГУ им. Н.П. Огарева», ²Московский НИИ психиатрии – филиал «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Согласно медицинской статистике, эпилепсией страдает 2-3 % населения во всем мире. В 75 % случаев заболевание манифестирует до наступления подросткового возраста. Эпилепсия у женщин связана с разнообразной эндокринно-гинекологической патологией, которая осложняет течение эпилепсии и влияет на качество жизни больных. Согласно данным ВОЗ, пациенты с эпилепсиями составляют не менее 0,5 % от общего числа лиц, страдающих тяжелыми заболеваниями, вследствие которых развивается инвалидность.

Целью настоящей работы явилось исследование ряда клинико-психологических взаимодействий при различных типах течения эпилепсии у женщин.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 67 больных в возрасте от 18 до 55 лет, с различными формами эпилепсии, в структуре болезни которых преобладали простые, сложные парциальные приступы, с длительностью заболевания до 30 лет. В исследовании приняли участие пациенты

без выраженных нарушений когнитивных функций. Верификация диагноза у обследованных больных осуществлялась на основе результатов клиничко-неврологического, психопатологического, патопсихологического, электроэнцефалографического обследования и данных компьютерной томографии головного мозга. Исследование проведено с использованием следующих методов: клиничко-психопатологический, патопсихологический и статистический методы. При патопсихологическом исследовании использована методика «Личностный профиль кризиса», которая отражает состояние следующих сфер: функциональные проблемы (нарушения функционирования вегетативной системы, нарушения сердечной деятельности, нарушения дыхания, нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта, проблемы со сном); нарушения познавательно-аналитической деятельности (осложнения функционирования внимания, осложнения функционирования восприятия, осложнения функционирования мышления, осложнения функционирования памяти и др.); нарушения эмоционального реагирования (тревога, генерализованные эмоциональные реакции – гнев, стыд, вина и др.); депрессивное настроение; перемены в поведении и деятельности (проблемы с исполнением служебных и домашних обязанностей, либо попытки уйти от проблемы, либо поглощенность проблемой и др.). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Statistica 10.0. Для описания результатов использованы следующие значения: медиана (Me), значение нижнего и верхнего квартиля (Q1 и Q3) значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты. В исследование было включено 67 больных эпилепсией в возрасте от 18 до 55 лет, с длительностью заболевания до 30 лет. У 36 % исследуемой группы больных эпилепсия сопровождалась неблагоприятным типом течения. По данным м. «Личностный профиль кризиса» у женщин, больных эпилепсией с неблагоприятным типом течения болезни, ведущими шкалами индивидуального профиля переживания кризиса являются: 1. Осложнения познавательно-аналитической деятельности: осложнения функционирования внимания, восприятия, мышления, памяти (Me=7, Q1=3, Q3=9); 2. Нарушения эмоционального реагирования: тревога, генерализованные эмоциональные реакции (Me=7, Q1=4, Q3=11); 3. Депрессивное настроение (Me=2, Q1=1, Q3=7).

У женщин, больных эпилепсией с благоприятным типом течения болезни, ведущими шкалами являются: 1. Перемены в поведении и деятельности: поглощенность проблемой (Me=4, Q1=2, Q3=8); 2. Функциональные проблемы: нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта, нарушения функционирования вегетативной системы, нарушения сердечной деятельности, проблемы со сном (Me=6, Q1=3, Q3=10). Изученные показатели связаны с адаптированностью личности больного, которая может быть внутренней, внешней и смешанной. Внутренняя адаптированность проявляется в форме перестройки функциональных структур и систем личности при определенной трансформации и среды ее жизни и деятельности (в этом случае и внешние формы поведения, и деятельность личности видоизменяются и приходят в соответствие с ожиданиями среды, с идущими извне требованиями – генерализованная адаптация личности); внешняя адаптированность проявляется, когда личность внутренне содержательно не перестраивается и сохраняет себя, свою самостоятельность (в результате имеет место так называемая инструментальная адаптация личности); смешанная, при которой личность частично перестраивается и подстраивается внутренне под среду, ее ценности, нормы и в то же время частично адаптируется инструментально, поведенчески, сохраняя и свое «Я», и свою самостоятельность. Также, большую роль в вопросах психологической адаптации занимает социальный буфер – ресурсы и возможности, предоставленные социальным окружением, которые индивидуум использует для приспособления. Коммуникативные способности человека открывают доступ к дополнительным социальным ресурсам и существенно увеличивают адаптационный потенциал. Важный момент в процессе психологической адаптации – способность включать и менять социальные роли. Эффективность адаптации зависит не только от числа используемых ролей, но и от оправданности и адекватности их выбора. Поэтому одним из критериев психологической адаптации является способность человека критически оценивать свое место в социальной группе, свои реальные возможности и способности, что необходимо учитывать при проведении психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

Заключение. 1. Позиции индивидуального профиля переживания кризиса у женщин, больных эпилепсией с благоприятным типом течения болезни: наличие функциональных проблем, перемены в поведении и деятельности. 2. Позиции индивидуального профиля переживания кризиса у женщин, больных эпилепсией с неблагоприятным типом течения болезни: наличие осложнений познавательно-аналитической деятельности, нарушения эмоционального реагирования; наличие депрессивных тенденций. 3. Выявленные клиничко-психологические закономерности подлежат дальнейшему многоаспектному исследованию, что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий данному контингенту больных.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ – ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ

Трусова А.В.^{1,2}, Климанова С.Г.^{2,1}, Березина А.А.^{2,1}, Гвоздецкий А.Н.¹

Санкт-Петербург

¹Санкт-Петербургский государственный университет; ²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

Введение. Согласно Всемирной организации здравоохранения, качество жизни является интегральным показателем субъективной удовлетворенности жизнью, характеризующим восприятие индивидами их положения в социуме в контексте культуры и собственной системы ценностей, степень индивидуального внутреннего и внешнего комфорта и т.д. Очевидной является связь алкогольной зависимости и качества жизни на всех этапах заболевания. Временная перспектива личности по данным ряда исследований во многом определяет мотивационную направленность и индивидуальные ресурсы регуляции поведения, что делает ее изучение в клинике зависимостей интересным и актуальным. Полученные нами ранее данные свидетельствуют о том, пол пациентов с химической зависимостью не оказывает значимого влияния на распределение преобладающей временной перспективы. Однако в литературе приводятся многочисленные данные о специфике формирования и протекания алкогольной зависимости у женщин, в связи с чем нами была выдвинута гипотеза о том, что фактор пола – возможный модератор, опосредующий связь между качеством жизни и временной перспективой личности у лиц с зависимостью от алкоголя.

Цель исследования – изучить взаимосвязь показателей временной перспективы и качества жизни лиц с зависимостью от алкоголя с учетом фактора пола.

Материалы и методы. Выборку исследования составили 113 пациентов с диагнозом синдром зависимости от алкоголя (F10.25, F10.26), проходящих лечение в стационаре НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, из них 30 женщин, средний возраст составил 41,91 (8,21) (M(y)).

Методы исследования: краткий опросник качества жизни (WHOQOL-BREF), опросник временной перспективы Зимбардо (ZTPI) с использованием формулы подсчета сбалансированной временной перспективы.

Результаты и их обсуждение. В первом приближении анализ средних показателей временной перспективы (ВП) и качества жизни (КЖ) в изучаемой выборке не дает значимых различий между мужчинами и женщинами, за исключением параметра «Фаталистическое настоящее» (ВП ФН). В группе женщин его медиана составила 3.2 (Q1=2.8, Q3=3.4), в группе мужчин медиана 2.7 (Q1=2.3, Q3=3.2), $p=0.043$ (Т-критерий Вилкоксона). Исходя из психологического содержания этого параметра, полученные значения свидетельствуют о том, что женщины с алкогольной зависимостью по сравнению с мужчинами ощущают себя менее способными влиять на свою актуальную жизненную ситуацию, менее самоэффективными, более несчастными и безразличными. В контексте аддиктивных нарушений более высокие показатели фаталистического настоящего связаны с отсутствием или снижением мотивации к сохранению трезвости и поддержанию результатов лечения после выписки из стационара, а также рискованным поведением (незащищенный секс, управление автомобилем в опьянении, повторное использование шприцев для потребителей инъекционных наркотиков и т.п.).

Применение двухфакторной логистической модели с упорядоченным выбором и оценкой эффекта взаимодействия дало значимые результаты, характеризующие взаимодействие некоторых показателей ВП и такого параметра КЖ, как «Окружающая среда» (КЖ ОС), включающего субъективную оценку удовлетворенности своими финансовыми ресурсами, свободой, безопасностью, доступностью и качеством здравоохранения и социальной помощи, транспортной и иной инфраструктуры, условиями проживания, возможностями для приобретения новой информации и навыков, возможностями для отдыха и досуга, экологической обстановкой и климатом. Было показано, что без учета фактора пола более высокие показатели субъективной удовлетворенности в этой области закономерно связаны с более сбалансированной ВП ($p=0.007$). На основании данных литературы можно предположить, что аналогичный эффект проявляется не только в выборке лиц с зависимостью от алкоголя, но и в популяции условно здоровых лиц.

Однако, анализ данных с учетом фактора гендерной принадлежности показывает, что в группе женщин нет существенного изменения сбалансированной временной перспективы (СВП) из-за уровня их КЖ ОС, при этом в группе мужчин есть выраженное взаимодействие между СВП и КЖ ОС ($p=0.017$).

Анализ взаимодействия показателя КЖ «Социальные отношения» (КЖ СО), включающего удовлетворенность личными отношениями, социальной поддержкой и сексуальной активностью, и СВП без учета гендерного фактора показал значимую связь ($p=0.003$), однако включение в модель фактора пола аналогично показывает, что в группе женщин нет зависимости СВП от уровня КЖ СО, а в группе мужчин такое взаимодействие отчетливо наблюдается ($p=0.004$) – чем выше показатели КЖ СО, тем более сбалансированной является их временная перспектива.

В отношении таких показателей, как ВП ФН и КЖ СО была получена следующая закономерность – в общей выборке зависимых от алкоголя связь значима ($p<0.001$), при анализе с включением в модель фактора пола в группе женщин эта связь подтверждена ($p=0.003$) – чем более выражена ВП ФН, тем ниже оценка КЖ СО, но в группе мужчин такая связь не наблюдается ($p=0.166$).

Примечательно, что остальные параметры ВП и КЖ не показали значимых взаимосвязей ни в целом, ни с учетом фактора пола.

Закключение. Согласно данным литературы, углубляющим представления о временной перспективе личности, сбалансированная временная перспектива ассоциирована с психическим здоровьем, высоким уровнем психологического благополучия, самоэффективностью и способностью к изменениям. Наши данные показывают, что для женщин и мужчин с алкогольной зависимостью характерно влияние разных аспектов качества жизни на сбалансированность временной перспективы – для мужчин значимым является субъективная удовлетворенность имеющимися средовыми ресурсами и социальными отношениями, в то время как для женщин такая связь не найдена. Выдвинутая гипотеза о том, что гендерная принадлежность модерирует связь между качеством жизни и временной перспективой, отчасти подтвердилась. Показанная в нашем исследовании связь между восприятием своего настоящего в фаталистическом ключе и неудовлетворенностью социальными отношениями, характерная для женщин с алкогольной зависимостью, может быть полезна для построения индивидуализированных программ их психологического сопровождения.

Исследование проводится при финансовой поддержке РФФИ (ОГОН), научный проект №16-06-01043.

ТРИ ВОЗРАСТА ЖЕНЩИН В СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНКАХ СЕБЯ И В СРАВНЕНИИ С МУЖЧИНАМИ НА ОСНОВЕ СЕМАНТИЧЕСКОГО ДИФФЕРЕНЦИАЛА (ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Узлов Н.Д., Молчанова М.П.

Москва, Пермь

АНО «Национальный исследовательский институт дополнительного профессионального образования»,
Пермский государственный национальный исследовательский университет

Введение. Одним из перспективных направлений современной возрастной и гендерной психологии являются сравнительные исследования, касающиеся самооценки личностных качеств, Я-образа и Я-концепции в целом, значимость которых особенно возрастает в кризисные и переходные периоды молодости, взрослости и поздней зрелости. Объективизация этих данных служит также преодолению устоявшихся социальных стереотипов о мужественности и женственности, представлений о переходе к периоду старости как безусловно дефицитарном процессе.

Цель исследования – сравнительное изучение оценочных характеристик женщин разных возрастных групп между собой и с мужчинами психосемантическим методом и интерпретация наметившихся тенденций.

Материалы и методы. Методом личностного дифференциала (ЛД) в модификации НИИПНИ им. В.М. Бехтерева обследовано 70 женщин трех возрастных групп. Молодой возраст составили испытуемые в возрасте 21-25 лет, всего 25 чел., 23 чел. – студентки разных вузов г. Перми, 2 – работающие; из них 22 чел. – не состоящие в браке и 3 – замужние. Средний возраст представляли женщины в возрасте 37-47 лет, всего 25 чел., все – работающие; имеющие 5 чел. – средне-специальное, 20 – высшее образование; 19 чел. – замужние; 4 – разведенные, 2 – никогда не состоявшие в браке; все женщины имеют детей. Пожилой возраст (или возраст поздней зрелости) был представлен женщинами 55-67 лет, всего 20 чел., все – неработающие пенсионерки; 6 чел. имели высшее, остальные – средне-профессиональное образование; замужем – 14 чел., 3 – вдовы, 2 – разведены, 1 – никогда не была замужем; все женщины имеют взрослых детей и внуков.

Контрольную группу составили мужчины – также 70 чел.: молодые мужчины 21-28 лет, всего 25 чел., из них 21 чел. – студенты, 4 – работающие; 24 чел. – не состоящие в браке и 1 – женатый; среднего возраста 35-48 лет, всего 25 чел., все – работающие; имеющие 9 чел. – средне-специальное, 16 – высшее образование; 18 чел. – женатые; 3 – разведенные, 4 – никогда не состояли в браке; 22 чел. имеют детей; пожилые мужчины в возрасте 56-68 лет, всего 20 чел., все – пенсионеры, из них один работающий; 19 чел. имели среднее или специальное профессиональное образование, 1 – высшее; все мужчины женатые; имеют взрослых детей и внуков.

Полученные результаты и их обсуждение. В женской выборке при оценке личностных качеств между испытуемыми молодого и среднего возраста выявлены статистически значимые различия по 8 показателям, между женщинами среднего возраста и пожилыми – по 6 параметрам.

Так, представительницы средней возрастной группы оценивают себя, в сравнении с молодыми, более ($p < 0,05$), а пожилые, в сравнении со своими предшественницами, наоборот, менее привлекательными ($p < 0,05$). В двух первых возрастных группах респонденты считают себя одинаково сильными ($p > 0,05$), и это представление о себе у пожилых заметно усиливается ($p < 0,001$). Повышенная разговорчивость женщин к среднему возрасту убывает ($p < 0,001$), и склонность к большей молчаливости примерно на том же уровне сохраняется в дальнейшем ($p > 0,05$). С возрастом возрастает чувство ответственности: хотя последовательных различий в оценках не установлено, между пожилыми и молодыми она значима ($p < 0,05$). Молодые и зрелые женщины одинаково склонны к упрямству, пожилые отличаются от них большей уступчивостью ($p < 0,05$). К среднему возрасту женщины становятся более эгоистичными ($p < 0,05$), и не становятся добрее, став еще старше ($p < 0,05$). Аналогичным образом проявляют себя осознание своей большей независимости ($p < 0,01$) и энергичности ($p < 0,01$). Оценивание таких качеств, как «деятельная» и «самостоятельная» значительно усиливается от возраста к возрасту (различия, соответственно на уровне $p < 0,05$ и $p < 0,001$). Наконец, женщины среднего возраста осознают себя в сравнении с молодыми более суетливыми ($p < 0,05$), а молодые и пожилые – одинаково умеренно спокойными ($p > 0,05$). Максимальные семантические значения, приближающиеся к 3 баллам, принадлежат женщинам позднего возраста в оценке таких качеств, как «деятельная» (2,6), «справедливая» (2,65) и «самостоятельная» (2,75); в среднем возрасте – это «честная» (2,24), «добросовестная» (2,28) и «справедливая» (2,4); в молодом – «справедливая» (2,12), «честная» (2,16) и «дружелюбная» (2,44). Профиль личностных качеств пожилых женщин явно доминирует над профилями других испытуемых.

В оценке факторов личностного дифференциала показатели силы (С) и активности (А) только у молодых женщин находятся на низком уровне, все остальные – на среднем. Вероятно, это может указывать на их более низкую самооценку, большую зависимость от мнений окружающих, меньшее довольство собой в сравнении с испытуемыми старших возрастных групп, что можно объяснить недостаточностью жизненного опыта, незаконченной профессиональной самореализацией и обретением социального статуса. Все обследуемые воспринимают себя позитивно и показатели оценки (О) к зрелому возрасту статистически значимо возрастают ($p < 0,05$) и уже остаются на достигнутом уровне в пожилом ($p > 0,05$). Сила (С) и активность (А) во втором периоде зрелости увеличиваются, однако опора на себя, собственные силы, уверенность в себе, коммуникативность достигают оптимума средних значений в пожилом возрасте ($p < 0,01$).

В сравнении женщин с мужчинами в группе молодых испытуемых из перечня 21 личностных черт статистически значимые различия выявлены по 4 показателям. Женщины оценивают себя более пассивными ($p < 0,01$) и напряженными ($p < 0,01$), менее энергичными ($p < 0,05$) и самостоятельными ($p < 0,05$).

В средней возрастной группе различия установлены также по 4 показателям. Женщины продолжают ощущать себя более пассивными ($p < 0,05$), но считают себя более уступчивыми ($p < 0,05$), разговорчивыми ($p < 0,01$) и эгоистичными ($p < 0,05$) в сравнении с мужчинами своего возраста.

Совершенно иная самооценочная картина наблюдается у пожилых. Статистически значимые различия с мужчинами установлены по 12 качествам. В оценке себя как личности женщины определяют себя сравнительно более привлекательными, сильными, уверенными в себе, общительными, энергичными, уступчивыми ($p < 0,001$), добрыми, деятельными, решительными, самостоятельными, дружелюбными ($p < 0,01$) и открытыми ($p < 0,05$).

Факторы семантического дифференциала у молодых мужчин находятся в границах среднего уровня, у женщин показатели силы (С) и активности (А) преимущественно располагаются в пограничной зоне, близкой к низким значениям. Однако различия между ними не достигают статистической значимости ($p > 0,05$).

В среднем возрасте наблюдается заметное выравнивание факторов до средних уровней. Статистически значимых различий также не обнаружено.

В пожилом возрасте мужчины сдают свои соревновательные позиции, ощущая себя пассивными, зависимыми, менее инициативными, слабыми, со сниженным волевым и энергетическим потенциалом, вероятно, чувствуют себя более астенизированными и тревожными, чем их сверстницы. Факторы силы (С) и активности (А) у них определяются на низком уровне (соответственно 4,9 и 4,1, в сравнении, например, с мужчинами среднего возраста 11,52 и 8,04; $p < 0,001$ и $p < 0,01$). У пожилых женщин эти цифры выше мужских почти в 3 раза: оценка (О)=15,85, сила (С)=14,25, активность=12,25; значимость различий достаточно высока: $p < 0,001$.

Заключение. Таким образом, полученные результаты показывают, что в пожилом возрасте женщины, в отличие от мужчин, не теряют опоры на свои собственные силы, не становятся пассивными, а наоборот, приобретают большую уверенность в себе, самостоятельность и активность. На наш взгляд, женщины в большей степени реализуют конструктивную установку приспособления к старости, в то время как пожилые мужчины – установку зависимости (по D.Bromley). Проведенное исследование носит пилотный характер, данные будут уточняться при дальнейшей проверке на более широком массиве испытуемых.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (БАР) В ПРЕГРАВИДАРНОМ ПЕРИОДЕ, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ

Ушкалова А.В.

Москва

ООО «Международный медицинский центр»

Введение: Планирование, подготовка к беременности и ее ведение у женщин, страдающих БАР остается значительной проблемой как для самих пациенток, в связи со страхом перед применением психотропных препаратов и развитием осложнений, так и для клиницистов, вследствие отсутствия доступной информации и опыта ведения пациенток в случае необходимости продолжения или возобновления фармакотерапии в период гестации. Это приводит к опасному самолечению растительными препаратами, необоснованным показаниям к прерыванию беременности и существенным осложнениям, связанным с необходимостью купирования острых состояний у женщин, оставшихся без наблюдения и лечения в этот крайне уязвимый период.

Целью исследования является представление кратких рекомендаций по фармакотерапии женщин, страдающих БАР в прегравидарный период, во время беременности и непосредственно после родов

Материалы и методы: обзор и анализ литературных источников

Результаты и их обсуждение. Необходимость планирования беременности следует обсудить с женщиной, страдающей БАР, сразу же после установления диагноза и назначения лечения. Для предупреждения нежелательной беременности (НБ) необходимо обеспечить надежную контрацепцию. При этом следует учитывать, что карбамазепин (КМЗ), окскарбазепин (ОКЗ), в дозах, превышающих 1200 мг/сут, и топирамат (ТПМ) в дозе выше 200 мг/сут усиливают метаболизм оральных контрацептивов (ОК), в связи с чем при лечении ими следует назначать другие методы контрацепции, например, инъекции медроксипрогестона ацетата с укороченными интервалами – 1 раз в 10 недель, или внутриматочную контрацепцию. ОК снижают концентрации ламотриджина (ЛМТ) до 50 %, а ЛМТ, в свою очередь, способен снижать эффективность контрацепции. Другие лекарственные препараты, применяемые для лечения БАР, совместимы с ОК.

Первый триместр беременности наиболее безопасен как в отношении рецидивов заболевания, так и в отношении риска применения ЛС (тератогенности). Женщине, планирующей беременность, следует по возможности отменить вальпроат (ВПТ), КМЗ и литий (ЛИТ). Отмену НМТ следует проводить постепенно (в течение не менее 2 нед). При наступлении нежелательной беременности (НБ) на фоне приема ВПТ или КМЗ их также следует по возможности отменить. Если НБ наступает на фоне лечения ЛИТ, целесообразно подробно обсудить с женщиной продолжение лечения с тщательным мониторингом концентраций лития в крови и состояния плода, т.к. постепенная отмена ЛИТ при наступившей беременности не позволяет снизить риск тератогенности, а резкая отмена сопряжена с высоким риском развития рецидива. ЛИТ следует отдавать предпочтение и в случае необходимости применения НМТ во время всей беременности, в связи с невысоким абсолютным риском тератогенности и достаточно хорошей изученностью. При отсутствии

альтернативы ВПТ женщину следует проинформировать о повышенном риске неблагоприятных исходов для плода (прежде всего, дефектов нервной трубки), а также возможности существенного отставания ребенка в интеллектуальном развитии. Препарат рекомендуется назначать в минимальной эффективной дозе, возможно в сочетании с другим НМТ (кроме КМЗ). ВПТ следует применять в лекарственной форме с медленным высвобождением действующего вещества. Его максимальная суточная доза не должна превышать 1000 мг (в несколько приемов). Для снижения риска аномалий нервной трубки, необходимо принимать фолиевую кислоту в дозе 4-5 мг/сут. У женщин с преобладанием депрессий в анамнезе показана высокая эффективность ламотриджина (ЛМТ), однако, в последние годы появились данные о возможном повышении риска возникновения расщелины неба при его применении. Наряду с НМТ для поддерживающей терапии возможно применение атипичных антипсихотиков (ААП), однако, они ассоциированы с риском развития метаболического синдрома и гестационного диабета. В отношении клозапина подчеркивается, что он должен применяться во время беременности только в случае крайней необходимости в связи с риском развития агранулоцитоза у новорожденного. При развитии острого эпизода мании у беременной, не получающей ЛС, рекомендуется назначение типичного АП или ААП в минимальной эффективной дозе. Традиционные АП хорошо изучены и не ассоциированы с повышением тератогенного риска. При развитии у беременной с БАР депрессии в первую очередь рекомендуется КБТ, при ее недостаточной эффективности – комбинация лекарственной и психотерапии. При умеренных и тяжелых депрессивных симптомах может быть назначена монотерапия кветиапином или комбинация СИОЗС (кроме пароксетина) с НМТ. Вопрос о назначении АД следует решать индивидуально у каждой беременной, в период лечения ими следует отслеживать инверсию фазы. Беременных, которым назначались АД, необходимо предупреждать о возможности развития у новорожденного неблагоприятных эффектов (синдром плохой адаптации и легочная гипертензия), которые в большинстве случаев носят транзиторный характер. Для купирования психомоторного возбуждения применяются АП. Предпочтение следует отдавать пероральным лекарственным формам, при невозможности их применения можно прибегнуть к внутримышечному введению препаратов. Длительного применения бензодиазепинов (БЗД) следует избегать в связи с риском тератогенности, нарушений адаптации и синдрома отмены, однако, их кратковременное применение представляется достаточно безопасным. При резистентности к лекарственной терапии может быть рекомендована ЭСТ. Эта процедура является достаточно безопасной у беременных при соблюдении необходимых предосторожностей и не ассоциируется с тератогенными эффектами. Второй триместр беременности является наиболее благоприятным в отношении изменений в фармакотерапии. В третьем триместре фармакокинетика ЛС претерпевает существенные изменения, поэтому дозы препаратов следует корректировать (часто в сторону увеличения) на основании клинической картины и мониторинга концентраций в крови. Рекомендовано снижение дозы антидепрессантов за 2 недели до родов с целью профилактики легочной гипертензии.

Во время родов происходят существенные изменения фармакокинетики ЛИТ, связанные с быстрым снижением объема жидкости в организме матери. С целью предотвращения токсических эффектов рекомендуют отмену ЛИТ или снижение его дозы за 48-72 часа до родов с последующим возобновлением приема после родов, с поддержанием адекватной гидратации и мониторингом концентрации. Ранний послеродовой период особенно опасен с точки зрения риска развития рецидивов БАР и послеродовых психозов. Женщинам с БАР, не получавшим ЛС во время беременности, но с высоким риском обострения, фармакотерапию следует возобновить сразу же после стабилизации состояния и восстановления водного баланса. Среди НМТ предпочтение отдают ЛИТ, который позволяет снизить число рецидивов в послеродовом периоде с 50 до 10 %. При развитии симптомов тяжелой мании или психоза в период родов следует рассмотреть вопрос о быстрой седации, желательна, антипсихотиком. Женщинам с послеродовой депрессией АД назначают с осторожностью из-за риска индукции психоза, мании и быстрой цикличности, в случае сохранения грудного вскармливания (ГВ) предпочтение отдают сертралину и пароксетину. При бессоннице возможно кратковременное назначение БЗД. Вопрос о возможности ГВ должен решаться индивидуально с учетом клинического состояния женщины и ребенка, социальных условий и желания самой женщины. Большинство психотропных препаратов в той или иной степени выделяются с молоком матери, однако, польза от грудного вскармливания у здоровых новорожденных превышает риск нежелательных явлений лекарственной терапии. ГВ нежелательно для детей с незрелостью ферментативных систем (недоношенные дети) или с наличием каких-либо сопутствующих патологий.

Заключение. Имеющиеся данные позволяют предложить лишь отдельные клинические рекомендации по фармакотерапии при прегравидарном периоде, во время беременности и после родов, однако, данный вопрос требует дальнейшего изучения, проведения масштабных исследований и образовательных программ для врачей и пациентов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Фадеева Е.В., Киржанова В.В., Ненастьева А.Ю., Вышинский К.В.

Москва

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»

Минздрава России

Во всем мире алкоголь является наиболее употребляемым психоактивным веществом и занимает особое место в перечне ведущих факторов риска популяционного здоровья. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) алкоголь ежегодно приводит к более чем 3 миллионам случаев смерти во всем мире; употребление алкоголя является третьим по значимости фактором риска преждевременной смерти, инвалидности и потери здоровья. Связанный с употреблением алкоголя вред выходит далеко за пределы физического и психологического здоровья пьющего.

Степень воздействия алкоголя на хронические и острые проблемы здоровья среди населения определяются двумя параметрами: общим объемом употребляемого алкоголя, включающим количественные и частотные характеристики, и моделью употребления алкоголя. Возникновение вреда для здоровья и неблагоприятных социальных последствий повышается пропорционально количеству и частоте потребления алкоголя.

В настоящее время ВОЗ признаёт, что хотя теоретически может существовать уровень употребления алкоголя, при котором риск для здоровья выпивающего невелик, однако конкретные количественные значения алкоголя при этом не установлены. Позиция ВОЗ состоит в том, что безопасной «дозы» алкоголя не существует: любое снижение уровня потребления алкоголя приведет к уменьшению риска вреда для здоровья, связанного с алкоголем, и наоборот. Помимо этого, существует целый ряд состояний и ситуаций, когда алкоголь не следует употреблять вообще: при беременности, в детском и подростковом возрасте, при наличии определенных заболеваний, при приеме некоторых медикаментов, до или во время занятий спортом, до или во время управления транспортными средствами, выполнения определенных видов работ или эксплуатации механизмов.

Женщины являются группой населения, в которой употребление алкоголя отрицательно сказывается не только на их собственном здоровье, но и на здоровье их детей. Кроме того, пагубное употребление алкоголя девушками и женщинами вызывает развитие таких негативных социальных последствий, как: нежелательные беременности, домашнее насилие, социальная изоляция.

С 2007 по 2017 гг. в Российской Федерации число лиц, обратившихся в амбулаторные учреждения наркологической службы с синдромом зависимости от алкоголя, снижалось. Так, число впервые обратившихся женщин сократилось с 39 тысяч до 20 тысяч человек, показатель первичной заболеваемости с 206,4 на 100 тыс. женщин до 91,1, т.е. почти вдвое; общее число обратившихся уменьшилось с 426 тысяч до 326 тысяч, показатель общей заболеваемости – с 554,4 на 100 тыс. женского населения до 413,5, т.е. примерно на четверть. Тем не менее, если проанализировать удельный вес женщин среди общего числа пациентов, обратившихся в амбулаторные учреждения наркологической службы с диагнозом синдром зависимости от алкоголя, то этот показатель не только не снизился, но и увеличился – как среди впервые обратившихся (с 19,4 % до 23,4 %), так и среди всех зарегистрированных с синдромом зависимости от алкоголя (с 18,1 % до 21,3 %).

Это кажущееся противоречие объясняется тем, что в анализируемый период наблюдалось более выраженное сокращение случаев алкогольной зависимости среди мужчин по сравнению с женщинами: так, если показатель общей заболеваемости алкоголизмом у женщин уменьшился 25 %, то у мужчин сократился на 38 %; показатели первичной заболеваемости – на 50 % у женщин и 56 % у мужчин.

Еще одним высокочувствительным индикатором, характеризующим уровень алкогольных проблем в обществе, является число женщин, госпитализированных в связи с алкогольными расстройствами. Этот показатель включает все случаи госпитализации женщин в медицинские учреждения, вызванные развитием психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением алкоголя: синдром зависимости от алкоголя, пагубное употребление алкоголя, а также с острой алкогольной интоксикацией. Число таких госпитализаций у женщин за период с 2007 по 2017 гг. снизилось с 89 тысяч до 80,5 тысяч. При этом показатель госпитализации женщин уменьшился с 115,9 на 100 тыс. женского населения до 102,3, или на 12 %. Необходимо отметить, что среди женщин встречались даже девушки в возрасте 15-17 лет; четкую тенденцию среди этой группы отследить сложно из-за довольно малого числа подобных случаев; за изучаемый период оно колебалось в интервале от 130 до 310 случаев за год.

Сведения о распространенности потребления алкоголя среди девочек и девушек 11-13-15 лет, основываются на результатах долгосрочных мониторинговых программ. Проект Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) («Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья») – исследование ВОЗ, в котором участвуют 44 страны из Европы и Северной Америки, собирающие данные о здоровье и благополучии, социальных условиях и поведении детей школьного возраста. РФ участвовала в 7 исследованиях, проходивших раз в 4 года, начиная с 1990 г. Предыдущее исследование HBSC в РФ было проведено в 2013-14 уч. году.

Важные данные по объемам и поведенческим моделям употребления алкоголя среди девочек и девушек 11-13-15 лет в исследовании HBSC дает анализ следующих показателей: динамика еженедельного потребления алкоголя и случаи опьянения в подростковом возрасте. Динамика показателя еженедельного употребления алкоголя, выраженного в процентах от общего числа российских девушек 11-13-15 лет, принявших участие в исследовании, менялась с 2005 по 2014 год. Следует отметить следующую значимую тенденцию – заметное снижение доли девушек-подростков, употребляющих алкоголь не менее 1 раза в неделю с 7 % в возрастной группе 11-ти летних девочек в 2005-06 уч. году, до 5 % в 2009-10 уч. году и до 3 % в 2013-14 уч. году. Удельный вес 13-ти летних девушек-подростков, употребляющих алкоголь не менее 1 раза в неделю, снизился с 17 % девушек в 2005-06 уч. году, до 6 % в 2009-10 и в 2013-14 уч. годах. Количество 15-ти летних девушек-подростков, употребляющих алкоголь не менее 1 раза в неделю, снизилось с 21 % в 2005-06 уч. году, 9 % в 2009-10 уч. году и до 6 % в 2013-14 уч. году.

При достоверно положительной динамике снижения показателя регулярного потребления алкоголя мы отмечаем такое негативное явление, как высокий процент 11- и 13-ти летних девушек, употребляющих алкоголь не менее 1 раза в неделю, превышающий среднеевропейские значения в 2 раза и более. Несмотря на устойчивое снижение процента девушек, регулярно употребляющих алкоголь в раннем подростковом возрасте, различия в этом показателе между РФ и Европой сохраняются.

Другим значимым показателем является наличие состояния опьянения. Данные анкеты HBSC отражают сопоставимые данные опроса девочек и девушек, которые сообщают, что находились в состоянии опьянения два раза или более. Доля 11-ти летних девочек, которые находились в состоянии опьянения два раза или более, сократилась с 6 % в 2005-06 и 2009-10 уч. годах, до 1 % в 2013-14 уч. году. Удельный вес 13-ти летних девушек-подростков, которые находились в состоянии опьянения два раза или более, снизился с 18 % девушек в 2005-06 уч. году, до 12 % в 2009-10 и до 4 % в 2013-14 уч. годах. Количество 15-ти летних девушек-подростков, которые находились в состоянии опьянения два раза или более, снизилось с 30 % в 2005-06 уч. году, 19 % в 2009-10 уч. году и до 11 % в 2013-14 уч. году. Несмотря на устойчивое снижение процента российских девушек, испытывавших состояние опьянения в раннем подростковом возрасте, различия в этом показателе между РФ и Европой сохранялись до 2009 года и только к 2013-14 уч. году различия нивелировались.

Выводы. Таким образом, несмотря на позитивные тенденции, можно отметить два аспекта проблем, связанных с женским здоровьем в РФ: 1) проблема раннего начала употребления алкоголя девочками школьного возраста; 2) более низкий темп снижения заболеваемости и болезненности, а также обращаемости с алкогольными проблемами среди женского населения, по сравнению с мужским. Эти два аспекта нуждаются в более пристальном и прицельном изучении эпидемиологическими методами.

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА НА ДИНАМИКУ ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

Фоменко А.Н., Кожадей Е.В., Гречаный С.В.

Санкт-Петербург

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Послеродовые аффективные расстройства (ПАР) высоко распространены в настоящее время. Ими в различной степени страдают более 90 % женщин в раннем и отдаленной послеродовом периоде. ПАР в последние десятилетия детально изучаются, но закономерности формирования и течения послеродовых аффективных расстройств, подходы к их терапии все же остаются предметом дискуссии, требуют дальнейшего исследования. Благодаря достижениям современной перинатальной медицины стало возможным выхаживать недоношенных детей, в том числе с крайне низкой массой тела. Это, с одной стороны, является положительным фактором психического здоровья женщин, а, с другой, может рассматриваться в качестве

дополнительного факторам формирования ПАР. Цель исследования: сравнительное изучение динамики и выраженности ПАР у женщин со здоровыми новорожденными и женщин, чьи дети проходили длительное лечение в отделении неонатальной патологии. Задачи: изучение групп женщин с риском развития ПАР с помощью скрининговой методики; изучение структуры и выраженности ПАР с помощью рейтинговых шкал самооценки; изучение личностного профиля пациенток с ПАР.

Материал исследования. Обследовано 113 женщин в послеродовом периоде, пациенток перинатального центра СПбГПМУ.

Критерии включения пациенток в исследование: 1) женщины, роды у которых проходили в перинатальном центре СПбГПМУ; 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. Все пациентки прошли повторное обследование во временной период от 30 до 36 дней после родов. На этом этапе были выделены 2 группы пациенток: 1 группа – женщины (78 чел.), чьи дети выписались через 3-6 дней после родов. Обследование проходило в амбулаторных условиях; 2 группа – женщины (35 чел.), дети которых в указанный временной период были пациентами отделения перинатальной патологии.

Методы исследования: 1) клинико-анамнестический метод: использовалась разработанная анамнестическая карта, в которой регистрировалось качественные (номинативные) характеристики, в том числе по бинарному принципу (наличие/отсутствие признака); 2) 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; 3) 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 7 – отсутствие выраженных симптомов тревоги и депрессии, от 8 до 11 – субклинически выраженная тревога или депрессия, 12 и выше – клинически выраженная тревога или депрессия; 4) шкала ангедонии-модифицированная шкала Снейта-Гамельтона (SHAPS-C- the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration). Используется для изучения выраженности когнитивных, эмоционально-эстетических, социальных и соматовегетативных проявлений ангедонии; 5) сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности (СМОЛ).

Результаты и их обсуждение: при первичном обследовании не было обнаружено достоверных различий между изучаемыми группами по степеням тяжести шкал EPDS ($\chi^2=0,884$, $p=0,347$), госпитальной шкале тревоги ($\chi^2=3,326$, $p=0,334$) и депрессии ($\chi^2=0,465$, $p=0,793$). При повторном обследовании выявлены достоверные отличия между степенями тяжести пациенток 1 и 2 групп по шкалам EPDS ($\chi^2=20,214$, $p=0,0001$), госпитальной шкале тревоги ($\chi^2=29,166$, $p=0,0001$) и депрессии ($\chi^2=18,459$, $p=0,0001$). В динамике средние значения всех шкал имели тенденцию к достоверному снижению (за исключением шкалы ангедонии). Таким образом, было выявлено, что с течением времени у всех женщин снижаются показатели тревоги и депрессии, но меньше всего подвержен изменению такой депрессивный симптом, как ангедония. Ангедония как проявление депрессии при клинической беседе часто оказывается не замеченным, может никак не отражаться в привычке и поведении пациентки. Результаты разных исследований показано, что этот же симптом особенно негативно сказывается на взаимоотношении матери и ребенка, формировании системы детско-материнской привязанности. Учитывая, что ангедония проявила тенденцию к устойчивости и мало зависела от внешних обстоятельств жизни женщины, то можно предположить, что при ПАР она в значительной степени определяет устойчивость ремиссии и качества жизни. При сравнении разных групп пациенток выявлено, что при первичном обследовании средние значения Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии в 1 группе оказалась выше по сравнению с пациентками 2-й группы. Данный факт, по-видимому, может быть связан с большей «экспозицией» антенатальной тревоги и депрессии у вовремя родивших пациенток по сравнению с матерями недоношенных новорожденных. При повторном обследовании у пациенток 2 группы средние значения всех шкал оказались достоверно ниже по сравнению с женщинами 1 группы. Относительно различий личностного профиля у пациенток можно сказать, что в 1 группе достоверно преобладали средние значения шкалы «Психастения», а во 2 – шкалы «Паранойяльность».

Выводы: у женщин, длительно находящихся на отделении патологии новорожденных, выявлена склонность к затяжному характеру послеродовых аффективных расстройств, что может указывать на значимую роль психогенных факторов в их развитии. Можно сказать, что заболевания периода новорожденности у ребенка ухудшает психическое состояние матерей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ, СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ И ТИПОВ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Фомичева М.В.¹, Караваева Т.А.¹, Васильева А.В.^{1,2}, Отрощенко О.Н.³

Санкт-Петербург

¹ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ²ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России,

³ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой» УДП РФ

Введение. Проблема избыточной массы тела является чрезвычайно актуальной в современном обществе, так как вопросы лишнего веса затрагивают все больше людей, а пути борьбы с ожирением и переяданием становятся все менее эффективными. Согласно статистике, женщины более склонны к появлению избыточного веса, поэтому для лиц женского пола данная проблема является особенно острой.

Ожирение и избыточная масса тела могут кардинально изменить образ жизни женщины, отражаясь на всех сферах её жизнедеятельности. Это заболевание оказывает влияние на мобильность и способность передвигаться, способность к самообслуживанию, уровень либидо, энергичность и работоспособность. Повышение веса может стать причиной проблем со здоровьем, оказывать негативное влияние на настроение, самооценку, качество жизни в целом.

Целью исследования являлось изучение взаимосвязи самоотношения и пищевого поведения у женщин с избыточной массой тела.

В данной работе рассматривались личностные особенности пациенток с психогенным переяданием, такие как перфекционизм и локус контроля, и изучалась взаимосвязь этих характеристик с основными типами нарушения питания: экстернальным, эмоциогенным, ограничительным.

В том числе у женщин с избыточным весом и ожирением предполагалось наличие высокого уровня перфекционизма и преобладание экстернального локуса контроля в отличие от лиц женского пола с нормальной массой тела.

Еще одной из задач исследования являлось изучение качества жизни женщин с избыточным весом. Наиболее интересными для анализа оказались следующие сферы: положительные эмоции, познавательные функции, самооценка, образ тела, внешность, отрицательные эмоции, личные отношения, сексуальная активность. Любопытным оказалось также сравнение качества жизни пациенток с нормальной и избыточной массой тела.

Результаты проведенной работы помогли в поисках факторов, оказывающих влияние на пищевое поведение лиц женского пола. Полученные данные позволяют воздействовать непосредственно на причину возникновения избыточной массы тела у женщин, а не на ее следствие, что способствует более эффективному решению проблемы набора веса.

В исследовании приняли участие 67 женщин в возрасте от 18 до 60 лет. В первую группу вошли 37 человек, индекс массы тела которых составляет более 25. Вторую группу исследования составили 30 обследуемых. В данную группу вошли женщины, индекс массы тела которых составляет менее 25.

В нашей работе были использованы следующие материалы и методы:

1. EAT-26 (тест отношения к приему пищи).
2. Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ).
3. Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения.
4. Многомерная шкала перфекционизма Хьюитта-Флетта.
5. Диагностика парциальных позиций интернальности – экстернальности личности (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд).

Для сравнения контрольной и экспериментальной группы был использован U-критерий Манна-Уитни, а для поиска взаимосвязи между уровнем перфекционизма, преобладающим локусом контроля и основными типами нарушениями питания применялся коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ результатов женщин с избыточной массой тела и ожирением и лиц женского пола с нормальным весом показал, что:

1. У женщин с избыточной массой тела выраженность типов нарушений пищевого поведения выше, чем у лиц женского пола с нормальным весом. Причем, значимые различия наблюдались по критериям ограничительного ($U=399,5$ при $p \leq 0,05$) и эмоциогенного переядания ($U=298,5$ при $p \leq 0,001$).

2. В целом субъективная оценка качества жизни пациенток с избыточным весом оказалась ниже, чем у женщин, чья масса тела находится в норме.

Значимые различия между результатами первой и второй группы выявлены в следующих подшкалах методики: удовлетворенность психологической сферой жизни ($U=217,5$ при $p \leq 0,001$), удовлетворенность социальными отношениями ($U=280$ при $p \leq 0,01$), выраженность положительных эмоций ($U=268$ при $p \leq 0,001$), уровень самооценки ($U=306$ при $p \leq 0,01$), удовлетворенность образом тела, внешностью ($U=176,5$ при $p \leq 0,001$), удовлетворенность личными отношениями ($U=323$ при $p \leq 0,05$), уровень сексуальной активности ($U=323$ при $p \leq 0,05$).

3. Женщины, страдающие ожирением, обладают более высоким уровнем перфекционизма, чем лица женского пола с нормальным весом. Причем, значимые различия обнаружены по двум видам данной личностной характеристики: перфекционизма, направленного на других ($U=398$ при $p \leq 0,05$), и социального предписанного перфекционизма ($U=292,5$ при $p \leq 0,001$).

4. Для испытуемых, имеющих проблемы с избыточной массой тела, характерен более экстернальный локус контроля, чем для испытуемых, не имеющих проблем с лишним весом. Значимые различия между испытуемыми первой и второй группы выявлены в уровне общего локуса контроля ($U=346,5$ при $p \leq 0,01$).

Подводя итоги сравнительного анализа двух групп исследуемых женщин, можно говорить о том, что у пациенток с повышенной массой тела и ожирением более выражено ограничительное и эмоциогенное пищевое поведение, для них характерен более высокий уровень перфекционизма, направленного на других, предписанного и общего перфекционизма, а также экстернальный локус контроля.

Для лиц женского пола, чей вес находится в норме, характерен более высокий уровень удовлетворенности жизнью в разных жизненных сферах, более позитивное отношение к себе и своему телу, более высокий уровень самооценки, а также интернальный локус контроля.

Анализ взаимосвязи между типами пищевого поведения, удовлетворенностью в различных жизненных сферах, локусом контроля и перфекционизмом у женщин, страдающих лишним весом, позволил сделать следующие выводы:

1. Выявлена обратная корреляция между эмоциогенным типом пищевого нарушения и субъективной оценкой качества жизни. Чем более выражено эмоциогенное пищевое поведение, тем ниже удовлетворенность психологической сферой жизни ($r_s = -0,492$ при $p \leq 0,01$) и социальными отношениями ($r_s = -0,465$ при $p \leq 0,01$), тем выше удельный вес отрицательных эмоций ($r_s = 0,361$ при $p \leq 0,05$), ниже уровень самооценки ($r_s = -0,449$ при $p \leq 0,01$) и удовлетворенности своим телом и внешностью ($r_s = -0,335$ при $p \leq 0,05$), меньше удовлетворенность личными отношениями ($r_s = -0,386$ при $p \leq 0,05$) и ниже сексуальная активность ($r_s = -0,403$ при $p \leq 0,05$).

2. Значимых взаимосвязей между типами нарушений пищевого поведения и уровнем перфекционизма не выявлено.

3. Обратная значимая корреляция выявлена между эмоциогенным пищевым поведением и локусом контроля в сфере здоровья ($r_s = -0,431$ при $p \leq 0,01$). Полученная взаимосвязь означает, что чем более выражено эмоциогенное пищевое поведение женщины, тем ниже её локус контроля в сфере здоровья, и – наоборот.

Таким образом, наличие эмоциогенного переживания и, как следствие, избыточного веса, может иметь негативное влияние на субъективную оценку качества жизни женщины, в том числе на удовлетворенность собой, своей внешностью, межличностными и социальными отношениями, сексуальной активностью. Лица женского пола, страдающие ожирением также склонны не брать на себя ответственность за свое физическое здоровье, перекладывать ее на внешние факторы и обстоятельства, что может затруднять процесс терапии.

Заключение. Теоретический анализ литературы показал, что пищевое поведение большинства женщин направлено не только на удовлетворение физиологических и биологических потребностей, но также социальных и психологических. Проблема ожирения и избыточной массы тела для лиц женского пола является достаточно актуальной на сегодняшний день, но недостаточная изученность факторов ее развития приводит к тому, что количество женщин, страдающих этим недугом, неуклонно растет. Диагностика же данного заболевания не должна ограничиваться лишь медицинскими показателями, но и учитывать психологические особенности таких пациенток, что может позволить в дальнейшем сократить и уменьшить количество лиц с ожирением и избыточной массой тела.

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ И АУТОСТИГМАТИЗАЦИЯ У РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Хайретдинов О.З.

Москва

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

В отечественной детской психиатрии детально проанализировано влияние родителей на возникновение и течение психических расстройств у детей и подростков (Гарбузов В.И., Исаев Д.Н., Захаров А.И., 1977; Захаров А.И., 1982; 1988; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1990; 1999; Зайцев В.В., 1999 и др.). Заметно меньше изучены обратные влияния – возникновение психологического неблагополучия и вторичных психических расстройств у родственников, воспитывающих ребенка с психическими нарушениями (Либлинг М.М., 2000; Сорокин В.М., 1998; Печникова Л.С., 1997; Стоянова И.Я., 1988). Как правило, явления и первого, и второго типа рассматриваются упрощенно с опорой на линейную логику причинно-следственных взаимосвязей.

Целью данного сообщения является описание феноменологии и динамики расстройств адаптации и других психогенных психических нарушений у родителей психически больных детей.

Детским психиатрам часто приходится встречаться с некомплаентностью, неконструктивным отношением родителей больных детей к их терапии. В основе данного поведения родителей могут лежать вторичные психопатологические расстройства пограничного уровня (невротического и патохарактерологического регистров), обусловленные психической травматизацией в связи с психической болезнью ребенка.

Типичной реакцией в ответ на психическое заболевание ребенка являются депрессивные расстройства различной глубины и феноменологической структуры. Отсутствие клинически оформленной депрессии может означать наличие ее в латентной или маскированной форме (Molony, 1971). Многие родители прямо либо косвенно указывают на собственное психическое неблагополучие в связи с болезнью и патологическим поведением сына или дочери. Часто встречаются аффективно-шоковые, тревожные и дисфорические расстройства, многие родители жалуются на страх, растерянность, чувство вины, эмоциональное и физическое истощение. Как правило, при обращении к специалистам детской психиатрической службы эмоциональным и поведенческим реакциям родителей не уделяется достаточного внимания или они могут становиться препятствием и даже поводом для прекращения лечения.

Реакция родителей на психическое расстройство ребенка во многом определяется его возрастом. В дошкольной возрастной группе наиболее уязвимыми оказываются родители глубоко умственно отсталых и аутичных детей (Wolf L., 1989; Gill M., 1990; Печникова Л.С., 1997; Хайретдинов О.З., Уваровская О.Ю., 2003; 2004 и др.).

Манифестация острых психотических расстройств, суицидальные действия, нанесение самоповреждений, внезапный уход из дома или другое поведение подростка, входящее в разрез с ценностями родителей может провоцировать у них аффективно-шоковые реакции с явлениями растерянности, дереализации, отчаяния, гнева.

Деадаптирующая и дестабилизирующая роль заболевания ребенка становится особенно отчетливой при остром развитии психотических расстройств. Отмечена определенная этапность эмоционального реагирования и поведения родителей в период первой госпитализации детей и подростков в психиатрический стационар.

В первые дни пребывания ребенка в стационаре у родителей преобладали явления растерянности с элементами дереализации и деперсонализации, часто сопровождающиеся сомнениями в целесообразности госпитализации, недооценкой или даже отрицанием очевидных признаков психотических расстройств у ребенка. У меньшей части родителей, преимущественно у отцов, отмечалось тревожное суетливое возбуждение со стремлением к активности, чаще дезорганизующей процесс оказания помощи.

В случае быстрой редукции симптоматики на 2-3 неделе госпитализации отмечались эмоциональная лабильность на фоне заметной астенизации вплоть до выраженной полярности аффекта (от эйфории с возвратом недооценки и недостатка критики к состоянию ребенка до страха и пессимистических ожиданий). При отсутствии заметной положительной динамики в состоянии ребенка у родителей нарастали депрессивные переживания с тревожным, тоскливым, анестетическим или дисфорическим компонентами. Часто при этом высказывались идеи самообвинения или обвинения медицинских работников, педагогов, родственников за якобы допущенные халатность, ошибки, оказавшие патогенное влияние на ребенка.

Накануне выписки из стационара в случае купирования или существенной редукции психических расстройств у ребенка большая часть родителей реагировала усилением тревоги, неуверенности в правильности и адекватности собственных воспитательских действий. Избыточная эйфория, облегченное отношение позволяли прогнозировать манкирование рекомендациями по дальнейшему наблюдению и поддерживающему лечению. При недостаточном эффекте от проведенного лечения у родителей были видны разочарование, утрированный пессимизм, оппозиционно-недоверчивое отношение к возможностям медицинского учреждения.

На фоне редукции острой симптоматики у ребенка, рецидивах, а также при подостром и постепенном возникновении расстройств у родителей могут формироваться затяжные депрессивные, тревожные и смешанные реакции.

При хроническом течении заболевания ребенка часто складываются защитно-агрессивные или избегающе-ограничительные формы поведения родителей, которые вследствие сенсбилизации к реакциям окружающих становятся по механизму «порочного круга» источником постоянного фона дополнительных травмирующих переживаний.

Успешное лечение психических расстройств у детей и подростков требует выявления и коррекции вторичных психогенных психических расстройств и явлений аутостигматизации у их родителей.

ЭТАПНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ В СИСТЕМЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Хайретдинов О.З.

Москва

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

Актуальность проблемы терапии нервной анорексии в подростковом возрасте обусловлена продолжающимся ростом ее распространенности и обращаемости (Грачев В.В., 2017), недостаточно разработанными аспектами этиопатогенеза, нечеткостью нозологических границ, дефицитом доказательной базы эффективных способов лечения (Fitzpatrick K.K., Lock J.D., 2011; Hartmann A. et al., 2011). За последнее десятилетие (с 2008 по 2017 годы) в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» на стационарном лечении находились более 250 подростков с диагнозом «Нервная анорексия» (F50.0, F50.1), при этом количество ежегодных госпитализаций за данный период возросло в 8-9 раз.

Не вызывает сомнений необходимость стационарного этапа лечения нервной анорексии в случаях существенного дефицита и/или при высоком темпе снижения массы тела, наличии суицидальных тенденций, неэффективности амбулаторной терапии. Основные принципы оказания медико-психологической помощи при нервной анорексии – комплексность, этапность, дифференцированность и раннее начало, применимы также и в вопросах планирования и проведения психотерапевтической части лечения. Комплексный характер подразумевает координированную коррекцию разнообразных соматических и психических нарушений, сочетание биологической и психосоциальной терапии, совместное применение наиболее зарекомендовавших себя психотерапевтических подходов – когнитивно-поведенческой, групповой (межличностной) и семейной терапии. Очевидно, что на каждом из этапов оказания помощи – догоспитальном, госпитальном, постгоспитальном, целесообразна постановка обусловленных актуальным состоянием пациента меняющихся в динамике задач и применение соответствующих методов и стратегий терапии.

Целью данного сообщения является рассмотрение последовательности и этапов реализации психотерапевтических стратегий в рамках стационарного блока лечения нервной анорексии у девочек-подростков на материале работы специализированного стационарного отделения ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

На начальном этапе стационарного лечения целесообразно формирование детализированного «прозрачного» контракта, включающего четко регистрируемые изменения поведения пациента (количество и состав принимаемой пищи, жидкости, объем физической активности, исключение очистительного поведения, соблюдение режима лечебно-диагностических процедур, взвешивания и пр.), с одной стороны,

и связанное с ними движение от строгого постельного режима к более активному и разнообразному формату пребывания в отделении, с другой. В большинстве случаев данный подход позволяет относительно быстро сформировать формальную мотивацию для первоначального отхода девочки от жесткого стереотипа аноректического поведения, как правило, без реальных намерений его пересмотра в будущем (после отмены постельного режима или выписки из стационара). Тем не менее, даже сам факт улучшения питания и некоторого начального повышения массы тела, согласно данным ряда авторов (Zandian M. et al., 2007; Brown A., 2014; Грачев В.В., 2017), способствует улучшению психического состояния и эффективности психотерапевтических интервенций и перспектив терапии в целом. Представляется, что на начальном этапе в рамках решения задач неотложной медицинской помощи подобная жесткая поведенческо-конвенциональная стратегия является оправданной и достаточно эффективной.

На следующем этапе по мере стабилизации физического состояния и начавшегося изменения к более конструктивному и реалистичному отношению к питанию и весу происходит переход к полупостельному режиму с возрастающей дозированной физической активностью, увеличивается удельный вес формализованных психотерапевтических мероприятий. Важно отметить, что особенности коммуникаций должны эволюционировать от полюса преобладания инициативы и жесткого контроля врачей и медицинского персонала стационара к более активной позиции и роли пациентки и членов ее семьи. Существенную роль в формировании такой динамики играет семейное психологическое консультирование с участием родителей и других членов семьи (сиблингов, прародителей). Примечательно, что большинство исследований по изучению эффективности психотерапевтического лечения подростков с нервной анорексией предусматривали вовлечение родителей в процесс лечения, а семейная терапия рассматривается в качестве метода выбора (Le Grange D., 2005).

Наиболее широкое распространение и авторитетность получили выросшие из ранних работ школы структурной системной семейной терапии (Minuchin S. et al., 1975) методики лондонской психиатрической клиники Модсли, включающие как амбулаторные, так и стационарные программы специализированной помощи. Протоколы работы с родителями существенно отличаются от первоначальной стратегии Минухина четким фокусированием на конкретных проявлениях пищевого (аноректического) поведения. Вопросы оптимизации структурных параметров семейной системы и более широкий круг психосоциальных проблем подростка и семьи откладываются на время после достижения безопасного веса пациента, в наших условиях – на постгоспитальный этап.

Третий этап ведения пациентов в стационаре реализует подготовку и переход к продолжению лечения в амбулаторных условиях. Сохраняющаяся в разной степени амбивалентность по отношению к набору веса и пищевому поведению повышает актуальность укрепления сотрудничества (альянса) с конструктивной частью в установках и поведении пациентки с опорой как на специально-формализованные, так на и универсальные малоспецифичные способы психотерапевтической работы с «субличностями». К примеру, большое значение имеют акцентированные в групповой психотерапевтической работе и поддерживаемые в повседневной жизни в отделении проявления конструктивного «наставничества» по отношению к вновь поступившим пациенткам.

Одной из сложнейших и практически трудно решаемых последующих задач является продолжения курса психотерапии в амбулаторных условиях с соблюдением преемственности и логики стратегий работы с пациенткой в индивидуальном, групповом и семейном форматах. По мнению большинства экспертов, длительность постгоспитального амбулаторного курса психотерапии и контроля соматического статуса после восстановления массы тела в стационарных условиях должна быть не менее 12 месяцев. Оптимальным вариантом представляется формирование циклически замкнутого комплекса оказания медицинской и психологической помощи при нервной анорексии на догоспитальном, госпитальном и постгоспитальном этапах в структуре одного лечебного учреждения.

Эффективность проводимого лечения нервной анорексии связана с различными объективными и субъективными факторами – природой и характером течения заболевания, квалификацией специалистов, слаженностью взаимодействия с пациентом и членами семьи, их комплаентностью и многих других. Для повышения эффективности лечения в целом и психотерапии, в частности, важно соблюдать логику и последовательность терапевтической стратегии на разных этапах оказания помощи, согласованность действий разных участников процесса.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Хритинин Д.Ф., Сумарокова М.А.

Москва

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),

Центр медицины и реабилитации «Премиум Клиник»

Целью исследования стало изучение особенностей суицидального поведения (СП) студенток медицинского ВУЗа.

Материалы и методы. Обследованы 124 студентки медицинского ВУЗа, у 33 из них (22,61 %) обнаружено СП. В 1-ю (исследуемую) группу вошли 33 девушки с СП, во 2-ю (контрольную) – 91 без СП. Обе группы сопоставимы по основным социально-демографическим показателям. Основными методами исследования стали клинико-психопатологический, клинико-психологический, клинико-катамнестический и статистический. Для оценки влияния личностно-психологических особенностей на суицидальное поведение использовались стандартизированные психометрические шкалы (СМИЛ и sf-36).

Результаты и обсуждение. Личностные особенности являются одной из основных детерминант СП. Для студенток с СП характерны более высокие баллы по шкалам (СМИЛ) сверхконтроля, пессимистичности и эмоциональной лабильности. По шкале 1 (сверхконтроль) средний балл в первой группе составил $58,06 \pm 9,15$, во второй – $51,90 \pm 8,06$ ($p < 0,01$). По шкале 2 (пессимистичность) в первой группе – $59,16 \pm 9,55$, во второй – $56,82 \pm 8,38$ ($p < 0,05$). По шкале 3 (эмоциональная лабильность) в первой группе – $57,05 \pm 10,21$, во второй – $52,69 \pm 7,46$ баллов. По другим шкалам достоверных различий обнаружено не было.

Для лиц с повышением показателей по первым трем шкалам наибольшее патогенное значение имеют не пассивные препятствия, мешающие удовлетворению актуальной потребности, а невозможность реализации мотивированного поведения в связи с наличием сравнимых по силе, но разноплановых потребностей. У таких лиц невротические реакции связаны с недостаточностью физических и психических ресурсов индивидуума для реализации мотивированного поведения в определенной ситуации. Данный характер профиля определяется не типом конфликта, а степенью участия в формировании поведения механизмов интрапсихической адаптации.

Личностные особенности могут быть как просуицидальным, так и антисуицидальным фактором, помогая преодолевать жизненные неприятности.

Такие личностные особенности находят отражение в снижении качества жизни ($p < 0,05$). При исследовании опросником качества жизни sf-36 у девушек с суицидальным поведением обнаружены достоверно более низкие баллы по шкалам жизненной активности – $45,96 \pm 21,07$ баллов, психического здоровья – $50,45 \pm 21,73$ и психического компонента здоровья – $38,91 \pm 9,43$. При этом в контрольной группе выявлены следующие показатели: $58,70 \pm 14,47$ ($p < 0,01$), $64,57 \pm 15,33$ ($p < 0,005$), $45,76 \pm 8,29$ ($p < 0,025$). По показателям, связанным с физическим здоровьем, достоверных различий обнаружено не было.

Одним из основных факторов, влияющих на формирование личностных особенностей, являются условия воспитания индивидуума. По данным нашего исследования у студенток с суицидальным поведением достоверно чаще выявлено развитие в условиях психотравмирующей ситуации в родительской семье ($\chi^2 = 20,15$, $p < 0,001$). Из психотравмирующих ситуаций наиболее часто встречались частые ссоры и скандалы, неполная семья, приход в семью отчима или мачехи и смерть близкого родственника. Психотравмирующая ситуация встречалась у 54,55 % девушек (31 человек) из исследуемой группы и у 27,47 % девушек (25 человек) из контрольной группы.

Также достоверно чаще у студенток с суицидальным поведением встречалось дисгармоничное воспитание ($\chi^2 = 20,15,90$, $p < 0,001$). Дисгармоничное воспитание выявлено у 19 девушек (57,58 %) из исследуемой группы и у 21 (23,08 %) из контрольной. Среди различных вариантов дисгармоничного воспитания наибольшим просуицидальным действием обладали гиперопека, воспитание в условиях повышенной моральной ответственности, наличие контрастных педагогических установок, в меньшей степени влияли непостоянство поведения родителей, несправедливость со стороны родителей, чрезмерная строгость наказаний и чрезмерная гневливость родителей и гипоопека. Сочетание нескольких типов дисгармоничного воспитания значительно повышало риск развития суицидального поведения.

Создание собственной семьи часто приводило к дезадаптации студенток с вышеописанными личностными особенностями и в результате дезадаптации у ряда обучающихся развивалось суицидальное поведение. У замужних студенток достоверно чаще встречалось суицидальное поведение ($\chi^2 = 8,97$, $p = 0,027$).

Замужем было 12,12 % студенток с суицидальным поведением и 1,1 % среди студенток без суицидального поведения. Оценивалось влияние развода на возможность развития суицидального поведения у студенток медицинского ВУЗа. Достоверных различий по этому показателю между первой и второй группами обнаружено не было ($\chi^2=3,47$, $p=0,063$). Также доля студенток с детьми в первой группе была достоверно больше – 15,15 % при 2,3 % во второй ($\chi^2=7,63$, $p=0,0057$). Эти данные отличаются от результатов исследований в общей популяции. Во многих исследованиях показано выраженное антисуицидальное действие наличия супругов и детей. Причинами таких особенностей могут быть как личностно-психологические особенности студенток медицинских ВУЗов, так и особые социальные условия в которых обучаются студенты медицинского ВУЗа – более высокая учебная нагрузка, более высокий уровень стресса (взаимодействие с больными людьми), часто встречающиеся материальные трудности и другие.

Закключение. Ведущими факторами формирования суицидального поведения с точки зрения социобиопсихического подхода являются личностная организация и ситуационные особенности среды. Констелляцию (взаимодействие) вышеперечисленных факторов, приводящих к формированию и развитию суицидального поведения, следует рассматривать как базис для разработки и совершенствования профилактических мероприятий, специфичных для студентов медицинских ВУЗов.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ

Черная Ю.С.

Санкт-Петербург

НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева

Многие авторы утверждают, что матери детей с отклонениями в развитии, независимо от характера патологии, имеют те или иные личностные проблемы. Они часто подавлены и переживают чувство вины из-за рождения аномального ребенка, испытывают социальную изоляцию, а чрезмерная погруженность в воспитание больного ребенка приводит к фрустрации их базовых потребностей. Рождение ребенка с аномальным развитием описывается как стрессовая ситуация, обусловленная блокированием значимых потребностей и целей родителя, приводящим к существенному напряжению адаптационных ресурсов личности.

Значимость изучения психологических особенностей матерей, чьи дети тяжело хронически больны, их отношения к болезни ребенка, во многом, обусловлено тем, что благополучие больного ребенка зависит от его окружения. Гармоничные отношения в семье, эмоциональный и физиологический комфорт способствуют улучшению положительной динамики лечения.

Цель исследования изучить особенности отношения матерей к болезни ребенка, страдающего нейрофиброматозом.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 75 матерей в возрасте от 26 до 52 лет (средний возраст $36,7 \pm 4,72$). Основную группу составили матери, воспитывающие детей с нейрофиброматозом ($n=25$), группа “клинического” контроля включала матерей, имеющих детей с ревматоидной патологией ($n=25$), а группа “нормативного” контроля состояла из матерей условно здоровых детей ($n=25$).

Методики. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; В.Е. Каган, И.П. Журавлева), а так же авторская анкета.

Обработка данных: описательные статистики, непараметрический критерий U-Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции тау-Кендалла.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ отношения к болезни ребенка у матерей, воспитывающих детей с нейрофиброматозом и матерей детей больных ревматоидными заболеваниями различного генеза, выявил достоверные различия только по шкале «Нозогнозия», отражающей тенденцию родителя преувеличивать или преуменьшать тяжесть болезни ребенка ($U=191,5$; $p=0,029$). В целом, большинство матерей, участвовавших в исследовании, не склонны преувеличивать тяжесть болезни своего ребенка – высокие и крайне высокие показатели по этой шкале отсутствуют в обеих группах. Однако, тенденция преуменьшать, свойственна больше матерям воспитывающим детей с ревматоидными артритами различного генеза – низкие показатели присутствуют у 60 % респондентов, средние же составляют только

32 %. Матери с детьми, больными нейрофиброматозом, наоборот, больше стремятся к “реальному” восприятию заболевания – средние показатели отмечаются у 72 % испытуемых, а низкие – 20 %.

Матерям из обеих групп в большей степени свойственен экстернальный родительский контроль над болезнью ребенка – причины болезни воспринимаются как мало зависящее от родителей и нечто, чем они не могут управлять. Высокие показатели по шкале «экстернальность», отмечается у 20 % матерей детей, больных нейрофиброматозом, и у 28 % матерей, дети которых страдают ревматоидной патологией, а средние показатели – у 76 % и 60 % матерей, соответственно.

Можно отметить, что тревожность находится в районе средних значений у 84 % матерей воспитывающих детей больных нейрофиброматозом, что говорит об приемлемой выраженности тревожности по поводу заболевания своего ребенка.

Общее напряжение по поводу заболевания в обеих группах соответствует средним, нормативным значениям. Так 84 % матерей воспитывающих детей с нейрофиброматозом и 76 % матерей детей с ревматоидными патологиями выражают соответствующую ситуации напряженность по поводу заболевания ребенка.

Можно отметить, что чем лучше матери детей с нейрофиброматозом понимают оценку врача, которая касается природы и тяжести заболевания, тем сильнее возрастает тревожность по поводу заболевания ребенка – выявлена положительная корреляция ($t=0,376$, $p\leq 0,05$). Подобная закономерность так же прослеживается, если выявляется наследственная отягощенность со стороны матери ($t=-0,414$, $p\leq 0,05$). Так же, стоит отметить, что у многих матерей, как воспитывающих детей с нейрофиброматозом (20 %), так и с детьми, страдающими ревматоидными патологиями (44 %), проявлялась тенденция сокрытия тревоги по поводу заболевания своего ребенка.

Заключение. Для матерей детей, страдающих нейрофиброматозом, равно как и для матерей, воспитывающих детей с ревматоидной патологией, характерны: экстернальный родительский контроль над болезнью ребенка – причины болезни воспринимаются, как мало зависящее от родителей, средняя выраженность проявлений тревожности и общего напряжения по поводу заболевания, снижение тенденции ограничивать активность ребенка. Специфика отношения к болезни ребенка у матерей детей с нейрофиброматозом, по сравнению с матерями, воспитывающими детей с ревматоидной патологией, заключается в отсутствии тенденции к преуменьшению тяжести заболевания ребенка.

ЖЕНЩИНЫ В ИСПРАВИТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ: АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ГЕНДЕРНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ

Шаклеин К.Н., Барденштейн Л.М., Семенова Н.Д.

Москва

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского»
Минздрава России, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова»

Введение. Гуманизация пенитенциарной системы предполагает, прежде всего, медико-психологическое сопровождение женщин, находящихся в исправительных учреждениях. Работа в данном направлении выходит за рамки собственно судебно-психиатрической проблематики и позволяет изучить более широкий круг явлений, и поставить ряд вопросов, касающихся реабилитационной работы в исправительных учреждениях. Важным этапом такой работы является изучение природы и составляющих агрессии, гетероагрессивного и аутоагрессивного поведения, истоков суицидального поведения женщин. Здесь важно выявить те клиничко-психопатологические и психологические факторы, которые влияют на аутоагрессивное и суицидальное поведение женщин, отбывающих наказание в исправительных учреждениях.

Цель исследования. Выявление взаимосвязей между аутоагрессивным поведением женщин в исправительном учреждении, их психологическими особенностями и состоянием психического здоровья.

Материалы и методы. Обследовано две группы женщин, отбывающих наказание в исправительной колонии Управления федеральной службы исполнения наказаний России: женщины с аутоагрессивным поведением ($n=298$) и женщины без проявлений агрессии ($n=321$). Использовались следующие методы: клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический. Экспериментально-

психологический инструментарий включал: шкалу Розенцвейга (выраженность агрессивности как свойства личности); метод Р. Кеттелла (наличие и характер свойств личности, тормозящих агрессию); шкалу оценки риска суицидальных действий А.Г. Шмелева и И.Ю. Беляковой; шкалу социально-психологической адаптированности (СПА), в адаптации Т.В. Снегиревой.

Результаты и их обсуждение. Аутоагрессивные действия женщин, отбывающих наказание в исправительных учреждениях (нанесение порезов, попытки отравления или повешения и т.п.), в более чем половине случаев (52,7 %) представляли собой суицидальный акт, связанный с нежеланием жить. В 32,9 % случаев они совершались с иной целью (сменить камеру, попасть в больницу и т.п.) – то есть, являлись актом инструментальной аутоагрессии. В 14,4 % случаев аутоагрессивные действия представляли собой реактивную аутоагрессию – как ответную реакцию на притеснения, унижения, издевательства. Это те случаи, когда женщина, в силу обстоятельств, не могла ответить на агрессию гетероагрессией, и на пике психического напряжения наносила самоповреждения для разрядки этого напряжения. Среди женщин с аутоагрессивным поведением преобладали лица с психическими расстройствами доклинического уровня. Наиболее значимыми факторами, влияющими на аутоагрессивное поведение, являются такие психологические характеристики как склонность к суицидальным действиям и уровень адаптации личности, а также депрессивные и невротические расстройства. Микрореакции на повседневные события отбывания наказания в исправительном учреждении, складываясь, подготавливают глобальный паттерн реагирования уже в ситуации кризиса, и их кумулятивный эффект может быть значительным – от реактивной и инструментальной аутоагрессии, – к акту суицида. Все это следует принять во внимание для разработки руководств по оказанию помощи женщинам, отбывающим наказание в исправительных учреждениях.

Заключение. Полученные в исследовании данные о динамической взаимосвязи аутоагрессивного поведения с психологическими особенностями личности, выраженностью и формой психической патологии могут послужить основой для разработки дифференцированных гендерно-специфических вмешательств для различных подгрупп женщин. Речь идет о медико-психологическом сопровождении и о сбережении здоровья женщин, о вмешательствах, создающих некий протективный фактор, предотвращающий развитие как более тяжелых форм проявления агрессии, так и более тяжелой психопатологии у женщин, отбывающих наказание в исправительных учреждениях.

НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Шапошникова А.Ф., Кондратьева Р.В., Лапшин М.С.

Москва

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой

В настоящее время не вызывает сомнений актуальность задач, связанных с диагностикой, лечением и социальной адаптацией детей, страдающих расстройствами психического развития. В течение 2017 года курсы лечения и реабилитации на базе острого дошкольного отделения ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» получили 376 детей, имеющих те или иные нарушения психического здоровья. При анализе нозологической структуры обращает на себя внимание преобладание расстройств аутистического спектра (44,9 %), на втором месте по частоте встречаемости задержка интеллектуального и речевого развития (30,6 %).

Как правило, успех лечебно-реабилитационных мероприятий во многом зависит от активности включения родителей ребенка. Однако, было отмечено, что достаточно весомое количество матерей (75 %), как правило, впервые столкнувшись с диагнозом ребенка, демонстрировали симптоматику, характерную для реакций на стресс и нарушение адаптации к данной ситуации, что существенно мешало их включенности в решение проблем ребенка. Наиболее частыми являлись: аффективные реакции в виде тревоги, депрессии, беспокойства и гнева, истероформные реакции, реакции регресса с беспомощностью и «уходом» от проблемы, соматоформные расстройства.

В связи с выявленными особенностями психического состояния матерей, воспитывающих детей с нарушениями развития, в отделении проводилась комплексная психологическая и психообразовательная работа, включающая следующие направления:

- информирование родителей о структуре психического нарушения у ребенка и направлениях лечебно-коррекционной работы, обсуждение ожидаемых и реально достижимых результатах работы
- максимальное включение родителей в индивидуальную и групповую психологическую коррекцию
- организация общения родителей, имеющих детей с психическими нарушениями, объединение их в «родительские группы», проведение бесед с врачами отделения, психологами, логопедами, социальными работниками, священником.

Выводы:

1. Появление ребенка с психическим расстройством в семье может являться причинным фактором нарушений психического здоровья матери
2. Преимущественно у матерей наблюдались нарушения, характерные для расстройства адаптации.
3. В структуре психиатрической помощи детям необходим комплексный, полипрофессиональный подход с вовлечением в лечебно-коррекционный процесс родителей.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ЖЕНЩИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шемет В.А.

*Гродно, Республика Беларусь
ГрГМУ*

Введение. Согласно исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 эмоциональное оскудение в сочетании с парадоксальностью и неадекватностью эмоций является типичным признаком шизофрении. Следует отметить, что описываемые в диагностических критериях аффективные нарушения не тождественны более широкому понятию эмоциональный интеллект (ЭИ), которое включает в себя все процессы эмоциональной обработки информации и оказывает влияние на социальную адаптацию и коммуникативное функционирование еще до манифестации заболевания. Не смотря на то, что в настоящее время выделяют половые особенности в способностях к использованию эмоций в межличностных отношениях, специфика эмоционального процессинга, обусловленная полом, и ее вклад в социальную дезадаптацию у пациентов с шизофренией изучена недостаточно.

Цель исследования. Определить особенности эмоционального интеллекта у женщин с шизофренией.

Материалы и методы. Исследование выполнялось на базе УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология».

Было обследовано 97 пациентов с шизофренией: 57 женщин (30,0 (22-38) лет) и 40 мужчин (29,0 (24-32) лет).

Для изучения ЭИ использован тест Дж. Мэйера, П. Сэловея, Д. Карузо – MSCEIT 2.0 (адаптация Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова).

Полученные данные обрабатывались с помощью статистического пакета программы STATISTICA 6.0. Количественные данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Me [Q25-Q75]). Анализ соответствия вида распределения признаков закону нормального распределения выполнен с использованием W-критерия Шапиро-Уилка. Оценка достоверности различий параметров ЭИ у женщин и мужчин с шизофренией проводилась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты. При анализе полученных данных выявлено, что значения по идентификации эмоций, измеряющей способность обозначать и оценивать интенсивность эмоций, изображенных на эмоционально выразительных лицах и абстрактных картинах, у женщин с шизофренией составили 0,42 (0,36-0,46), что не обнаруживает статистически значимых различий с данными полученными у мужчин – 0,42 (0,38-0,46) (U=1139,0, p=0,99).

Результаты по ветви использование эмоций для решения проблем свидетельствуют о лучшем выполнении женщинами заданий теста, направленных на оценку понимания того, какие эмоции способствуют более эффективному функционированию. Балльные значения у женщин – 0,39 (0,35-0,41), мужчин – 0,32 (0,28-0,37) (U=715,0, p=0,002).

При сравнении данных по ветви понимание и анализ эмоций (задания на эмоциональный словарь и анализ сложных чувств) выявлено значимое снижение балльных значений у мужчин – 0,34 (0,29-0,40) по сравнению с женщинами – 0,44 (0,38-0,47) ($U=804,0$, $p=0,014$).

При выполнении заданий на сознательное управление эмоциями, где было необходимо оценить эффективность действий, которые могут привести к изменению чувств героя или эмоций других действующих лиц заданной ситуации, обнаружено, что результаты у женщин были достоверно выше, чем у мужчин. Балльные значения составили 0,30 (0,27-0,33) и 0,27 (0,22-0,30), соответственно ($U=828,0$, $p=0,022$).

Женщины с шизофренией значимо отличались от мужчин с шизофренией более высокими баллами и по результирующему показателю MSCEIT 2.0 – общему баллу: 0,38 (0,36-0,40) – женщины и 0,33 (0,30-0,36) – мужчины ($U=743,0$, $p=0,004$).

Обсуждение. Таким образом, приведенные результаты свидетельствуют о том, что способность к восприятию мимического выражения эмоций и общего настроения («Идентификация эмоций») одинаково нарушена как у мужчин, так и у женщин с шизофренией.

По оставшимся ветвям и общему баллу значения ЭИ сохраняются более высокими у женщин, по сравнению с мужчинами.

Установленное статистически значимое увеличение балльных значений у женщин с шизофренией по сравнению с мужчинами с шизофренией по «Использованию эмоций в решении проблем», «Пониманию и анализу эмоций», «Сознательному управлению эмоциями» и результирующему показателю соотносится с данными о большей сохранности у них просодической и семантической сторон обработки эмоциональной информации и свидетельствует о лучшей развитости у женщин способности задействовать эмоции для улучшения выполнения задач в ситуациях ежедневного социального взаимодействия.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шигакова Ф.А., Хасанова К.Д.

Ташкент, Узбекистан

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Введение. Рак молочной железы (РМЖ) наиболее распространенный вид злокачественных опухолей у женщин в развитых странах и второй по распространенности в большинстве развивающихся стран. Оперативное удаление молочной железы приводит к тому, что у этих больных большую значимость приобретают психологические проблемы, в том числе проблемы, связанные с косметическими последствиями радикальной операции. Осознание больными в послеоперационном периоде тяжести своего состояния, изменения своего социального статуса, несоответствие реального и ожидаемого косметического последствия операции является в известном смысле первичным симптомом заболевания. В качестве вторичного симптома болезни выступает переживание своего «уродства», ущербности, чувство собственной неполноценности и потери женственности. Взаимосвязь первичного и вторичного симптомов становится механизмом невротического конфликта, который оказывает значимое неблагоприятное влияние на клинический и социальный прогноз онкологических заболеваний, включая сокращение сроков выживаемости, редукцию уровня адаптации и снижение качества жизни.

Применение психотерапевтических методов в лечении онкологических заболеваний позволяет, прежде всего, повысить качество жизни пациентов, оптимизировать проведение лечебно-реабилитационного процесса и улучшить их социально-психологическую адаптивность к семейному, бытовому и производственному окружению.

В одних случаях у больных с опухолевой патологией психотерапия используется лишь для создания благоприятной психологической обстановки, при этом могут проводиться психотерапевтические беседы с больными. В других – широкий арсенал психотерапевтических методов может быть направлен на решение лечебно-реабилитационных задач, содержания которых определяется этапом болезни, ее выраженностью и прогнозом.

Цель исследования: разработка психотерапевтической модели 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). Возраст пациентов от 23 лет до 47 лет (в среднем $29,5 \pm 8,5$ лет).

В исследование были включены 48 пациенток, соответствовавшие критериям шифра по МКБ-10 – C50, находившиеся под наблюдением в онкологическом диспансере после радикальной мастэктомии по поводу рака молочной железы, полностью прошли курс психотерапии 45 пациенток (три пациентки не смогли пройти полный курс в виду резкого ухудшения соматического состояния).

Основой психотерапевтической модели была групповая психотерапия. В своем исследовании мы не были нацелены на долгосрочную групповую психотерапию, поэтому была выбрана краткосрочная форма групповой психодинамической терапии. Это было обусловлено некоторыми обстоятельствами. Не все пациентки, получающие групповую психотерапию, готовы окончить полный курс лечения, они часто мотивируют прекращение курса лечения в связи с ухудшением самочувствия, а также началом химиотерапии в послеоперационном периоде, наличием детей за которыми некому ухаживать, и т.д. Метод краткосрочной групповой психотерапии позволяет, во-первых, максимально мотивировать больных на длительную, сопряженную с возможностью серьезных разочарований работу. Во-вторых, техника краткосрочной терапии дает возможность интенсивно воздействовать даже на тех пациентов, которые не способны адекватно оценивать реальность своего положения, и не мотивированы на последующую реабилитацию.

Все пациентки для проведения психотерапии были распределены на 4 группы по 12 человек, группы были закрытыми. Групповая психотерапия начиналась проводиться со 2 недели после операции. Сеансы психотерапии проводились 3 раза в неделю, продолжительностью 60 минут, общее число сессий -10. Полный курс краткосрочной групповой психотерапии составил 25 дней. Была разработана следующая психотерапевтическая модель: первый сеанс начинался с сессии – «знакомство с членами группы», второй сеанс-медицинская информационная группа, данная сессия была очень важна, с самого начала давалась правильная, медицинская информация по запросу пациенток (причины онкологии, современные методы лечения и т.д.). Пациентки должны были получить достоверную информацию о своем заболевании со слов медицинского специалиста (врача), а не из Интернета, знакомых, родственников и т.д. Начиная с этого этапа, давались домашние задания. Третья сессия посвящена выделению основных проблем с которыми сталкиваются пациентки, на данном этапе важно выделять проблемы связанные с эмоциональным состоянием пациенток (страх, депрессия, тревога, раздражительность, агрессия и т.д.). В зависимости от обозначенных проблем, в последующем определяются, и основные направления следующих сессий. Как правило, следующие четыре сессии были ориентированы на способы преодоления страха, тревоги, депрессии, эмоционального напряжения и т.д. При этом использовались различные методы психотерапии (когнитивно-поведенческая психотерапия, приемы самовнушения, отдельные элементы личностно-ориентированной психотерапии). Восьмая сессия проводилась совместно с социальным работником. Предпоследняя и последняя сессии были направлены на выявление проблем, которые были не рассмотрены или появились в процессе психотерапии, важно было выявить, что новое и полезное получили пациентки. Также на один из сеансов приглашалась пациентка с хорошей терапевтической ремиссией.

Результаты и обсуждение. Разработка психотерапевтической модели для столь сложного и не всегда терапевтически эффективного заболевания является важным шагом в реабилитации женщин больных раком молочной железы. Наличие желания, а значит ощущение потребности в этом, и тем самым прохождение курса психотерапии, является важным показателем необходимости психотерапии, для данного контингента больных. После прохождения курса психотерапии, 84 % исследуемых женщин, отметили положительные влияния психотерапии, такие как, присутствие поддержки, возможность открыто обсуждать проблемы даже интимного характера, ощущение сплоченности между участниками психотерапевтической группы, которое не всегда имело место в семейном окружении пациенток. Позитивно повлиял на пациенток, тот факт, что проблемы эмоционального характера, возможно решать определенными приемами, которым их научили во время сеансов. Как одну из положительных сторон этой психотерапевтической модели, 67 % пациенток, отметили не долгосрочность психотерапевтической программы. Интересным является тот факт, что 46 % исследуемых женщин, имели желание повторно пройти курс психотерапии.

Выводы. Результаты этого исследования показывают, что разработка эффективных психотерапевтических моделей для женщин с онкологическими заболеваниями является необходимым компонентом в реабилитационных мероприятиях для данного контингента больных.

ОСОБЕННОСТИ ОТВЕТА НА НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ У ЖЕНЩИН С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ С УЧЕТОМ УРОВНЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ И ПРОЛАКТИНА

Янковская А.Г.

Гродно, Республика Беларусь

Гродненский государственный медицинский университет

Введение. Одной из важных задач раннего вмешательства при расстройствах шизофренического спектра является повышение эффективности лечения первого психотического эпизода, а также улучшение функционирования пациентов после купирования острого состояния. Эпидемиологические и клинические особенности протекания шизофрении и близких к ней психических расстройств у женщин свидетельствует о значительном вкладе половых гормонов в патофизиологические механизмы данной группы расстройств. Исследование взаимосвязи гормональных и клинико-психопатологических факторов с эффективностью терапии у женщин репродуктивного возраста с первым психотическим эпизодом является актуальной медицинской проблемой.

Цель исследования – изучить особенности ответа на терапию нейролептиками у женщин с первым психотическим эпизодом с учетом уровня эстрадиола, прогестерона и пролактина.

Материалы и методы. Дизайн исследования – сравнительное, «случай-контроль». Объектом исследования являлись 55 пациенток с первым психотическим эпизодом при расстройствах шизофренического спектра и 43 здоровых женщины в возрасте 18-35 лет.

Оценка психопатологической симптоматики пациентов проводилась трехкратно – в дни забора крови (в зависимости от фазы менструального цикла) и спустя 2 недели с помощью клинических шкал «Шкалы оценки позитивных симптомов» (Scale for the Assessment of Positive Symptoms – SAPS) и «Шкалы оценки негативных симптомов» (Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS) (N.C. Andreasen, 1982). Ответ на психофармакотерапию мы оценивали на основании редукции общего балла по шкалам SAPS и SANS как минимум на 50 % через 4 недели по сравнению с базовым уровнем (первое обследование). Для определения уровня функционирования пациентов использовалась методика «Модифицированная шкала глобального функционирования» (Modified Global Assessment of Functioning Scale – mGAF). В целях исследования контролировались побочные эффекты нейролептической терапии, которые оценивались с помощью отдельных пунктов «Шкалы оценки побочных эффектов» (Side Effect Rating Scale UKU).

Определение уровня пролактина, прогестерона и эстрадиола производилось методом иммуноферментного анализа на фотометре “Sunrise” (Австрия) с использованием реактивов изготовителя «Научно-производственное объединение «Диагностические системы», Россия. У пациенток уровень гормонов измерялся дважды, начиная с ближайшей фазы менструального цикла после поступления в стационар. При первом обследовании у 30 (54,55 %) человек наблюдалась фолликулярная фаза, у 25 (45,45 %) – лютеиновая.

Статистический анализ данных производился с помощью программы Statistica 6.0. Были использованы методы описательной статистики, корреляционный анализ Спирмена, U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок (различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Основная и контрольная группа не различались по социально-демографическим характеристикам. Пациенты впервые получали антипсихотические препараты в средних терапевтических дозах. Длительность лечения нейролептиками до первого обследования составила от 2 до 11 дней. 31 (56,36 %) женщина принимала типичные нейролептики, 24 (43,64 %) – атипичные.

Основная и контрольная группы отличались по уровню пролактина: в фолликулярной фазе пациентов уровень пролактина 1428,3 [779,38; 2210,57] мМЕ/л, у здоровых женщин – 619,06 [512,06; 823,65] мМЕ/л (критерий Манна-Уитни, $p < 0,05$). Концентрация пролактина в лютеиновой фазе пациенток достигала 1615,7 [940,73; 2574,6] мМЕ/л, в контрольной группе – 697,77 [545,64; 940,62] мМЕ/л ($p < 0,05$). Уровень эстрадиола в сыворотке крови здоровых женщин и пациенток с первым психотическим эпизодом в нашем исследовании значимо не отличался. Уровень прогестерона в лютеиновой фазе был достоверно ниже в группе пациенток по сравнению с контрольной группой: 15,92 [9,29; 22,42] нмоль/л и 34,94 [12,04; 55,75] нмоль/л соответственно ($p = 0,001$).

В процессе трехкратного обследования пациенток с первым психотическим эпизодом наблюдалась положительная динамика в редукции как позитивных, так и негативных симптомов. Выраженность психопатологической симптоматики в трех обследованиях не различалась у пациенток в зависимости от

фазы менструального цикла. В нашем исследовании не было обнаружено статистически значимых ассоциативных связей между степенью снижения психопатологической симптоматики в течение 4 недель наблюдения и концентрацией пролактина, прогестерона и эстрадиола в сыворотке крови у пациенток с первым психотическим эпизодом.

Доля пациентов с редукцией позитивной симптоматики как минимум на 50 % через 4 недели по сравнению с базовым составила 38 (69,09 %) человек, негативных симптомов – 32 (58,18 %). Далее пациенты были разделены на 2 группы сравнения: женщины с редукцией общего балла по обеим шкалам как минимум на 50 % – n=29, пациентки с редукцией симптоматики меньше, чем на 50 % – n=26. При сравнении групп не было обнаружено отличий в концентрации пролактина, прогестерона и эстрадиола в сыворотке крови. Группы не различались по возрасту, принимаемым антипсихотическим препаратам, побочным эффектам. Статистически значимые отличия между группами касались семейной адаптации в преморбиде (критерий Манна-Уитни, $U=249,5$, $p=0,030$), длительности заболевания до начала лечения ($U=187,5$, $p=0,001$) и уровня глобального функционирования ($U=74,5$, $p<0,05$). У пациенток с лучшим ответом на терапию наблюдалась более успешная семейная адаптация и меньшая длительность заболевания до начала лечения.

Заключение. У женщин репродуктивного возраста с первым психотическим эпизодом при расстройстве шизофренического спектра, принимающих антипсихотические препараты, наблюдается гиперпролактинемия и сниженный уровень прогестерона в лютеиновой фазе менструального цикла. Степень редукции психопатологической симптоматики не была связана с обнаруженными гормональными нарушениями. Ответ на фармакотерапию был лучше у пациенток с более успешной семейной адаптацией в преморбидном состоянии и меньшим периодом до начала лечения.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

Ястребова В.В., Солохина Т.А.

Москва
ФГБНУ НЦПЗ

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные вкладу тех или иных факторов в формирование приверженности лечению, эта проблема не теряет своей актуальности. В частности, интерес представляет изучение гендерных различий приверженности лечению при психической патологии, что является ценным для понимания роли биологических, социальных и психологических факторов в отношении как патогенетических механизмов этого феномена, так и для разработки эффективных терапевтических подходов.

Целью настоящей работы является анализ гендерных особенностей приверженности лечению и выявление детерминирующих их факторов у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и членов их семей.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 107 пациентов (63 женщины и 44 мужчины) с диагнозами шизофрении, шизоаффективного и шизотипического расстройств, соответствующих критериям МКБ-10, и 105 членов их семей (78 матерей и 27 отцов). Обследование проводилось на базе ПНД №18 (филиала ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы). Использовались шкалы отношения к лекарствам (Т.Р. Hogan et al, 1983), осознания болезни (M. Birchwood et al, 1994), а также опросники по оценке социального функционирования (SAS-SR, M. Weissman, S. Bothwell, 1976), исследованию межличностных проблем (IIP, L. Horowitz, 2000), оценке мотивации (URICA, E.N. McCoimughy, J.O. Prochaska и W.F. Velicer, 1983), удовлетворенности лечением, по изучению особенностей взаимоотношений врач-пациент. Статистическая обработка материала проводилась на основе критериев Манна-Уитни, хи-квадрат Пирсона, критерия Фишера, методов корреляционного и регрессионного анализа. Для выявления факторов, влияющих на формирование приверженности, было изучено более 50 клинических, социально-демографических, психологических и иных характеристик (отношение к болезни и к лечению пациентов и их родственников, трудовая занятость, уровень доходов, взаимоотношения в семье, социальное функционирование, мотивация и др.), и на их основе построены регрессионные факторные модели отдельно для женщин и мужчин.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлены различия в отношении женщин и мужчин к своему заболеванию и лечению. Больше число женщин признавали наличие у себя психического расстройства (43,0 % женщин против 38,6 % мужчин, $P < 0,005$). В группе пациентов-женщин показатели шкалы осознания болезни статистически значимо превышали эти показатели у пациентов-мужчин (средний балл у женщин $3,1 \pm 0,9$ против $2,9 \pm 1,1$ у мужчин, $P < 0,05$). По шкале объяснения болезни средний балл у женщин также был выше и составил $3,5 \pm 0,5$ против $3,1 \pm 0,3$ у мужчин ($P < 0,05$). Оценка женщинами своего состояния довольно точно соответствовала объективной клинической картине, они чаще демонстрировали наличие адекватной модели своего заболевания, ожидаемых результатов терапии, были более комплаентными. Так, удельный вес женщин, осознающих важность и необходимость медикаментозного лечения, составил 49,2 % против 38,6 % мужчин ($P < 0,05$). Мужчины чаще отрицали наличие у себя психического расстройства, объясняли свое состояние воздействием внешних факторов, демонстрировали ложную убежденность в благоприятном исходе, были менее комплаентными. Полученные результаты подтверждают, что гендерная стереотипизация характерна и для людей с тяжелыми психическими расстройствами: отношение к своему здоровью у женщин лучше, и следовательно, приверженность лечению и уровень комплаенса у женщин выше.

Регрессионные модели (коэффициент надежности для пациентов-женщин $R^2 = 0,504$; для пациентов-мужчин $R^2 = 0,607$) позволили установить гендерные факторы приверженности лечению. Для пациентов-женщин значимое положительное влияние на приверженность лечению оказывали удовлетворенность качеством психиатрической помощи и адекватное поддерживающее отношение членов семьи к приему лекарств. Снижали приверженность конфликтные отношения в семье, недостаточная поддержка со стороны родственников, несформированный терапевтический альянс с врачом. Полученные результаты могут быть объяснены значимостью для женщин сферы отношений, эмоционального компонента, в частности, зависимостью отношения к лечению от теплых, доверительных, одобряющих отношений с близкими и врачом.

Установлено, что на приверженность лечению у женщин значительно влияла и более высокая мотивация, признание проблемы и намерение разрешить ее, желание сохранить позитивные изменения в состоянии, а также получение психотерапевтической помощи для закрепления результатов лечения. Известно, что женщины больше ценят социальную поддержку и могут эффективнее использовать психологическую помощь, а их отношение к лечению более деятельно и в большей степени соответствует требованиям здорового образа жизни. Так, 39,6 % обследованных женщин в исследуемой группе находились на стадиях «Действие» и «Сохранение», тогда как мужчин на этих стадиях было лишь 27,2 % ($P < 0,05$), что указывает на их более низкую мотивацию к лечению. Вместе с тем, у мужчин положительное влияние на приверженность лечению оказывали факторы наличия работы и уровень дохода, что также отражает полоролевую специфику.

Регрессионные модели были сформированы также для отцов и матерей пациентов (коэффициент надежности полученных моделей для матерей $R^2 = 0,534$; для отцов $R^2 = 0,639$). У матерей положительному отношению к лечению пациентов способствовала более высокая комплаентность детей. Фактором, снижающим комплаенс у родственников-женщин, являлся повышенный общий дистресс, связанный с проблемами межличностного взаимодействия. У матерей дистресс проявлялся по шкалам «неуверенность» (низкая самооценка, чувство вины и проч.), «излишняя уступчивость» (трудности в выражении несогласия с другими, страх потери одобрения), «самопожертвование» (чрезмерная забота и терпимость, подчиняемость пациенту).

У отцов позитивное отношение к лечению определяли более высокий уровень образования и социального функционирования. Необходимость выполнения отцами соответствующих социальных ролей, таких как работа ради заработка, общественная жизнь и досуг, супружеские отношения, поддерживали их отношение к лечению близких на более высоком уровне. Полученные результаты схожи с результатами пациентов-мужчин, что может свидетельствовать о преобладающем влиянии социального статуса на здоровье мужчин, объясняющееся их традиционными гендерными ролями.

Таким образом, полученные в нашем исследовании данные можно объяснить как нейробиологическими особенностями (женщины способны к более устойчивой и последовательной смысловой обработке и систематизации информации, а у мужчин более выражена способность к эмоционально-целостному восприятию, ситуационному мышлению), так и традиционными гендерными установками, влияющими на поведение, связанное с лечением. Результаты многих исследований доказывают, что существует разница в отношении к своему здоровью у мужчин и женщин. Известно, что женщины относятся к своему здоровью

более ответственно, более склонны к самосохранному поведению, связанному с ролью матери, несущей ответственность за семью и детей. Здоровье как ценность занимает более высокое место в иерархии индивидуальных ценностей у женщин. Напротив, общепризнано, что мужчинам чаще всего меньше присуща обеспокоенность вопросами собственного здоровья. Недостаток заботы о здоровье, обращение за медицинской помощью в крайних случаях, игнорирование необходимости лечения объясняет их более низкую комплаентность.

Выводы. Как показали результаты исследования, традиционные гендерные стереотипы сказываются и на лицах с психическими заболеваниями. Факторы, влияющие на формирование приверженности, находятся в тесной взаимосвязи и их необходимо учитывать для индивидуализации психиатрической помощи больным с расстройствами шизофренического спектра и при оказании социально-психологической помощи членам их семей.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

А		Голубева К.К.	65	К	
Абрамова Л.И.	9	Голюк М.Н.	57	Кабанова Т.Н.	102
Агамамедова И.Н.	28	Городнова М.Ю.	47	Кадачegov А.С.	67
Аксенова О.Ж.	5	Горячева Т.Г.	49	Каланходжаева Ш.Б.	68
Алексеев Б.Е.	6	Гречаная Т.Б.	50	Калинин В.В.	70
Алтухова Н.Ю.	8	Гречаный С.В.	52, 54, 84, 173	Каньшина Е.С.	71
Алфимова М.В.	9	Григорьева А.А.	53	Караваева Т.А.	12, 43, 45, 175
Альберт М.А.	150	Григорьев В.Ю.	161, 163	Карауш И.С.	73
Альбицкая Ж.В.	11	Гринева Т.В.	54	Карницкая Л.А.	75
Андреева М.Т.	12	Грищук Д.В.	150	Карпенко О.А.	154
Антонова А.А.	13	Гродницкая Е.Э.	66	Карпова Э.Б.	76
Антонова Д.В.	15	Громыко Д.И.	55	Качаева М.А.	153
Арпентьева М.Р.	17	Губкина С.В.	150	Кибрик Н.Д.	78
Атаев И.Х.	19	Гусева Н.А.	57	Киржанова В.В.	172
Б		Гусев Д.В.	28	Климанова С.Г.	80, 167
Бабарахимова С.Б.	21, 23	Д		Клименко Т.В.	81, 85
Балакирева Е.Е.	63	Дашиева Б.А.	73	Кожадей Е.В.	84, 173
Барденштейн Л.М.	182	Деменина С.Н.	8	Козлов А.А.	81, 85
Бархатова А.Н.	148	Джавадова Э.И.	60	Кокоренко В.Л.	86
Барыльник Ю.Б.	13	Добаева Н.В.	58	Кондратьева Р.В.	183
Бачило Е.В.	13	Довбыш Д.В.	60	Кондратьев Н.В.	9
Белокрылова М.Ф.	131	Довженко Т.В.	66	Конради А.О.	37
Белоногова Ю.Ю.	24	Должанская Н.А.	62	Копытцева Т.И.	88
Берегулина Л.Н.	26	Дубинский А.А.	102	Коргожа М.А.	90
Березина А.А.	80, 167	Дьяченко Л.А.	113	Коростовцева Л.С.	37
Биленко Е.Н.	100	Е		Корчагина Г.А.	50
Бобров А.Е.	28	Епанчинцева Е.М.	131	Костюк Г.П.	154
Богданов С.И.	30	Есаулов В.И.	46	Кочарян Г.С.	91, 93
Бойцов С.А.	37	Ж		Кравцова С.В.	133
Бочаров В.В.	31, 33, 35	Железнова Е.В.	70, 165	Кравченко Н.Е.	95, 107
Бочкарев М.В.	37	Жернакова Ю.В.	37	Краснов В.Н.	153
Брюхин А.Е.	8, 38, 39, 134	Жорина Я.Ю.	60	Кузнецов А.В.	96
Бурина Е.А.	41, 126, 145	З		Кузнецова Е.А.	98, 121
Бызова Т.В.	113	Захарова М.Л.	163	Куприянова И.Е.	73
В		Зверева М.В.	63	Л	
Ванчакова Н.П.	43	Зверева Н.В.	63, 65	Лазебник А.И.	100
Васильева А.В.	43, 45, 175	Зикеев С.А.	95	Лапшин М.С.	183
Вышинский К.В.	172	И		Линева Т.Ю.	39, 134
Г		Игумнов С.А.	159	Липатова Л.В.	88, 100
Галкина А.В.	113	Ильгов В.И.	46	Лысенко Н.Е.	102
Гарданов А.К.	46	Ильина Н.А.	66	Любаева Е.В.	104
Гарданова Ж.Р.	46	Илюк Р.Д.	55	Ляная Г.А.	105
Гвоздецкий А.Н.	80, 167	Ипатова К.А.	33	М	
Голимбет В.Е.	9	И		Мазаева Н.А.	107
Голов А.К.	9	Ильков В.И.	46	Максимова И.В.	67
		Илюк Р.Д.	55	Малкова Е.Е.	109
		Ипатова К.А.	33		

Мальшко Е.В.	71, 128
Маммадова Т.Г.	111
Мартусенко А.В.	113
Матан В.В.	114
Матвеева А.А.	23
Махова А.В.	116
Медведев Н.Н.	118
Мелёхин А.И.	119
Миргород Н.В.	98, 121
Митихин В.Г.	123
Молчанова М.П.	168
Моргачева Т.В.	43
Московская М.С.	124
Мошквивская В.А.	126
Мысливцева А.В.	128, 129

Н

Ненастьева А.Ю.	172
Никитина В.Б.	131
Никитина Т.Е.	28

О

Овчинникова О.Н.	38
Оганесян Н.Ю.	5
Одинцова Г.В.	133
Оконишникова Е.В.	39, 134
Осипенко И.М.	135
Отрощенко О.Н.	45, 175

П

Пестерева Е.В.	137
Пиотровская В.Р.	139
Плотникова Г.А.	11
Плотникова Н.С.	143
Подурова Е.В.	140
Попова Е.С.	140
Прокопенко Ю.П.	78
Проничева М.М.	124
Пуговкина О.Д.	141
Путятин В.В.	142

Р

Раева Т.В.	143
Ременько Ю.О.	145
Ретюнский К.Ю.	30
Розанов В.А.	146
Ротарь О.П.	37
Русанова А.О.	148

С

Сабитов И.А.	150
Салман-Заде Б.В.	19
Сафина С.С.	30
Светличная Т.Г.	151
Свириев Ю.В.	37
Семенова Н.Д.	153, 154, 155, 182
Семиглазова Т.Ю.	137
Смирнов А.В.	43
Смирнова Е.А.	151
Солдаткин В.А.	129
Соловьева Е.В.	156
Солохина Т.А.	157, 188
Станько Э.П.	159
Стеняева Н.Н.	161, 163
Сумарокова М.А.	180
Сушенцова Е.В.	11

Т

Табеева Г.И.	28
Титова В.В.	88
Титова М.Д.	163
Тихонова М.В.	155
Токарева Н.Г.	165
Трунина И.И.	65
Трусова А.В.	80, 167
Тюменкова Г.В.	157

У

Узлов Н.Д.	168
Улезко Т.А.	81, 85
Ушкалова А.В.	170

Ф

Фадеева Е.В.	172
Фахретдинова Г.Р.	140
Филиппова Н.В.	13
Фильченко И.А.	37
Фоменко А.Н.	54, 173
Фомичева М.В.	45, 175

Х

Хайретдинов О.З.	177, 178
Хасанова К.Д.	185
Хритинин Д.Ф.	161, 163, 180

Ч

Чазова И.Е.	37
Чаусов А.А.	161, 163
Черная Ю.С.	31, 181
Чернуха Г.Е.	28
Чуйкина А.Г.	35
Чулкова В.А.	137

Ш

Шаклеин К.Н.	182
Шальнова С.А.	37
Шапошникова А.Ф.	183
Шемет В.А.	184
Шестакова Н.Н.	43
Шигакова Ф.А.	68, 185
Шишкова А.М.	31, 33, 35
Шляхто Е.В.	37

Ю

Юдина Н.В.	143
------------	-----

Я

Якунина О.Н.	100
Ястребова В.В.	188

А

Akbar E.Y.	3
------------	---

В

Babaeva E.T.	19
--------------	----

СОДЕРЖАНИЕ

ЗАВИСИМОСТЬ АГРЕССИИ И ДЕСТРУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ОТ ОСОЗНАНИЯ СМЫСЛА ЖИЗНИ (В ПАРАДИГМЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПИТАНИЯ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ И КАВКАЗЕ) Akbar E.Y.	3
ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ С МАМАМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ И РИСКОМ РАЗВИТИЯ Акменова О.Ж., Оганесян Н.Ю.	5
ПРЕДИСПОЗИЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ВНУТРЕННЕГО КОНФЛИКТА ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Алексеев Б.Е.	6
СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПОМОЩИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕСТА EAT-26 Алтухова Н.Ю., Брюхин А.Е., Деменина С.Н.	8
МЕТИЛИРОВАНИЕ ДНК КАК ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ ПО КОГНИТИВНОМУ ДЕФИЦИТУ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Алфимова М.В., Кондратьев Н.В., Голов А.К., Абрамова Л.И., Голимбет В.Е.	9
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ К «РАСШИРЕННОМУ АУТИСТИЧЕСКОМУ ФЕНОТИПУ» Альбицкая Ж.В., Плотникова Г.А., Сушенцова Е.В.	11
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПТСР ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ Андреева М.Т., Караваева Т.А.	12
ТЕРАПИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОДЕ ПЕРИМЕНОПАУЗЫ У ЖЕНЩИН Антонова А.А., Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Бачило Е.В.	13
ОСОБЕННОСТИ ПОМОЩИ НАРКОЗАВИСИМЫМ СЕКС-РАБОТНИЦАМ, ИМЕЮЩИМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ Антонова Д.В.	15
ПРОБЛЕМЫ САМОРЕАЛИЗАЦИИ У ДЕВУШЕК Арпентьева М.Р.	17
«МОНО ФАЗА» КАК КОМПЕНСАТОРНАЯ ФОРМА ЖЕНСКОЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ ПРИ ПРОБЛЕМАХ ВЗАИМОПОНИМАНИЯ С ПАРТНЕРОМ ИЗ-ЗА КУЛЬТУРАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА, КАК ФАКТОР Атаев И.Х., Салман-Заде Б.В.	19
НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ ЖЕНЩИНЫ ПСИХОЛОГА НА КАВКАЗЕ Babaeva E.T.	19
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ Бабарахимова С.Б.	21

ПСИХОДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К БРОДЯЖНИЧЕСТВУ И СУИЦИДАЛЬНЫМ ТЕНДЕНЦИЯМ Бабарахимова С.Б., Матвеева А.А.....	23
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СИСТЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С ДИАГНОЗОМ БЕСПЛОДИЕ ИЛИ РАННИЙ КЛИМАКС Белоногова Ю.Ю.....	24
АРТ-ТЕРАПИЯ, С ЖЕНЩИНАМИ ПЕРЕНЕСШИМИ СЕКСУАЛЬНОЕ НАСИЛИЕ В ДЕТСТВЕ Берегулина Л.Н.....	26
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕ Бобров А.Е., Чернуха Г.Е., Никитина Т.Е., Агамамедова И.Н., Табеева Г.И., Гусев Д.В.....	28
НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН, АКТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ Богданов С.И., Сафина С.С., Ретюнский К.Ю.....	30
ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Бочаров В.В., Шишкова А.М., Черная Ю.С.....	31
СООТНОШЕНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, СТЕПЕНИ ЛИЧНОСТНОЙ ВОВЛЕЧЕННОСТИ И УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ РОДСТВЕННИКОВ В ПРОЦЕССЕ ОПЕКИ БОЛЬНОГО С ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИЕЙ Бочаров В.В., Шишкова А.М., Ипатов К.А.....	33
ЛИЧНОСТНАЯ ВОВЛЕЧЕННОСТЬ ЖЕН И МАТЕРЕЙ АДДИКТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕСС ИХ ЛЕЧЕНИЯ Бочаров В.В., Шишкова А.М., Чуйкина А.Г.....	35
ЖАЛОБЫ НА НАРУШЕНИЯ СНА У ЖЕНЩИН ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭССЕ-РФ Бочкарев М.В., Коростовцева Л.С., Фильченко И.А., Ротарь О.П., Свиричев Ю.В., Жернакова Ю.В., Шальнова С.А., Конради А.О., Чазова И.Е., Бойцов С.А., Шляхто Е.В.....	37
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА В СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Брюхин А.Е., Овчинникова О.Н.....	38
ТИПОЛОГИЯ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ И НЕРВНОЙ БУЛИМИИ Брюхин А.Е., Оконишникова Е.В., Линева Т.Ю.....	39
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО СИНДРОМА Бурина Е.А.....	41
УПРАВЛЕНИЕ СИНДРОМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ И ЗУДА У ПАЦИЕНТОК С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХПН) И ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ (ХГ) Ванчакова Н.П., Шестакова Н.Н., Смирнов А.В.....	43
НАРУШЕНИЯ СНА У ЖЕНЩИН С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ Васильева А.В., Караваева Т.А., Моргачева Т.В.....	43
РЕСТРИКТИВНОЕ ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКЦИИ У ЖЕНЩИН. ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Васильева А.В., Караваева Т.А., Отрощенко О.Н., Фомичева М.В.....	45

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН СТАРШЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО) Гарданова Ж.Р., Ильгов В.И., Есаулов В.И., Гарданов А.К.....	46
МАТЕРИНСТВО И НАРКОЗАВИСИМОСТЬ: РЕСУРСЫ И ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ Городнова М.Ю.....	47
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИ И ЕЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕБЕНКУ, БОЛЬНОМУ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Горячева Т.Г.....	49
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА СРЕДИ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВАМИ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Гречаная Т.Б., Корчагина Г.А.....	50
ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН В РАННЕМ И ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ Гречаный С.В.....	52
ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА Григорьева А.А.....	53
СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ ПРИ РАЗНЫХ СПОСОБАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ МЛАДЕНЦЕВ Гринева Т.В., Фоменко А.Н., Гречаный С.В.....	54
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Громько Д.И., Илюк Р.Д.....	55
РИСК ПСИХОТРАВМАТИЗАЦИИ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ У ЖЕНЩИН, РОЖАВШИХ ДОМА И В РОДДОМЕ Гусева Н.А., Голюк М.Н.....	57
СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ Добаева Н.В.....	58
ВОЗМОЖНОСТИ “ТЕАТРОТЕРАПИИ” КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ МОДЕЛИ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАБОТЕ С СОЦИАЛЬНЫМИ “БАРЬЕРАМИ” СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Довбыш Д.В., Джавадова Э.И., Жорина Я.Ю.....	60
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РИСКОВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН-ПАЦИЕНТОК НАРКОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИК Должанская Н.А.....	62
РЕБЕНОК С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В НЕПОЛНОЙ СЕМЬЕ: МАТЕРИАЛЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ СТАЦИОНАРА Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Зверева М.В.....	63
К ВОПРОСУ О ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ У МАТЕРЕЙ В СИТУАЦИИ ОЖИДАНИЯ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА В СВЯЗИ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА Зверева Н.В., Голубева К.К., Трунина И.И.....	65
ВЫЯВЛЕНИЕ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ НА ПРОТЯЖЕНИИ ДВУХГОДИЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ Ильина Н.А., Довженко Т.В., Гродницкая Е.Э.....	66

ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Кадачегов А.С., Максимова И.В.....	67
СТИГМЫ В СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СВЯЗАННЫЕ С КЛАССИЧЕСКОЙ ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ Каланходжаева Ш.Б., Шигакова Ф.А.....	68
КОМОРБИДНОСТЬ ЭНДОКРИННЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ Калинин В.В., Железнова Е.В.....	70
ОСОБЕННОСТИ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ ЖЕНЩИН НА СОСТОЯНИЕ ОПЬЯНЕНИЯ Каньшина Е.С., Малышко Е.В.....	71
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРУЮЩЕГОСЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е.....	73
ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ МАТЕРЕЙ Карницкая Л.А.....	75
ЛИЧНОСТНЫЕ РЕСУРСЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ Карпова Э.Б.....	76
ПРИНЦИП ПАРНОСТИ В ТЕРАПИИ ЖЕНСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ Кибрик Н.Д., Прокопенко Ю.П.....	78
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И СВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Климанова С.Г., Трусова А.В., Березина А.А., Гвоздецкий А.Н.....	80
КОМПЛЕКСНЫЙ ПРИНЦИП МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Клименко Т.В., Улезко Т.А., Козлов А.А.....	81
ИЗУЧЕНИЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ ПРИ ПОМОЩИ ФЛАНЕЛЕГРАФА У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА Коваль-Зайцев А.А., Фураева Е.И.....	83
“CHILDFREE” КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА Кожадей Е.В., Гречаный С.В.....	84
СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ОКАЗАВШИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ Козлов А.А., Клименко Т.В., Улезко Т.А.....	85
РЕКОНСТРУКЦИЯ ИДЕНТИЧНОСТИ И РАБОТА С ОБРАЗОМ «Я» У ЖЕНЩИН, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ Кокоренко В.Л.....	86
ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИНСТВА ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Копытцева Т.И., Липатова Л.В., Титова В.В.....	88

ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ В ДОРОДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ Коргожа М.А.	90
ПОСЛЕДСТВИЯ ИМИТИРУЕМОГО ОРГАЗМА У ЖЕНЩИН Кочарян Г.С.	91
ПРИЧИНЫ, ПОБУЖДАЮЩИЕ ЖЕНЩИН К ИМИТАЦИИ ОРГАЗМА Кочарян Г.С.	93
ПРИЧИНЫ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕВУШЕК В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР Кравченко Н.Е., Зикеев С.А.	95
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАТАТОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В РАМКАХ ОСТРЫХ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ Кузнецов А.В.	96
СЛОЖНОСТИ, ИСПЫТЫВАЕМЫЕ МАТЕРЯМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ЭМИГРАЦИИ Кузнецова Е.А., Миргород Н.В.	98
ЭФФЕКТ ЖЕНСКОГО ПОЛА И СУИЦИДЫ В г. ИЖЕВСКЕ (1992-2003 гг.) Лазебник А.И.	100
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Липатова Л.В., Якунина О.Н., Биленко Е.Н.	100
ИНДИВИДУАЛЬНО-ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ЖЕНЩИН Лысенко Н.Е., Кабанова Т.Н., Дубинский А.А.	102
СЛУЧАИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ ЖЕНЩИН-ОПЕКУНОВ ПРИ РАСКРЫТИИ ДИАГНОЗА «ВИЧ-ИНФЕКЦИИ» ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ Любаева Е.В.	104
РАССТРОЙСТВО ПОЛОВОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ У ЖЕНЩИН Ляная Г.А.	105
ВЛИЯНИЕ ПОЛА НА КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е.	107
ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МАТЕРЕЙ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА НАРУШЕННОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКУ РАННЕГО ВОЗРАСТА Малкова Е.Е.	109
РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ Маммадова Т.Г.	111
КОМОРБИДНОСТЬ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ Мартусенко А.В., Галкина А.В., Бызова Т.В., Дьяченко Л.А.	113
РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ ЖЕНЩИНЫ В ПОСТРОЕНИИ КАРЬЕРЫ В НОВОЙ СТРАНЕ Матан В.В.	114

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИИ ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ: ПОСЛЕДСТВИЯ НАСИЛИЯ И ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ Махова А.В.....	116
ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В КОМПЕНСАЦИИ САМООТНОШЕНИЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ НЕВРОТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ Медведев Н.Н.....	118
ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ НОЧНОЙ ЕДЫ Мелёхин А.И.....	119
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ В СЕМЬЯХ ЭМИГРАНТОВ НА АДАПТАЦИЮ И ОБУЧЕНИЕ РЕБЕНКА В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ (ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ) Миргород Н.В., Кузнецова Е.А.....	121
К ВОПРОСУ О ПОСТАБОРТНОМ СИНДРОМЕ: АНАЛИЗ ПОПУЛЯЦИОННЫХ ДАННЫХ Митихин В.Г.....	123
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОТРУДНИКОВ ЖЕНСКОГО ПОЛА СЛЕДСТВЕННЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МВД РОССИИ Московская М.С., Проничева М.М.....	124
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ СТИЛЯМИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Мошквивская В.А., Бурина Е.А.....	126
КСЕНОТЕРАПИЯ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ У ЖЕНЩИН Мысливцева А.В., Малышко Е.В.....	128
ОЦЕНКА НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОК С ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫМ ОПЛОДОТВОРЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ Мысливцева А.В., Солдаткин В.А.....	129
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ СТОЙКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ОСНОВЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Епанчинцева Е.М.....	131
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ПАЦИЕНТОВ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Одинцова Г.В., Кравцова С.В.....	133
ДИСМОРФОФОБИЯ КАК ФАКТОР, СНИЖАЮЩИЙ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ Оконишникова Е.В., Брюхин А.Е., Линева Т.Ю.....	134
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К СПРАВЕДЛИВОСТИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ Осипенко И.М.....	135
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЖЕНЩИН ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю.....	137
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, КАК ПРЕДИКТОРА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Пиотровская В.Р.....	139

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ Подурова Е.В., Попова Е.С., Фахретдинова Г.Р.....	140
УЧЕТ ГЕНДЕРНЫХ СТЕРЕОТИПОВ В ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Пуговкина О.Д.....	141
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ И НЕРВНОЙ БУЛЕМИЕЙ Путятин В.В.....	142
ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕВУШЕК, ПОСЕЩАЮЩИХ СООБЩЕСТВА СОЦИАЛЬНОЙ СЕТИ «ВКОНТАКТЕ», ПОСВЯЩЕННЫЕ СНИЖЕНИЮ ВЕСА Раева Т.В., Плотникова Н.С., Юдина Н.В.....	143
СУБЪЕКТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ КАК ФАКТОР, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА Ременюк Ю.О., Бурина Е.А.....	145
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК СРЕДИ ЖЕНЩИН Розанов В.А.....	146
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Русанова А.О., Бархатова А.Н.....	148
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА В УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ Сабитов И.А., Губкина С.В., Грищук Д.В., Альберт М.А.....	150
ШОПОГОЛИЗМ КАК ФОРМА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ Светличная Т.Г., Смирнова Е.А.....	151
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ: ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ ПРОГРАММЫ ВСЕМИРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СЛУЖБ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Семенова Н.Д., Качаева М.А., Краснов В.Н.....	153
К ВОПРОСУ О «ГЕНДЕРНО-СЕНЗИТИВНЫХ» СТИМУЛАХ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПСИХИАТРИИ Семенова Н.Д., Костюк Г.П., Карпенко О.А.....	154
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: СТЕПЕНЬ СФОРМИРОВАННОСТИ ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЕ В БОЛЕЗНИ Семенова Н.Д., Тихонова М.В.....	155
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БРЕМЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДДИКТА ДЛЯ ЖЕНЩИН В СЕМЬЕ НАРКОЗАВИСИМЫХ Соловьева Е.В.....	156
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ Солохина Т.А., Тюменкова Г.В.....	157
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ИНЪЕКЦИОННЫЕ НАРКОТИКИ, С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ СТАТУСОМ Станько Э.П., Игумнов С.А.....	159

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ВРТ Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А., Григорьев В.Ю.....	161
СЕКСУАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ В ПРОГРАММАХ ВРТ Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Чаусов А.А., Григорьев В.Ю.....	163
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ САМООТНОШЕНИЯ И ОТНОШЕНИЯ К ДРУГИМ ЛЮДЯМ У ЖЕНЩИН С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ Титова М.Д., Захарова М.Л.....	163
ЭПИЛЕПСИЯ У ЖЕНЩИН: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ Токарева Н.Г., Железнова Е.В.....	165
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ – ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ Трусова А.В., Климанова С.Г., Березина А.А., Гвоздецкий А.Н.....	167
ТРИ ВОЗРАСТА ЖЕНЩИН В СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНКАХ СЕБЯ И В СРАВНЕНИИ С МУЖЧИНАМИ НА ОСНОВЕ СЕМАНТИЧЕСКОГО ДИФФЕРЕНЦИАЛА (ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Узлов Н.Д., Молчанова М.П.....	168
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ЖЕНЩИН С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (БАР) В ПРЕГНАВИДАРНОМ ПЕРИОДЕ, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕ РОДОВ Ушкалова А.В.....	170
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Фадеева Е.В., Киржанова В.В., Ненастьева А.Ю., Вышинский К.В.....	172
ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА НА ДИНАМИКУ ПОСЛЕРОДОВЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН Фоменко А.Н., Кожадей Е.В., Гречаный С.В.....	173
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ, СУБЪЕКТИВНОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ И ТИПОВ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ Фомичева М.В., Караваева Т.А., Васильева А.В., Отрощенко О.Н.....	175
РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ И АУТОСТИГМАТИЗАЦИЯ У РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Хайретдинов О.З.....	177
ЭТАПНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ В СИСТЕМЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ Хайретдинов О.З.....	178
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОК МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА Хритинин Д.Ф., Сумарокова М.А.....	180
ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ К БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО НЕЙРОФИБРОМАТОЗОМ Черная Ю.С.....	181
ЖЕНЩИНЫ В ИСПРАВИТЕЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ: АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ГЕНДЕРНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ Шаклеин К.Н., Барденштейн Л.М., Семенова Н.Д.....	182

НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ Шапошникова А.Ф., Кондратьева Р.В., Лапшин М.С.....	183
ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ЖЕНЩИН С ШИЗОФРЕНИЕЙ Шемет В.А.....	184
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Шигакова Ф.А., Хасанова К.Д.....	185
ОСОБЕННОСТИ ОТВЕТА НА НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ У ЖЕНЩИН С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ С УЧЕТОМ УРОВНЯ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ И ПРОЛАКТИНА Янковская А.Г.....	187
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИХ РОДСТВЕННИКОВ Ястребова В.В., Солохина Т.А.....	188
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	191

ЖЕНСКОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ СТАТУС

Под ред. Незнанова Н.Г., Семеновой Н.В., Васильевой А.В., Мазо Г.Э.

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]:

МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО КОНГРЕССА
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, ПОСВЯЩЕННОГО 100-ЛЕТИЮ
КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ ПЕРВОГО САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА, БЫВШЕГО ЖЕНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
ИНСТИТУТА, 8-9 ОКТЯБРЯ 2018 Г., САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

1 эл. опт. диск (CD-ROM)

СПб.: Альта Астра, 2018

Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM;
Windows XP; Adobe Reader 7.0
ISBN 978-5-905498-88-6

© РОП, 2018

© НМИЦ ПН им. Бехтерева, 2018

© Коллектив авторов, 2018

© ООО "Альта Астра", оформление, 2018