



**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
СЕМЬИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

ТОМСК - 2019

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук»
Научно-исследовательский институт психического здоровья

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

III Российская конференция
с международным участием

Сборник тезисов

(Томск, 24–25 октября 2019г.)

Под научной редакцией
академика РАН Н.А. Бохана
профессора А.В. Семке
доктора мед. наук Е.В. Гуткевич

Томск

2019

УДК 613.86:616.89:159.9
ББК Р64+Ю95
П863

Рецензенты:

А.Б. Шмуклер – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Московского НИИ психиатрии – филиала ФБГУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского»

Э.В. Галажинский – д-р психол. наук, проф., академик РАО, ректор Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет»

П863 Психическое здоровье семьи в современном мире : сборник тезисов III Российской конференции с международным участием (Томск, 24–25 октября 2019 г.) / под ред. Н.А. Бохана, А.В. Семке, Е.В. Гуткевич. – Томск : Отдел полиграфии Томского ЦНТИ, 2019. – 374 с.

ISBN 978-5-89702-45-6

Сборник тезисов III Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» (Томск, 24–25 октября 2019 г.) – третий том продолжающегося издания, выходящего под этим названием (первая конференция состоялась в 2009 г., вторая конференция прошла в 2014 г.). Публикуемые работы посвящены фундаментальным клинико-динамическим и семейно-демографическим основам психических расстройств и болезней зависимости в разном возрасте, закономерностям функционирования семьи при психических расстройствах в современных условиях, проблемам превенции и профилактики психических расстройств и болезней зависимости в семьях, основным психосоциальным практикам работы с семьей, медико-социальным и психолого-гуманитарным факторам сохранения психического здоровья в семьях, ресурсам психического здоровья и адаптации семьи в мультикультурной среде. Основная цель конференции – обмен научными и практико-ориентированными достижениями российских и зарубежных ученых по фундаментальным аспектам развития, распространенности и превенции социально значимых заболеваний: депрессивных психических расстройств, болезней зависимости, расстройств шизофренического спектра, психических заболеваний детско-подросткового, зрелого и пожилого возрастов, по комплексным, междисциплинарным исследованиям психического здоровья в семьях для совершенствования стратегий научных исследований и выработки практических рекомендаций по сохранению психического здоровья всех поколений с целью достижения демографической и социальной политики государства. Для широкого круга специалистов, психиатров, наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, семейных врачей, генетиков, организаторов здравоохранения, социальных работников, педагогов и других специалистов, работающих с лицами с психическими расстройствами и их семьями.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Н.А. Бохан, А.В. Семке, Е.В. Гуткевич (научные редакторы)
С.А. Иванова, М.М. Аксенов, А.И. Мандель,
Е.Г. Корнетова, Е.Д. Счастный, В.Ф. Лебедева
О.Э. Перчаткина (ответственный за выпуск)
И.А. Зеленская (выпускающий редактор)

III Российская конференция с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» организована при поддержке Российского Фонда фундаментальных исследований и Администрации Томской области (проект № 19-415-701002)

© Психическое здоровье семьи в современном мире, 2019

© НИИ психического здоровья, 2019

Federal State Budgetary Scientific Institution
“Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences”
Mental Health Research Institute

**MENTAL HEALTH OF THE FAMILY
IN THE MODERN WORLD**

III Russian Conference
with international participation

Book of Abstracts

(Tomsk, 24–25 October, 2019)

Edited by
academician of RAS N.A. Bokhan
Prof. A.V. Semke
Dr. E.V. Gutkevich

Tomsk

2019

УДК 613.86:616.89:159.9
ББКР64+Ю95
П863

Reviewers:

A.B. Shmukler – MD, Professor, Deputy Director for Research, Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of “National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky”

E.V. Galazhinsky – Doctor of Psychology, Professor, Academician of RAE, Rector of “National Research Tomsk State University”

П863 Mental health of the family in the modern world : book of abstracts of the IIIrd Russian Conference with international participation (Tomsk, 24–25 October, 2019) / edited by N.A. Bokhan, A.V. Semke, E.V. Gutkevich. – Tomsk : Printing Department of Tomsk Center for Scientific and Technical Information, 2019. – 374 p.

ISBN 978-5-89702-450-6

Book of abstracts of the IIIrd Russian conference with international participation “Mental health of the family in the modern world” (Tomsk, 24–25 October 2019) is the third volume of the continuing edition, published under this name (the first conference was held in 2009, the second conference took place in 2014). The published papers are dedicated to basic clinical-dynamic and family-demographic grounds of mental disorders and diseases of dependence at different ages, laws of family functioning in mental disorders in modern conditions, problems of prophylaxis and prevention of mental disorders and diseases of dependence in families, main psychosocial practices of work with the family, medico-social and psychological-humanitarian factors of mental health in families, resources of mental health and adaptation of the family in a multicultural environment. Main objective of the conference is sharing of scientific and practice-oriented achievements of Russian and foreign scientists on basic aspects of development, prevalence and prevention of socially significant diseases: non-psychoctic mental disorders, diseases of dependence, schizophrenia spectrum disorders, mental diseases of childhood and adolescence, adulthood and later age, complex, interdisciplinary research of mental health in families to improve research strategies and develop practical guidelines for the maintenance of mental health in all generations in order to achieve demographic and social policy of the state. For broad range of specialists, psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, medical psychologists, family physicians, geneticists, health care organizers, social workers, pedagogues and other specialists working with persons with mental disorders and their families.

EDITORIAL BOARD:

N.A. Bokhan, A.V. Semke, E.V. Gutkevich (science editors)
S.A. Ivanova, M.M. Aksenov, A.I. Mandel,
E.G. Kometova, E.D. Schastnyy, V.F. Lebedeva
O.E. Perchatkina (responsible for issue)
I.A. Zelenskaya (production editor)

III Russian conference with international participation “Mental health of the family in the modern world” organized with support of the Russian Foundation for Basic Research and of Tomsk Region Administration (project number 19-415-701002)

©Mental health of the family in the modern world, 2019

©Mental Health Research Institute, 2019

ОХРАНА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ КАК РЕСУРС РАЗВИТИЯ, ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ВСЕХ ПОКОЛЕНИЙ (предисловие)

Никакая совокупность переменных не является абсолютной для предсказания... независимо от того, что нам известно о возможностях человеческой адаптации, мы не должны пренебрегать многими исключительно важными биологическими, психологическими, социологическими факторами и взаимосвязями. Важно «наблюдать» и «слушать» процесс человеческой жизни и природного мира в целом...

Мюррей Боуэн

«Династии, общества, империи обращались в прах, если в них начинала рушиться семья... С развалом семьи разваливалось согласие, зло начинало одолевает добро, земля разверзалась под ногами, чтобы поглотить сброд, уже безо всяких на то оснований именующих себя людьми.

В.П. Астафьев

Здоровье человека является многоплановым феноменом и относится к числу приоритетных направлений деятельности государства в сферах медицинской науки и здравоохранения, образования, социальной и демографической политики. Охрана психического здоровья невозможна вне достижений по изучению психобиологических, социально-культурных и средовых, психологических и семейных факторов регуляции психических процессов, участвующих в формировании психических и наркологических расстройств (болезни зависимости), расстройств личности и поведения.

Актуальность подобных исследований определяется важностью получения новых знаний о патогенезе и этиологии социально значимых психических заболеваний человека среди различных категорий городского и сельского населения и в Томской области, и в других регионах России, и в других странах мира, поиска путей их диагностики, профилактики и лечения, механизмах охраны психического здоровья, развертывающихся в семье, которая фокусирует в себе практически все аспекты человеческой жизнедеятельности, проявляя психологосоциальную и биологическую сущности. Несомненно, приоритетными являются данные об актуальном состоянии, специфике семейного устройства и особенностях функционирования семейных систем в современном мире трансформации; идентификации ресурсов личности и семьи для формирования разноуровневых адаптационных компетен-

ций, направленных на гармонизацию развития, сохранение психического здоровья и преодоление проблем в сфере социально-психологического благополучия семьи. Исследования клинко-динамических (в том числе психофизиологических), медико-психологических и семейно-демографических основ психических и поведенческих расстройств, а также технологий построения региональных систем психосоциальной реабилитации лиц с психическими расстройствами и сохранения здоровья всех поколений определяются необходимостью дальнейшего развития и совершенствования персонализированных стратегий терапии, профилактики социально значимых психических расстройств и преодоления проблем в сфере социально-психологического благополучия населения в связи с их широким распространением в семьях и популяции.

В Томске традиционно начиная с 2009 г. каждые 5 лет проводится конференция, посвященная проблемам охраны психического здоровья. III Российская конференция с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» проходит в октябре 2019 г. В рамках Всероссийского форума будут обсуждены фундаментальные научные проблемы сохранения психического здоровья на различных уровнях организма – здорового и страдающего от болезни, участников локальных сообществ – родственников, семей, социальных групп, всего общества с учетом медико-социальных и психолого-гуманитарных факторов; возрастных, онтогенетических (в том числе нейрофизиологических) особенностей формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств на принципе непрерывности жизненного цикла человека и его ближайшего семейного окружения; психосоциальной реабилитации и адаптации лиц с расстройствами психического здоровья и членов их семей на основе межотраслевого сотрудничества и разработки персонализированных здоровьесберегающих технологий.

В частности обсуждаемыми темами на конференции станут фундаментальные клинко-динамические, медико-психологические и семейно-демографические основы социально значимых психических и поведенческих расстройств разного возраста; закономерности функционирования семьи при психических расстройствах в современных условиях; проблемы превенции и профилактики психических и наркологических расстройств; основные психосоциальные практики работы с семьей; медико-социальные и психолого-гуманитарные факторы сохранения психического здоровья в семьях и популяции; ресурсы психического здоровья и адаптация семьи в мультикультурной среде.

Более 100 публикаций вошло в сборник тезисов докладов конференции – это работы российских авторов из Москвы, Санкт-Петербурга, Смоленска, Екатеринбургa, Омска, Новосибирска, Красноярска, Читы, Томска, Калуги, Пензы, Краснодарa, Чебоксар, Казани, Сургута, Барнаула, Уфы, Коломны, Оренбургa, Новокузнецка, Кызыла, Волгограда, Воронежа, Тюмени, Анапы, Саранска, Ярославля, Хабаровска, Ростова-на-Дону, а также зарубежных ученых, врачей и специалистов из Минска и Гродно (Республика Беларусь), Киева (Украина), Алматы (Республика Казахстан), Ташкента и Самарканда (Республика Узбекистан), Дортмунда и Берлина (Германия), Вены (Австрия). В ходе конференции с докладами выступают ведущие и молодые российские и зарубежные ученые и специалисты.

Рассматриваемые на конференции научные проблемы тесно связаны с тематикой фундаментальных и поисковых научных исследований НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра РАН последних пяти лет после проведения второй конференции «Психическое здоровье семьи в современном мире» в 2014 г.

Результаты представлены в 12 опубликованных научных монографиях: 1) Мандель А.И., Иванова С.А., Бохан Н.А., Бадырғы И.О. Факторы риска формирования психотического алкоголизма в зависимости от этнокультуральных особенностей больных» (Пособие для врачей, 2014), 2) Гуткевич Е.В. Семья и психические расстройства (генетика, превенция, этика) (2014), 3) Гуткевич Е.В., Каткова М.Н. Психолого-генетические технологии выявления факторов психической дезадаптации семейных систем» (Учебное пособие, 2015), 4) Бохан Н.А., Мандель А.И., Бадырғы И.О. Этнокультуральная парадигма формирования алкогольной зависимости, (2016), 5) Бохан Н.А., Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф. Исторические расстройства у женщин климактерического возраста (2016), 6) Куприянова И., Ефанова Т., Захаров Р. Психическое здоровье беременных с угрозой невынашивания (2016), 7) Gutkevich E.V., Lebedeva V.F., Bokhan N.A., Vladimirova S.V., Semke A.V. Unique experience of care on the Mental Health Day in the Siberian region of Russia. In: Transcultural Challenge of Medicine (2016), 8) Бохан Н.А., Раева Т.В., Фомушкина М.Г. Расстройства поведения и волевой регуляции у подростков (2017), 9) Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бохан Н.А. Шизофрения: биопсихосоциальная модель и конституционально-биологический подход (2018), 10) Куприянова И., Молоткова Н. Психопатология и качество жизни у детей с умственной отсталостью. Клинические и социально-психологические аспекты (2018), 11) Кожевни-

кова Т.А., Костарев В.В., Стоянова И.Я., Грешилов А.А. Психология кризисных состояний. Особенности гендерного реагирования» (2018), 12) Гуткевич Е.В., Рудницкий В.А., Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф. Женские кризисы в семье: психолого-социальные аспекты (2018).

Проведены исследования, разработаны и предложены для внедрения в клиническую практику новые медицинские технологии для пациентов с психическими расстройствами и их родственников. Для семей больных с наркологическими заболеваниями – «Технология семейной психотерапии созависимых родственников больных алкоголизмом», с шизофреническими расстройствами – «Дифференцированные методы реабилитации больных параноидной шизофренией с выраженной негативной симптоматикой». В технологиях «Дифференцированная интегративная реабилитация больных соматоформными расстройствами», «Технология комплексной (психофармакологической, психотерапевтической, психокоррекционной, социотерапевтической) реабилитации пациентов с острыми реакциями на стресс и расстройствами адаптации», «Технология персонализированной терапии больных соматоформной дисфункцией вегетативной системы желудочно-кишечного тракта» и «Технология персонализированного психолого-психотерапевтического сопровождения больных с нозогенными реакциями» представлены научно обоснованные возможности помощи при непсихотических психических расстройствах с учетом семейного фактора. «Технология выявления суицидального риска у подростков с ограниченными возможностями здоровья», «Психотерапевтическая коррекция и реабилитация при психических нарушениях у беременных с угрозой невынашивания», «Диагностика и лечение методом когнитивной психотерапии депрессивных нарушений у беременных женщин с потерей плода в анамнезе» и «Технология терапии пожилых пациентов пограничного спектра с учетом оценки когнитивно-поведенческих нарушений» разработаны с учетом возрастного фактора и здоровья всех поколений семей больных психическими расстройствами.

Защищены выполненные на базе НИИ психического здоровья диссертационные исследования. Из них два исследования на соискание степени доктора медицинских наук Б.А. Дашиевой «Этнокультуральные особенности психического здоровья детей и подростков с инвалидизирующими заболеваниями», И.С. Карауш «Психическое здоровье детей с сенсорными нарушениями» Кроме того, защищено 7 кандидатских диссертаций: И.О. Бадыргы «Особенности формирования алкоголизма и алкогольных психозов у коренного населения Республики Тыва», Е.В. Лукьяновой «Истерические проявления в структуре непсихотических психических расстройств у женщин климактерического воз-

раста (клинико-динамический и реабилитационный аспекты)», Т.С. Ефановой «Психические расстройства и качество жизни беременных с угрозой невынашивания», Т.В. Никифоровой «Депрессивные расстройства у беременных женщин с потерей плода в анамнезе: клинический полиморфизм, особенности реабилитации», Н.Ю. Молотковой «Клиническая характеристика и качество жизни детей с умственной отсталостью и психическими расстройствами», И.А. Ротовой «Пограничные нервно-психические расстройства при патологии беременности (клиническая динамика, качество жизни и психотерапия)», Е.Г. Дмитриевой «Комплаенс и адаптация пациентов, страдающих шизофренией (клинический и реабилитационный аспекты)». Десятки научных статей опубликованы в российских и зарубежных журналах.

Целью III Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире» является обмен научными и практико-ориентированными достижениями за последние 5 лет российских и зарубежных ученых по интегративным, междисциплинарным исследованиям психического здоровья человека, семьи и общества. Отдельным блоком представлены работы по систематизации актуальных данных по фундаментальным аспектам возникновения, распространенности и превенции социально значимых заболеваний. Публикуемые материалы ориентированы на объединение усилий в совершенствование стратегий научных исследований и выработку практических рекомендаций по сохранению общепопуляционного, семейного и индивидуального психического здоровья, повышению качества жизни и активного долголетия всех поколений для достижения цели демографической и социальной политики государства. Реализация этих задач достижима на стыке наук и на базе межотраслевого, международного сотрудничества, обеспечения высококвалифицированными научными кадрами.

Желаем участникам III Российской конференции с международным участием «Психическое здоровье семьи в современном мире», посвященной актуальным и перспективным планам научных исследований в сфере психического здоровья и разработке прорывных здоровьесберегающих технологий, плодотворных дискуссий, обмена опытом, появления новых и продолжения долговременных творческих контактов, успехов в профессиональной деятельности и крепкого здоровья.

*Н.А. Бохан, директор НИИ психического здоровья,
академик РАН, доктор медицинских наук, профессор,
Заслуженный деятель науки РФ*

Е.В. Гуткевич, ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья, доктор медицинских наук

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Абдуллаева В.К., Ирмухамедов Т.Б.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Узбекистан**

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

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

Материал и методы. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (25 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков и 17 девочек). В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования и обсуждение. Ретроспективный анализ историй развития детей с аутизмом и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. Сравнительный анализ эмоциональной сферы в норме и при аутистическом дизонтогенезе позволяет подтвердить значимость полноценного формирования самых ранних этапов аффективного взаимодействия младенца с матерью, содержанием которых является эмоциональное и социальное развитие. Недостаточность, отсутствие или искаженность ориентации ребенка на эмоциональную оценку близкого взрослого приводят к тому, что ограниченные позитивные впечатления остаются для него слишком возбуждающими и быстрее вызывают пресыщение, нейтральные события не начинают привлекать внимание. В контрольной группе особенности эмоциональной сферы связаны с интенсивным развитием положительной избирательности ребенка, которое происходит под эмоциональным

контролем взрослого. При синдроме аутизма ограниченность возможностей саморегуляции ребенка, выраженная тенденция преобладания негативной избирательности приводят к патологическому развитию его индивидуальных аффективных механизмов адаптации.

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

ВЗРОСЛАЯ ЛИЧНОСТЬ

Аксенов М.М., Перчаткина О.Э.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

В настоящее время в психологии и других науках широко используется понятие «зрелость личности». Существует понятие «зрелость психического развития человека» (Ананьев Б.Г., 1961), нашедшее свое экспериментальное подтверждение в исследовании психофизиологических функций взрослых людей (Сухобская Г.С., 2003). «Зрелая личность – это личность, которая активно владеет своим окружением, обладает устойчивым единством личностных черт и ценностных ориентации и способна правильно воспринимать людей и себя» (Кон И.С., 1999).

Понятие взрослой (зрелой) личности – сравнительно новое для психологии, несмотря на то что реалия взрослости (зрелости) – одна из старейших. Во многом оно обязано своему содержательному наполнению философскому анализу таких явлений как массовый человек (Х. Ортега-и-Гассет), бегство от свободы (Э. Фромм), экзистенция (Ж.-П. Сартр, К.Ясперс), самоактуализация (А. Маслоу), самость (К.Г. Юнг), социальный интерес (А. Адлер), жизненный смысл (В. Франкл), Эго-интеграция (Э. Эриксон) и др. Понятие взрослости (зрелости) в первую очередь соотносят с исследованием экзистенциального отношения человека к собственной жизни: не столько к себе самому, к своему «Я», сколько к более широкому контексту своего осуществления жизни, возможности повлиять на мир и изменить его, вписывая себя в многомерный социокультурный опыт, в универсум, в космос (Поливанова К.Н., 2005).

В возрастной психологии ни взрослость, ни кризис взрослости специально не изучаются. Считается, что данные других отраслей психологии (психология познавательных процессов, психология творчества, клиническая психология, социальная психология, психология труда и многие другие) в комплексе освещают разные аспекты этого периода жизни. При полном ознакомлении с общей теорией индивидуально-психического развития человека наблюдается, что в центре психологического познания находятся преимущественно ранний и поздний онтогенез, а те фазы индивидуальной жизни, которые, как подсказывает индивидуальный опыт каждого взрослого человека, являются центральными в жизни (наиболее творческими, продуктивными и социально активными), фактически оказываются на периферии исследования (Сапогова Е.Е., 2001).

Со взрослостью принято связывать такие новые личностные характеристики, как: 1) умение брать на себя ответственность, принимать решения; 2) стремление к власти и организаторские способности; 3) способность к эмоциональной и интеллектуальной поддержке других; 4) уверенность в себе и целеустремленность; 5) склонность к философским обобщениям; 6) защита системы собственных принципов и жизненных ценностей; способность сопротивляться проблемам реальности с помощью развитой воли; 7) формирование индивидуального жизненного стиля; 8) стремление оказывать влияние на мир и «отдавать» индивидуальный опыт молодому поколению; 9) реализм, рационализм, трезвость в оценках и чувство «сделанности» жизни; 10) стабилизация системы социальных ролей и др.

За счет этих характеристик большинство взрослых людей обретают к середине жизненного периода – 40 годам – устойчивость в жизни и уверенность в себе. Однако взрослость «несет» сомнение, связанное с оценкой пройденного жизненного пути, с пониманием стабилизации, «сделанности» жизни, переживаниями отсутствия ожиданий новизны и свежести, спонтанности жизни и возможности в ней что-то изменить (столь свойственными детству и юности).

На основе анализа литературных данных, а также собственных исследований выделим особенности развития взрослого человека. Именно эти особенности и определяют переживаемые взрослым человеком кризисы.

Исследования проводились на выборке объемом 53 человека в возрасте от 28 до 40 лет, составленной из лиц, которые обращались в Центр реабилитации, в период за 5 месяцев (2004).

При беседе были выявлены клинические симптомы следующего спектра: нарушение регулярности поведения (вспышки гнева, раздра-

жительность), невротические трудности сосредоточения и концентрации внимания и др. Это объясняется выявлением симптомов гиперактивации, то есть повышенной возбудимостью ЦНС. Кроме того, были обнаружены изменения со стороны вегетативной нервной системы (повышение АД), сердечно-сосудистой системы.

Методика изучения пограничных состояний (Депрессия – Астения – Тревожность) (Пермь, 1986) дает характеристику психического состояния по трем параметрам: депрессия, астения, тревожность. Тем самым методика помогает более полно изучить степень выраженности психического состояния. Психические состояния нередко являются важным регулятором поведения человека и могут существенно влиять на настроение и самочувствие, способных определять способ и реализации в поведении людей. Очень важно определить негативно выраженные психические состояния, способствующие ухудшению настроения, самочувствия и снижающие общий тонус. Более половины испытуемых (50,9%) ощущали тревожное состояние, находились в постоянном напряжении, нервозности, беспокойстве и озабоченности. У 20,8% отмечаются быстрая утомляемость, безынициативность, подавленность, отчаяние. Состояние нервно-психической слабости (повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость) отмечается у 18,9% обследованных. 11,3% испытуемых предъявляют жалобы на снижение трудоспособности, трудности сосредоточения, упадок сил.

Цветовой тест Люшера, как и методика пограничных состояний, используется в качестве дополнительного, вспомогательного теста, по которому можно оценить актуальное эмоциональное состояние человека. С помощью методики Люшера можно установить причины социальной дезадаптации на определенном этапе жизни, а также оценить уровень адаптационно-резервного потенциала человека. Анализ цветowych представлений по Люшеру у обследуемых указывает на наличие высокого уровня напряжения (88,7%), подверженность к вспышкам гнева (50,9%), приступам агрессии (71,7%), проблемы в производственной сфере (45,9%). Обследуемые жаловались на присутствующий стресс. Во многих случаях источниками стресса являлись разочарование и страх дальнейших неудач, непонимание в семье, отчужденность со стороны общества. У испытуемых довольно часто фиолетовый, черный, коричневый, серый цвета были помещены в начало цветового ряда, что говорит о наличии какого-либо психического или физического дефекта, который тем серьезнее, чем ближе к концу ряда размещены основные цвета. Это говорит о ранимости, впечатлительности и тревожности испытуемых на фоне общего возбуждения.

Итак, по результатам исследования можно отметить следующее.

1. Безусловно, наблюдается проблема влияния биологического и социального факторов на развитие человека. Так как организм человека подвержен процессам старения, то со временем у него наблюдается уменьшение физических сил. В то время как личность человека продолжает свое неуклонное развитие, несмотря на возраст. Важны и ситуации, которые коренным образом меняют жизнь человека: смена режима власти, переезд в другой город или страну, адаптация к новой должности, организация семьи, развод, потеря работы. Конечно, такого рода ситуации стрессогенны, эмоциональны, зачастую неопределенны и требуют больших энергетических затрат.

2. Преодоление жизненных кризисов в среднем возрасте всегда связано со структурными перестройками в личности, которые зачастую обусловлены переживанием и осознанием внутреннего конфликта, ломкой устоявшейся системы отношений с миром и формированием новой.

3. Центральным системообразующим элементом развития взрослого человека является он сам, его активное, сознательное отношение к себе, к ситуации, к миру. Придаётся широкий смысл понятию «средовые воздействия», имеются в виду семья, школа, «улица», национальные и культурные традиции, общество и пр. Ведь наряду с кризисом «середины жизни», инволюционным кризисом каждый человек переживает «кризис перехода к взрослости» (Ломов Б.Ф., 1984).

4. Развитие взрослого человека – это изменение собственной «Я-концепции», изменение отношения к самому себе, перестройка самосознания в целом. «Я-концепция» в структуре личности и индивидуальности выполняет регулирующую, опосредствующую функцию между индивидуально-типологическими особенностями и активностью субъекта. При изменении жизненной ситуации претерпевают изменения отношение к себе, самооценка, система ценностей, смысложизненные ориентации. Это чаще всего протекает в виде экзистенциального кризиса, переживаний «пустоты, потери себя, ямы, темноты, хаоса».

5. Развитие взрослого человека можно рассмотреть с позиции отношений между структурой личности и функцией, ею выполняемой. В привычных условиях и ситуациях имеющаяся структура личности реализует привычные функции; в изменяющихся условиях – новая функция приводит к изменению структуры. Следует отметить, что структурные перестройки в среднем возрасте зачастую принимают характер кризиса. Это связано с тем, что структура личности взрослого человека сформирована и устойчива. Структура темперамента, характера, интеллекта, способностей, индивидуальный стиль, профессиональные навыки уже сложились и реализуются. При коренных измене-

ниях в жизни, когда человек не справляется с ситуацией в рамках существующей структуры, перестройки протекают болезненно и трудно.

Итак, можно отметить, что взрослость, несмотря на кажущуюся устойчивость, такой же противоречивый период, как и другие. В задачи взрослости входит совладание, преодоление переживания того, что жизнь уже не во всем реализовалась так, как хотелось, как виделось в предыдущих возрастах, и создает философское отношение и личностную терпимость к просчетам и жизненным неудачам, принятие своей жизни такой, как она складывается (Покровский А., 1989.)

В заключение отметим, что взрослый человек часто в не меньшей, а иногда и в большей степени, чем ребенок и подросток, нуждается в психологической поддержке и понимании, а переживания взрослости являются интереснейшим предметом консультирования.

ПОВЫШЕНИЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОВ

Аксенов М.М, Перчаткина О.Э.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Актуальность исследования обуславливает ряд фактов, связанных с явлением стресса и стрессоустойчивости. Во-первых, стресс и низкая стрессоустойчивость – это обширная и острая проблема, которая возникает почти у каждого современного человека в связи с интенсивным ритмом жизни. Во-вторых, последствия стресса и низкий уровень стрессоустойчивости приносят серьёзный вред психическому и физическому здоровью индивида. По данным Всемирной организации здравоохранения, 45% всех заболеваний связано со стрессом. Тематика исследования в данной работе получает интерес в области изучения социологии и психологии, так как феномен стресса и стрессоустойчивости связан как с социальными факторами, так и с психологическими. Врачи подразумевают под стрессом физиологические механизмы нагрузок, специалисты менеджмента – воздействие социальных факторов, обыватели – все, что мешает им жить.

Характеризуя степень научной разработанности проблематики методов преодоления стресса, следует учесть, что данная тема уже анализировалась у различных авторов в различных изданиях: учебниках, монографиях, периодических изданиях и в интернете. Тем не менее при изучении литературы и источников отмечается недостаточное количество полных и явных исследований тематики повышения стрессоустойчивости и методик преодоления стресса на основе метода децентрации от проблемы, которые актуальны в случаях, когда стрессоры трудно устранимы.

Основными аспектами актуальности данного психологического исследования являются: необходимость дополнения теоретических построений, относящихся к изучению эффективности методов профилактики и борьбы со стрессом; потребность в новых фактах, которые позволят расширить количество корректирующих воздействий в области преодоления стресса, что позволит разработать меры профилактики, направленные на решение изучаемой проблемы; получение новых данных, ориентированных на современные условия жизни студентов.

Цель исследования: апробировать и оценить эффективность метода децентрации в повышении стрессоустойчивости.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой в исследовании ставились и решались следующие задачи: 1) рассмотреть теоретические подходы к психологической профилактике, методам оптимизации выхода из стресса и повышению стрессоустойчивости; 2) разработать и применить диагностический комплекс для изучения уровня стрессоустойчивости у выбранного контингента; 3) разработать и апробировать коррекционно-развивающую программу повышения стрессоустойчивости на основе метода децентрации с учётом выявленных особенностей стрессоустойчивости; 4) оценить эффективность проведённых занятий.

Объект исследования: психологические методы повышения стрессоустойчивости.

Предмет исследования: эффективность использования метода децентрации в повышении стрессоустойчивости.

Гипотеза исследования: коррекционная программа на основе метода децентрации является эффективной для повышения стрессоустойчивости.

Теоретико-методологической основой исследования явились труды известных зарубежных исследователей в области изучения стресса: теоретические исследования в области физиологии стресса Ганса Селье и социально-психологический тренинг И. Сарвир.

Научная новизна исследования. Дополнение и упорядочивание существующей научно-методологической базы по исследуемой проблематике ещё одним независимым авторским исследованием. Изучение проблематики психологической профилактики, методов оптимизации выхода из стресса и повышения стрессоустойчивости с помощью метода децентрации от проблемы.

Для достижения цели и решения поставленных задач были выбраны следующие методы и методики: 1) теоретические методы (изучение литературы по проблеме исследования, анализ, синтез, обобщение, систематизация); 2) эмпирические методы: наблюдение, эксперимент

(констатирующий, формирующий и контрольный); 3) методика определения уровня стрессоустойчивости: Бостонский тест стрессоустойчивости и стиля жизни; 4) методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда; 5) интерпретационно-описательные методы (количественный и качественный анализ полученных данных).

Контингент и база исследования: в исследовании приняло участие 75 студентов в возрасте от 21 до 25 лет трех томских вузов.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что полученные результаты могут быть использованы при разработке профилактических и коррекционных программ в работе практических психологов, психотерапевтов в различных сферах консультирования и по оказанию психологической помощи населению в случаях стрессовых состояний.

Исследование включило 3 этапа. Первый этап, констатирующий эксперимент (измерение уровня стрессоустойчивости с помощью Бостонского теста стрессоустойчивости «Анализ стиля жизни», диагностика социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, диагностика по методике «Самооценка эмоциональных состояний», А. Уэссмана и Д. Рикса). Второй этап, формирующий эксперимент (проведение коррекционно-развивающей программы повышения стрессоустойчивости на основе метода децентрации от проблемы). Третий этап – контрольный эксперимент (повторное измерение уровня стрессоустойчивости с целью оценки эффективности использованного метода).

В ходе теоретического анализа литературы были сделаны следующие выводы:

1. Стресс – это неспецифическая реакция организма на чрезмерное напряжение, целостная реакция личности на внешние и внутренние стимулы, направленная на достижение полезного результата.

2. При стрессе наблюдаются физиологические изменения: увеличение и повышение активности коркового слоя надпочечников; уменьшение (сморщивание) вилочковой железы (тимуса) и лимфатических узлов; гипофункция желез, точечные кровоизлияния и кровотечения, язвы в слизистой оболочке желудка и кишечника.

3. Стрессоустойчивость – это самооценка способности и возможности преодоления экстремальной ситуации, связанная с адаптационным ресурсом личности или запасом, потенциалом различных структурно-функциональных характеристик, обеспечивающих общие виды жизнедеятельности и специфические формы поведения, реагирования и адаптации.

4. Существует определенный набор личностных черт и физиологических особенностей, которые определяют его устойчивость к стрессу: уровень самооценки; уровень субъективного контроля; уровень личностной тревожности; баланс мотивации достижения и избегания.

5. С точки зрения функциональных позиций продуктивности и успешности деятельности людей разделяют на 4 группы по стрессоустойчивости: 1) стрессоустойчивые люди – успешно преодолевают трудности в кризисных ситуациях; 2) стрессонеустойчивые люди сложно адаптируются к любым изменениям, с трудом изменяют свое поведение, установки и взгляды, легко впадают в состояние стресса; 3) стрессотренируемые люди обладают свойством адаптироваться к окружающей обстановке постепенно; 4) стрессотормозные люди не изменяются под воздействием внешних событий, они имеют твердые позиции и свои мировоззренческие установки.

6. Выделяют следующие методы подготовки к стрессовым ситуациям: реализация предстоящего события с помощью избирательной позитивной ретроспекции, избирательной негативной ретроспекции, метод зеркала, детальной визуализации неудачного исхода ситуации (предельное усиление).

7. Существуют различные методы повышения стрессоустойчивости, среди них достаточно перспективен метод децентрации, который позволяет человеку дистанцироваться от проблемы и взглянуть на неё со стороны.

Эмпирическое исследование, включающее констатирующий, формирующий и контрольный эксперимент, позволило сделать следующие выводы. Большая часть студентов (55 из 75 человек) имели высокий уровень стрессоустойчивости, 11 студентов характеризовались средним уровнем, низкий уровень отмечался с более низкой частотой (9 человек). Студенты, имеющие различную выраженность (уровень) стрессоустойчивости, неодинаково адаптируются. Самая высокая степень адаптации была свойственна для студентов с высоким уровнем стрессоустойчивости. После психолого-психокоррекционной работы значимых изменений в отношении стрессоустойчивости в контрольной группе не обнаружено. После участия в психолого-коррекционной работе в экспериментальной группе студентов зафиксировано значимое повышение уровня стрессоустойчивости – до среднего и высокого.

Таким образом, результаты, полученные в процессе эмпирического исследования, подтверждают рабочую гипотезу об эффективности метода децентрации для повышения стрессоустойчивости.

ГУМАНИТАРНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОЕКТЫ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ КАК БАЗОВОЕ УСЛОВИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ «ЗДОРОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ»

Алеева Л.А., Андреева Е.Г., Брюханцева Н.В., Терешкова Н.Ю.

Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 13, Томск, Россия

Проблема образования приобретает общемировое значение, поэтому неслучайно XXI век объявлен ЮНЕСКО «Веком образования». С одной стороны, возрастает роль образования в жизни общества, что заставляет задумываться над проблемами его эффективности и оптимизации, с другой – увеличивается недовольство существующим традиционным образованием, регулярно отмечается его проблемное состояние на разных уровнях, причем это характерно для всех стран.

Никто не будет оспаривать тот факт, что образование любого человека начинается с родителей, и совершенно естественно, что они не могут научить своего ребенка тому или передать то, чего сами лишены. Достаточно часто родители становятся «плохими родителями» не потому, что не любят своих детей, а потому, что не знают, как надо их воспитывать. Они склоняются к излишней авторитарности либо излишней мягкости, что редко даёт положительные результаты воспитания. Но мы понимаем, что именно дом и семья представляют для ребенка модель всего мира. Именно в семейной ячейке формируются моральные правила, достойные или нет, в зависимости от воспитания, образования и поведения родителей. Достаточно быстро проблемами воспитания и образования ребенка вместе с родителями начинает заниматься детское дошкольное образовательное учреждение. Сегодня подобная структура должна быть образовательной, воспитательной, а также перспективной для развития личности и соответствовать современным требованиям последующих уровней образования. Мы убеждены, что диалог всех уровней – образование в наше время необходим. Говоря о развитии личности, мы имеем в виду развитие личности не только ребенка, но и педагога, и обязательно родителей, а также других членов их семей. Любой уровень образования – это не всеобуч, оно, даже если общедоступное и обязательное, является сугубо индивидуальным и должно быть человекосоразмерным. Образование не может быть преподнесено и отдано, поскольку требует усилий. На наш взгляд, стержнем, фактически конструкцией образования уже на уровне дошкольного является процесс становления человеческого в человеке. К сожалению, далеко не все в педагогике и философии образования принимают подобный тезис.

Значительным шагом в перспективах дошкольного образования стало принятие государственного стандарта, но, к сожалению, в настоящее время уровень дошкольного образования не воспринимается фундаментом последующих уровней образования, в социуме, хотя данный вывод напрашивается сам собой, поскольку это то знание, мировоззрение, нравственный выбор и духовные приоритеты, на которых строится все последующее образование.

Инновационная деятельность в дошкольном детском учреждении позволяет находить новые творческие приемы, методики не только для совершенствования образовательного и воспитательного процесса. Но и является фактически профилактикой психологических и психических проблем. Подобная деятельность стимулирует к творчеству педагогов, позволяет разнообразить и совершенствовать взаимодействие не только с детьми, но и с родителями, расширять их педагогические знания, навыки и умения.

Педагогический коллектив МАДОУ № 13 уже давно пришел к выводу, что деятельность педагога должна быть творческой обязательно. Проблема творчества в образовании не нова, сегодня творчество становится особенно актуальным, востребованным – и это далеко не случайно, поскольку современные педагоги самых разных уровней образования активно используют разнообразные формы творчества – научно-исследовательского, художественного, методического, организационного, педагогического. Эти формы активно привлекает в свою деятельность и наш коллектив. Традиционный взгляд на природу мышления утверждает, что мышление в основном носит дискурсивный характер, является анализирующим, не противостоит законам научения, зависит от них. Согласно этому взгляду на мышление, творчество в образовании понимается как результат аналитического мышления, осуществления правильных логических операций. В таком случае мы имеем ряд конкретных действий, а смысл творчества исчезает, как исчезает полет мысли, свободное, независимое мнение.

Творческий характер мышления, исходя из статистической и нашей точки зрения, характеризуется желанием, стремлением дойти до истины, обнаружить нечто свое ценное, докопаться до истоков оригинальным способом, нестандартным методом, довести себя до состояния полета, когда проблема захватывает целиком. Творческое отношение в дошкольном образовании выражается в умении и желании увидеть пробелы, неточности, нарушения в проблемной ситуации, найти возможность выхода из таковой и получить вместе с детьми удовольствие от находки и не утратить желание искать дальше.

С точки зрения динамики, для создания собственного понимания решения педагогической проблемы, необходимо не только желание и стремление её решить, но и найти оптимальный ход, использовать и опираться на понимание, симпатию и доверие воспитанников. Творческий подход в образовании, особенно в дошкольном, всегда связан с широтой видения. Это смелость и даже риск для педагога-новатора.

Для реализации педагогического творчества необходим уход от принятого стандарта (мы не имеем в виду стандарт государственный – он должен быть выполнен беспрекословно). Уйти от подражания авторитету в данной сфере знаний и умений сложно. Следует учитывать и тот факт, что педагоги с солидным стажем работы, а порой и стажем с незначительным количеством лет, с большим трудом отходят от привычного пути, именно поэтому наиболее трудным является, установление критерия правильного видения педагогической проблемы. Иногда ситуация может быть неоднозначной. Разнообразные факторы, силы, условия, в том числе и инерция привычек, мешают принимать нестандартные – новые решения. Для многих педагогов невыносимы неопределенность, необозримость, разнообразие возможностей, которые мешают ясно мыслить, взвешивать и сравнивать возможные решения, осознавать свои ошибки, а порой предвидеть их. Современный педагогический творческий стиль мышления характеризуется способностью решать проблемные ситуации путем проб, применения навыков, консультаций со специалистами. Разнообразные способы и подходы творческих исследований объясняются различиями в установках субъекта образовательного пространства. Большое значение имеет «научение через успех» – данный прием в нашем педагогическом коллективе особенно широко используется, так как педагоги понимают, что любое действие, которое приводит ребенка к успеху, то есть явилось результативным, независимо от того, понято или нет, становится необходимым. Данный прием позволяет педагогам вовлекать и погружать родителей в образовательное пространство их детей, вникать в содержание инновационного процесса.

Одним из безусловных вызовов нашего времени в системе образования является требование решения проблемы здорового, полноценного бытия, причем профессионально обеспеченного, т.е. человечности – собственно человеческого в человеке. Несомненно, что из всех форм общественной практики именно образование, особенно дошкольное, призвано решать эту проблему не утилитарно, а по существу. Поэтому в подавляющем большинстве современных концепций и программ развития образования складывается принципиально новое измерение – гуманитарно-антропологическое.

Фактически речь идет о постановке новой цели современного отечественного образования: оно должно стать универсальной формой становления и развития базовых, родовых способностей человека, позволяющих ему быть здоровым счастливым человеком. Быть не только материалом и ресурсом социального производства, а подлинным субъектом культуры, исторического действия.

Диалектика соотношения фундаментальных категорий в данном случае (образование – как форма, развитие – как содержание) остается далеко не совсем понятной. Традиционно форма определяет содержание, а содержание, в свою очередь, ищет свою приемлемую форму. Очевидно, что образование, понимаемое как абсолютная детерминанта процесса развития, и образование, которое воспринимается как процесс созревания, имеют разное содержание.

Перспективным разрешением естественного противоречия формы и содержания – образования и развития – возможно лишь в понятийном поле такой синтетической категории, как развивающее образование. Образование можно оценивать как естественное место встречи личности и общества, место наиболее продуктивного и разрешения противоречий. По сути, образование всегда имело и имеет два стратегических ориентира – на социум и на личность, именно поэтому начало образования – образование дошкольное настолько многомерно и разнонаправлено – сложно и по форме, и по содержанию.

Так исторически сложилось, что «*pedagogos*» у древних греков – это не педагог в нашем современном понимании, а раб, ведущий за руку ребенка аристократа в гимнасий, буквально – «ведущий ребенка». Образованием же занималась «антропономика» – искусство работы с человеком. Это понятие сейчас утеряно. В то же время понимание образования как ведение человека по Пути, выращивание его сущности осталось в европейских языках. Английское и французское «*education*» пошло от латинского «*e-ducere*» – выводить, выращивать, поэтому образование понимается как выращивание, воспитание. Педагог по этой причине понимается буквально как «кормилец», «наставник», «проводник», «предводитель», «руководитель», поэтому он должен быть обязательно здоров. Мы убеждены, что только полноценно развивающийся на рабочем месте педагог может вырастить здоровое новое поколение.

Животное не нуждается в образовании, поскольку от природы оно уже есть то, чем должно быть, и только человек благодаря собственным усилиям и достойным педагогам обретает собственное «Я» через знание законов природы, социума, культуры, нравственные и духовные истины.

Таким образом, мы понимаем, что образование как минимум двойной процесс – соединение новых форм жизни и формирование структуры личности. Элементарные несовпадения между этими планами создаёт потенциал и ресурс для развития личности. Именно поэтому мы понимаем, что значимая часть будущих достижений подрастающего поколения в дошкольном образовательном учреждении принадлежит и напрямую зависит от профессионализма и человеческой состоятельности педагогов. Сложности информационного пространства и эклектичного сознания современного состояния социума только увеличивают ответственность педагогов за качество своей профессиональной деятельности.

Сегодня проблема заключается не только в том, что подрастающий человек не в состоянии усвоить объем тезауруса, но и в том, чтобы «мягко» поменять саму образовательную парадигму. Классическая модель образования, идущая от Эпохи Просвещения, идеализирующая науку, свой потенциал исчерпала. Современный педагог озабочен тем, чтобы строить систему, создающую условия для самопроектирования. Это уже саморазвивающаяся система, построенная на принципе культурного механизма самовоздвещения, самосоздания. Такая модель не зависит напрямую от социально-экономического развития общественного социума, она формируется творчеством талантливых ученых – гуманитариев, педагогов. В этом случае образование рассматривается как образованность, восхождение к культуре, фактически становится феноменом культуры. В традиционной парадигме образование понимается как прирост и специализация знания, с этим связано и деление образовательной деятельности на ведомства, уровни, каждому из которых соответствует свой образовательный стандарт. Самообразование сегодня должно строиться не по линии профессионализации и специализации, не по линии роста знания, а по направлению целостности, универсальности, ценности и увеличению гуманитарности знания. Сначала гуманитарность и целостность, а на их фоне профессиональные знания. Смену парадигм образования не следует понимать буквально. Классическая модель образования, конечно же, не уйдет никуда, как не уходит любое классическое знание, но добавляются новые идеалы и ценности. Сейчас уже становится понятно, что соответствующий сегодняшним потребностям педагог дошкольного образовательного учреждения – это не просто образованный и воспитанный сотрудник со знаниями по психологии, конфликтологии, физиологии ребенка, но и личность со сформированными идеалами и ценностями, ответственный, дисциплинированный человек. Современный педагог понимает, что профессиональное, интеллектуальное и духовное развитие

предполагает серьезную работу над собой, становится нормой его профессиональной жизни, является основой его состоятельности в педагогической деятельности.

Самостоятельно решать такие сложные интеллектуально-образовательные проблемы сложно, поэтому мы создали инновационный сетевой проект «Аксиологическое акме педагога», где возможно, доступно и обязательно индивидуальное консультирование педагогов по широкому спектру вопросов и проблем, создание и реализация персональных планов образования и развития личности педагога. Это помогает поддерживать коллектив в творческом тоне и психологически поддерживать каждого его члена. Педагоги имеют возможность участвовать в конференциях, семинарах, конкурсах, издавать свои методические и научные исследования. Именно поэтому мы регулярно проводим собственными силами и при участии партнеров международные форумы, встречи с коллегами из разных городов и стран.

Литература

1. Балханов В.А. Встреча с прошлым и будущим (наука и фундаментализация образования в контексте целостного мировоззрения). – Улан-Удэ: Издательство Бурятского госуниверситета, 2002. – 234 с.
2. Соммэр Д.С. Мораль XXI века: пер. с исп. – М.: Издательство «Кодекс», 2014. – 480 с.
3. Смирнов С.А. Мастерская педагога – гуманитария (Философские и педагогические очерки). – Новосибирск : АО «Офсет», 1995. – 158 с.
4. Хван В., Хоровитт Г. Тропический лес. Секрет создания Силиконовой долины. – Томск: Изд-во Томск. гос ун-та систем упр. и радиоэлектроники, 2012. – 332 с.
5. Щедровицкий П.Г. Очерки по философии образования (статьи и лекции), – М.: Изд-во Педагогический центр «Эксперимент». – 153 с.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ: ПОСЛЕДНИЕ ТЕНДЕНЦИИ **Амелина Я.А.**

Центр региональных и этнорелигиозных исследований, Москва, Россия

В настоящее время все более существенной угрозой общественной и национальной безопасности становятся объективно не мотивированные вспышки насилия в подростковой среде. Одна из причин этого негативного явления – широкое распространение среди подростков деструктивных социально-психологических проявлений, связанных с различными суицидальными и агрессивно-депрессивными субкультурами, фашистской, ультранационалистической и псевдокриминальной идеологией, радикальным исламом и т.п.

Основным механизмом трансляции деструктивных идей и моделей поведения является Интернет (социальные сети и мессенджеры), что требует применения современных подходов к профилактике противоправных и антиобщественных действий среди несовершеннолетних, творческого использования российского и зарубежного опыта на этом направлении. Кавказский геополитический клуб предлагает образовательным учреждениям и досуговым центрам, общественным и общественно-политическим организациям, правоохранительным органам, а также всем заинтересованным организациям и лицам проведение практических семинаров по профилактике противоправных и антиобщественных явлений среди несовершеннолетних. Целевая аудитория мероприятий – социальные педагоги и психологи, представители силовых структур, родительская общественность и др.

В программу семинаров, адаптируемую по содержанию и объему под потребности конкретной аудитории, входят лекции и практические занятия по актуальным темам: 1) обзор современной ситуации распространения в подростковой среде деструктивных социально-психологических проявлений и их связи между собой (околосуицидальные группы, «группы смерти», «колумбайнеры», true crime, АУЕ, крайний левый и правый экстремизм, радикальный исламизм и др.); 2) конкретные маркеры (индикаторы), свидетельствующие об отклоняющемся поведении подростка; 3) традиционные и современные подходы, формы и методы профилактики противоправных и антиобщественных действий среди несовершеннолетних, в том числе обзор международного опыта; 4) методические рекомендации по курсу медиabezопасности. Особое внимание уделяется последним тенденциям в развитии деструктивных сообществ, подростковый контингент которых целенаправленно готовится к совершению немотивированных терактов (примером реализации данного прогноза являются, в частности, события 20 августа 2018 г. в ЧР) и расправ над младшими сверстниками («колумбайновские» инциденты в Перми и Улан-Удэ). С лета 2017 г. КГК неоднократно предупреждал о подготовке к реализации в России «колумбайновского» сценария, однако прогноз не был услышан, итогом чего стали трагические события в Керчи.

На фоне падения привлекательности идеологии и практики радикального исламизма на первый план в среде пассионарной российской молодежи постепенно (и довольно быстро) выходит новый пласт деструктивных практик, объединенных идеей безмотивного «насилия ради насилия». Мы подробно рассматриваем этот вопрос в сборнике информационно-аналитических материалов «Трансформация деструктивных практик после разгрома т.н. «Исламского государства». «Ко-

лумбайн» в российских школах – далее везде?...» (Москва, декабрь 2018 г.). Происходящее в России отражает общемировые тенденции. Биографии «доморощенных» европейских террористов показывают, что они являются нигилистами от насилия, которые принимают ислам, а не религиозными фундаменталистами, которые обращаются к насилию, констатирует в статье «Кто такие новые джихадисты»¹ французский исламовед Оливье Руа. Иными словами, отмечает исследователь, терроризм порождает «не радикализация ислама, а исламизация радикализма». Насилие в данном случае – не средство, а самоцель, констатирует он: «Они убивают себя вместе с миром, который они отвергают». Это объясняет не только бессмысленно-суицидальные теракты радикальных исламистов, но и основные черты деструктивного ландшафта, складывающегося в настоящее время в России. Значительный вклад в его формирование вносят современные информационные (а также социальные) технологии.

Как отмечено в аналитическом докладе Кавказского геополитического клуба «Группы смерти» как угроза национальной безопасности России»² в социальной сети ВКонтакте сформирована широкая сеть деструктивных сообществ, потенциал которых используется (в тестовом и рабочем режиме) для дестабилизации обстановки в РФ по целому ряду направлений. На сегодняшний день депрессивно-(ауто)агрессивный контент составляет значимую часть содержания сотен массовых (от десятков и сотен тысяч до нескольких миллионов подписчиков) постоянно обновляемых пабликов, целевой аудиторией которых является молодежь, в первую очередь подросткового возраста.

Данная среда успешно создает деструктивный фон, оказывающий пролонгированное воздействие на психику и облегчающий дальнейшее внедрение в сознание подростка тех или иных поведенческих шаблонов, связанных с насилием. Задачей этого воздействия является контролируемое изменение поведения подростков с целью в определенный момент подтолкнуть их к совершению суицидальных или, наоборот, агрессивных (преступных) действий, которым, в зависимости от контекста, может придаваться – или не придаваться – общественно-политическая, религиозная или иная мотивация.

¹ Olivier Roy. Who are the new jihadis? The Guardian, 13 апреля 2017 г. https://www.theguardian.com/news/2017/apr/13/who-are-the-new-jihadis?CMP=share_btn_fb

² С полным текстом доклада можно ознакомиться здесь: http://www.kavkazgeoclub.ru/sites/default/files/pdfpreview/_amelina_-_doklad_po_gruppam_smerti_-_2017_-_end.pdf

Одна из серьезных угроз, которую влечет за собой широкое распространение депрессивно-(ауто)агрессивного контента в социальных сетях – возможность использования «обработанной» молодежи для совершения зачастую безмотивных террористических актов. Исследование спектра данных групп демонстрирует идентичность их методов с методами пропагандистов «Исламского государства» (запрещенная в России террористическая организация).

Организаторы сети указанных сообществ потенциально способны подвести отобранных подростков, в зависимости от индивидуальных склонностей, темперамента и других личностных особенностей, к мысли об убийстве либо других людей («игиловцы», «колумбайнеры»³, радикалы ультраправого и околонацистского толка, такие как «хабаровский стрелок»⁴, участники псевдокриминальных псевдосообществ («АУЕ» и т.п.), либо себя (контингент околосуицидальных групп). При этом условно-«игиловский» (агрессивный) и условно-суицидальный (депрессивный) контингенты частично совпадают. Идеологическая оболочка «их борьбы» при этом существенно различается и во многом ситуативна.

³ 20 апреля 1999 г. двое старшеклассников американской школы «Колумбайн» безмотивно расстреляли соучеников, а потом застрелились сами; кроме них погибло 13 человек. С первого полугодия 2017 г. сообщества, героизирующие «колумбайнеров» и представляющие их в качестве объекта для подражания, стали активно продвигаться вКонтакте. К настоящему времени в России произошло как минимум пять инцидентов, повторяющих «Колумбайн», наиболее кровавым из которых стала трагедия 17 октября 2018 г. в Керченском политехническом колледже. Подробнее об этом: Я. Амелина. «Колумбайн» в Керчи: лимит предупреждений исчерпан. Сайт Кавказского геополитического клуба, 22 октября 2018 г. <https://kavkazgeoclub.ru/content/kolumbayn-v-kerchi-limit-preduprezhdeniy-ischerpan>

⁴ Подробнее об этом деструктивном направлении: Я. Амелина. «Хабаровский стрелок», нацисты, Навальный и «группы смерти». Сайт Кавказского геополитического клуба, 26 мая 2017 г. <http://www.kavkazgeoclub.ru/content/habarovskiy-strelok-nacisty-navalnyy-i-gruppy-smerti>

История «хабаровского стрелка» А. Конева, убитого в ходе нападения на местную приемную ФСБ, демонстрирует если не организационное единение неонацистов, политизированных неоязычников, «оранжистов» и изуверов, стоящих за околосуицидальными группами, то трогательное единство их взглядов на формы и методы борьбы за захват политической власти в стране – у кого-то более, у кого-то менее (до поры, до времени) радикальные.

Учитывая, что террорист-смертник, помимо убийства других людей, также совершает самоубийство, логично предположить, что в глобальном плане за этими процессами стоят одни и те же структуры. Прослеживается четкий западный след этого явления (существенная часть контента деструктивных сообществ является переводом англоязычных первоисточников; паблики активно внедряют на российской почве темы, актуальные для Запада, в частности проабортную тематику⁵).

Создатели широкого спектра депрессивно-агрессивных сообществ постепенно переходят к решению задач общественно-политического характера. Значительно вырос удельный вес контента антироссийского содержания. Волна за волной идет продвижение антихристианских (в том числе направленных конкретно против Русской православной церкви и Патриарха Кирилла) и в целом антирелигиозных, протеррористических (де-факто оправдывающих совершение террористических актов и обесценивающих страдания их жертв) и пропедофильских (включая инцест) «идей» в широкие подростковые массы.

Другой стороной этого процесса являются активно раскручиваемые группы, создающие отталкивающий образ материнства и детства. Демотиваторы, содержащие образы насилия над детьми, пользуются устойчивой популярностью (наиболее жесткие из них набирают десятки тысяч «лайков» менее чем за сутки). «Форсинг» подобных тем призван в первую очередь снять моральный барьер на применение насилия в отношении малолетних детей. Первые плоды этого процесса уже наблюдаются по всей территории страны⁶. Отметим, что это, пожалуй, первое (открытое и в более широком контексте) возвращение к теме насилия против детей после теракта в бесланской школе № 1 1–3 сентября 2004 г.

Поступательное нагнетание немотивированной агрессивности, активная раскрутка мемов, пропагандирующих жестокость и насилие, маркируют переход на новый этап, на котором, по замыслу организаторов, должна проливаться кровь, что уже происходит. Соответствующо

⁵ Подробнее об этом см.: Я. Амелина. Соколовский не раскаялся – он только испугался. Сайт Кавказского геополитического клуба, 12 мая 2017 г. <http://www.kavkazgeoclub.ru/content/sokolovskiy-ne-raskayalsya-tolko-ispugalsya>

⁶ Попытки повторения «колумбайна» в школах Перми и Улан-Удэ были связаны с насилием старшеклассников в отношении младших школьников. Сообщения о жестоких и в большинстве случаев немотивированных нападениях подростков на детей младшего возраста фиксируются в самых разных регионах России.

щие демотиваторы (посвященные, в частности, трагедии в школе «Колумбайн», персонажу мультфильма «Джефф-убийца», постулирующие, что «Я хочу быть автоматом, стреляющим в лица» и т.п.) собирают десятки тысяч «лайков», что свидетельствует о подготовке/наличии в подростковой среде благоприятной почвы для совершения разного рода насильственных преступлений, в том числе идеологически и религиозно немотивированных терактов.

Очевидно и потенциально возможное широкое использование «контактовых» пабликов для распространения антиправительственных и антипрезидентских призывов. Мессенджеры и социальные сети являются средством распространения заведомо ложных панических слухов, например, «предупреждений о готовящихся терактах»⁷. Конечная цель анонимного нагнетания истерики и страхов – дестабилизация ситуации в стратегически важных регионах России, прежде всего, на Северном Кавказе, в Поволжье и обеих столицах.

Деструктивные последствия роста данной сети сообществ тем более приобретают очевидность, что околосуицидальный и депрессивно-(ауто)агрессивный контент распространяется на фоне/в контексте ещё более разветвленной сети пабликов, попирающих принципы морали и нравственность, пропагандирующих половую распущенность (в том числе гомосексуальную), сатанизм и т.д., что негативно воздействует на состояние общества в целом.

Той же цели служит и активное распространение вКонтакте аудиозаписей ряда молодых исполнителей, «творчество» которых негативно влияет на молодежь, так как, с одной стороны, формирует у слушателей искаженный образ России, а с другой – способствует закреплению в молодежной среде максимально широкого спектра разнообразных агрессивно-деструктивных практик (как сообщила в одном из интервью «певица» Монеточка, «Мне просто очень нравится про кровь петь»)⁸.

Наиболее показательным примером последнего служит эпатажный рэп-исполнитель Face, в «творчестве» которого безмотивное насилие непосредственно нацелено против нынешнего политического режима в стране. Показательно – и навряд ли это случайно – внезапное обращение исполнителя к «эстетике» радикального исламизма в формате

⁷ Конкретные примеры, см., например: Я. Амелина. Нагнетание страха. «Русская планета», 26 ноября 2015 г. <https://rusplt.ru/society/nagnetanie-straha-19906.html>

⁸ Николай Редькин. Монеточка. Жизнь после «хайпа». Flow, 15 сентября 2017 г. <https://the-flow.ru/features/monetochka-interview-2017>

совершения все тех же безмотивных террористических актов (трек «Салам» альбома «Пути неисповедимы», вышедшего в начале сентября 2018 г.)⁹.

Несмотря на кажущуюся разнонаправленность, в определенный момент указанные тенденции могут совпасть в произвольных комбинациях, причем главными «действующими лицами» безмотивных терактов будут подростки, в силу возраста ещё не подлежащие уголовной ответственности. На этом фоне «старый добрый» исламистский радикализм может показаться меньшим злом, однако возврата к прошлому в любом случае уже не будет.

Таким образом, наибольшую опасность в настоящее время представляет не радикальный исламизм (хотя попытки реанимировать это направление являются весьма опасным симптомом), а все остальные виды и способы придания молодежному радикализму деструктивной направленности (что, конечно, не означает окончательного ухода исламистского радикализма с общественно-политической сцены).

Необходимо осознать, что подростки – не только объект, но и субъект деструктивных процессов. Это диктует необходимость существенной коррекции воспитательного процесса молодого поколения, в который, помимо прочего, должны вернуться базовые представления о морали и нравственности. Возможно, необходимо рассмотреть и вопрос об ужесточении наказания и снижении возраста уголовной ответственности по ряду статей УК РФ о преступлениях, связанных с насильственными действиями.

Следует отметить, что подростки являются лишь «испытательным полигоном», на котором отрабатываются стандартные политические, социальные и медиатехнологии, адаптированные к условиям современного информационного общественного пространства. Они могут быть успешно применены и в отношении «взрослой» части населения. Демонстрируемая легкость манипуляции сознанием не только несовершеннолетних, но и взрослых россиян представляет собой явную потенциальную угрозу национальной безопасности России.

⁹ Подробнее о суицидальных, агрессивных, сатанистских и прочих деструктивных мотивах музыкальных кумиров значительной части современной молодежи – с момента выхода в начале сентября 2018 г. последний альбом Face вКонтакте прослушали около четырех миллионов человек – см.: Я. Амелина. «На моей шее дьявол». Стоит ли радоваться? Сайт Кавказского геополитического клуба, 2 октября 2018 г. <http://www.kavkazgeoclub.ru/content/namoye-shee-dyavol-stoit-li-radovatsya>

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОЗДНЕЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ДИСКИНЕЗИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКТИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Апаркина И.В., Гаевский Р.Г.

ГБУЗ «Пензенская областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова», Пенза, Россия

Цель – изучение распространенности поздней нейролептической дискинезии среди пациентов стационара, длительно принимающих нейролептики, и эффективности корректирующей терапии.

Актуальность проблемы. Гиподиагностика поздней дискинезии приводит к хронизации расстройств и снижает эффективность корректирующих мероприятий и качество жизни пациентов в целом.

Материалы и методы. Исследование проводилось с января 2017 г. по декабрь 2017 г. Было обследовано 258 пациентов, принимающих нейролептики. Возраст пациентов варьировал от 23 до 62 лет, средняя продолжительность нейролептической терапии составляла от 2 до 26 лет. Из типичных нейролептиков наиболее часто применялись производные бутирофенона (галоперидол), алифатические производные фенотиазина: хлорпромазин (аминазин), левомепромазин (тизерцин), пиперазиновые производные фенотиазина: трифлуоперазин (трифтазин), трифлуфеназин (модитен), производные тиоксанта: хлорпротиксен, зуклопентиксол (клопиксол). Для анализа выбраны пациенты, получавшие комбинации типичных нейролептиков. Нейролептики назначались в среднетерапевтических суточных дозах. Все пациенты получали длительное время типичные нейролептики, длительность приема терапии в стандартной поддерживающей дозе около 2 лет – 1 пациент, от 2 до 5 лет – 12 пациентов, более 5 лет – 3 пациента. Наиболее используемым препаратом являлся галоперидол, так же назначаемый и в депонированной форме, в сочетании с нейролептиками (аминазин, хлорпротиксен, тизерцин). 14 пациентов длительное время получали циклодол в дозе 2–6 мг/сут, без положительной динамики. Из 16 пациентов было 10 женщин и 6 мужчин, из них в возрасте 40–50 лет – 3 человека, 50–60 лет – 8, 60–70 лет – 4 человека, старше 70 лет – 1 человек.

Обсуждение результатов. У 16 пациентов (6,2%) выявлены клинические признаки различных вариантов поздней дискинезии с длительностью неврологических расстройств на догоспитальном этапе более года. У 12 пациентов обнаружены признаки поздней дискинезии, у 4 – поздняя (тардивная) акатизия. Оценка проводилась по шкале экстрапирamidных симптомов (ESRS). Степень выраженности дискинезии определялась как умеренная (ближе к тяжелой) и тяжелая. Поздняя

дискинезия проявлялась разнообразным гиперкинезом: хореоатетозом, стереотипиями, дистонией, акатизией, тремором, миоклонией, тиками или их сочетанием. Букко-лингво-мастикаторный гиперкинез сопровождался морганием, блефароспазмом, подниманием или нахмуриванием бровей. Движения в конечностях были как двусторонними, так и односторонними. Иногда движения в конечностях имели хореоатетодный или дистонический характер, реже напоминали тики. При ретроспективном анализе медицинской документации выявлено отсутствие какой-либо корректирующей терапии.

Проведенная терапия. В первую очередь проводилась отмена типичного нейролептика, перевод пациента на клозапин. Трудно разрешимой проблемой являлись случаи длительного применения нейролептиков пролонгированного действия – вынужденного при отсутствии установок у пациента на прием терапии или же обусловленные сформировавшимся многолетним стереотипом. Перевод на поддерживающее лечение клозапином был выполнен 10 пациентам. Отмена циклодола произведена у всех пациентов. Назначение амантадина сульфата (ПК-Мерц) рекомендовано в 6 случаях (возникла необходимость в продолжении терапии традиционными нейролептиками пролонгированного действия). ПК-Мерц назначался по 0,5 табл. 3 раза в сутки (150 мг) с последующим увеличением дозы через 1 неделю до 1 табл. 3 раза в день (300 мг). При сохраняющихся нейролептических осложнениях суточная доза ПК-Мерц наращивалась до 600 мг. Дополнительно назначали витамин Е в дозировке 400–1200 МЕ в сутки. Длительность стандартной стационарной терапии в среднем составляла 3 месяца.

Выводы. Проявления поздней дискинезии зачастую недооцениваются как специалистами, так и самими пациентами. В течение длительного времени неврологическая симптоматика остается без коррекции, что приводит к хронизации процесса, значительно снижает эффективность коррекционных мероприятий в последующем.

ФЕНОМЕН ПРОЖИВАНИЯ

Арпентьева М.Р.

Институт психологии, Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия

Проживание – феномен, описывающий человеческую жизнь в периоды стабильного функционирования и прохождения кризиса – как состояние гармонии с собой и миром (пребывания в мире, бытия собой) и как состояние перехода, совладания с трудностями и развития –

благодаря пройденным трудностям, созреванию, переход от дисгармонии к гармонии, от не-себя, от не-бытия к себе, к бытию-собой (выживание в мире). Концепт проживание – типичный концепт экзистенциальной психологии. Он звучит в ней в самых разных понятиях и контекстах, прежде всего как феномен истинной, то есть настоящей, реальной, не нарушенной, исполненной, полноценной, гармоничной, жизни, бытия, экзистенции, отражающий меру реализованности и благополучия человека в мире. Он включает несколько основных компонентов-концептов: проживание-переживание, проживание-осознание, проживание-поведение: проживание есть переживание трудной жизненной ситуации, кризиса внутриличностных и межличностных отношений. Оно представляет собой также осознание и трансформацию представлений о себе и мире, о трудной жизненной ситуации и кризисе. Оно также есть поведение в отношении трудной жизненной ситуации и её участников.

Само по себе проживание представлено как проживание трудной жизненной ситуации (на внешнем уровне) и как кризиса/травмы (на внутреннем уровне). В проживание как целостную систему естественным образом включен ценностно-целевой компонент, а также компонент совместного проживания. Хотя большинство людей полагает себя отдельными от окружающих их людей и, даже более того, отчужденными и изолированными от помощи и иных форм совместного проживания, в реальности проживание человеком трудной жизненной ситуации, как ситуации внутреннего кризиса, всегда совместно. Что касается ценностно-целевого компонента, то проживание всегда направлено: даже в моменты ступора и дезориентации, человек ищет выход, ищет системы ценностных и целевых координат, позволяющих прожить ситуацию, найти выход, преобразовать травмирующий опыт, получить то новообразование, которое становится результатов кризисного опыта.

Таким образом, проживание приводит и связано с ценностно-смысловыми трансформациями личности и трансформациями межличностных отношений. Если речь идет о кризисах и травмах отношений, то сначала (на первой стадии) «лидирует» второй компонент. Если имеются в виду кризисы и травмы «персонального» уровня, индивидуальности, то более выраженным оказывается первый компонент. Однако на второй стадии происходит инверсия: индивидуальное преобразование заканчивается изменением отношений и наоборот. Эти изменения, как показано в наших исследованиях психологического консультирования и психотерапии (интегративной модели психологического консультирования), включает трансформации самопонимания, понимания другого человека и ситуации.

Все эти виды понимания образуют динамическое единство, при котором изменение одного влечет изменение другого. Именно поэтому, например, ситуация развода как ситуация жизненного кризиса, как кризиса межличностных отношений, запускает целую серию перемен понимания себя и мира.

Э. Гофман (2006) – основатель транзактного анализа, а также его последователи, работающие в рамках социально-психологического анализа, сфокусированного на проблемах отношений человека и общества, предлагают ролевую модель проживания. Они описывают самопрезентацию как монологическую форму проживания жизненных ситуаций, в которой доминируют ориентация «иметь, а не быть», ориентация на социальную значимость происходящего, монолог и уход от реального проживания – переосмысления и иных трансформаций.

С. Джурард, Р. Мэй, В. Франкл и иные психологи и философы экзистенциально-гуманистической школы (Франкл В., 1990; Мей Р., 2002), ориентированной на целостное и персоналистическое осмысление развития человека, описывают самораскрытие как форму диалогического, «бытийного» прохождения трудной жизненной ситуации как личностно и социально значимого кризиса, трансформации как полноценного проживания («мужества быть»). Самораскрытие, бытие собой в диалоге с другим – поступок к жизни, поступок жизнеутверждения, диалога и подтверждения себя и другого, понимания и постижения, взаимного изменения и превосходения.

Проживание выступает как изживание – избавление от старого, отчуждение. Вместе с тем оно есть нахождение нового и реализация своего (самореализация, предназначения), обретение наслаждения, счастья в долге, слияние персональной и социальной реализации (Франкл В., 1990; Маслоу А., 2002; Дюркхайм К., 2006; Лэнгле А., 2017). Проживание предполагает достижение, восстановление и поддержание состояния экзистенциальной исполненности и осмысленности, работы человека по достижению действительно важных для него и общества целей, позволяющих развиваться и развивать окружающий мир, переживая чувство укоренённости в мире и чувство свободы. Находясь в состоянии проживания, человек восстанавливает связи с собой и миром, утраченные им или не сформированные им по тем или иным причинам. Отказ от проживания, напротив, приводит к тотальной деструкции связей с собой и миром, отчуждению, превращению человека в животное или даже вещь (Фромм Э., 2005), то есть вызывает персональную деградацию. Если речь идет о социальной инволюции, в том числе в форме инфантилизации и «выгорания», деформаций развития и т.д. Экзистенциальное исполнение – это и есть суть проживания.

В работах отечественных психологов – К.А. Абульхановой-Славской (1993), С.Л. Рубинштейна (1979) и Ф.Е. Василюка (2008, 2018) выделяются стратегии жизни или проживания: от простых и усеченных попыток имитировать реальное проживание, замещая перемены блоками и масками, до сложных и высокорефлексивных, хорошо разработанных, порой отчаянно мужественных и бросающих вызов сложившемуся жизненному опыту человека. Показано, что, будучи субъектом собственной жизни и активности, человек способен строить её в диалоге с миром и иными людьми, но относительно независимо от них так, чтобы удовлетворять свои насущные потребности или отказываться от субъектности, диалога и заниматься удовлетворением внешних по отношению к себе, чужих социально значимых желаний и обязанностей. Будучи существом понимающим, человек, проживающий трудную ситуацию как кризис своей жизни, изменяет не только понимание мира, но и понимание себя и других людей, ценности и цели жизни. Это изменяет его поступки и отношения к себе и к людям. Изменения при этом могут затрагивать как уровень непосредственных отношений, так и семейно-родовых, этнических отношений, в которые включен субъект. Интенсивность и характер изменений полностью определяются готовностью и способностью быть открытым навстречу собственной сути и обнажающему её в сражениях с нереальными, иллюзорными мирами, краху. Проживание – подчас трудная дорога к себе самому, пролегающая через ловушки внешних и внутренних привязанностей и идеализаций, признание и исправление ошибок, пересмотр внутренних и внешних отношений, гармонизация и конфронтация, транспарентность и конгруэнтность и т.д.

РОДОПЛЕМЕННЫЕ ГРУППЫ КАК ВАРИАНТ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЕМЬЯХ НАСЕЛЕНИЯ ЭТНИЧЕСКИХ АНКЛАВОВ (НА ПРИМЕРЕ ТУВЫ)

Артемьев И.А.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Принятые определения этнопсихиатрии различаются не очень существенно и сводятся к следующему: этнопсихиатрия изучает особенности распространения, клиники, течения и исхода психических заболеваний и расстройств у данного этноса. Это типичное определение «*idem per idem*» (с лат. «одно и то же») подразумевает, что то или иное нервно-психическое расстройство можно понять, приняв в расчет этнокультуральный аспект.

Исследования проводятся, как правило, в рамках определенного этноса, под которым понимается «исторически возникший вид устойчивой социальной группировки людей, представленной племенем, народностью, нацией» (Советская энциклопедия. М., 1984. С. 1555). Чаще всего ограничиваются изучением интересующего феномена в рамках определенной «нации», тогда как таксономическая составляющая, каковыми могут быть родоплеменные группы, остаются вне поля зрения в силу малой очерченности этих таксонов в исторически сложившемся к настоящему времени этносе. На территории Сибирского федерального округа проживают одновременно разные – в этническом и культуральном плане – мало сближенные народы, а русскоязычное население представляет подавляющее большинство. В числе наиболее крупных коренных народов выделяют бурят и тувинцев.

Республика Тува – национально-государственное образование в составе Российской Федерации, географически располагающееся в центре Азии с высоким удельным весом коренного населения (до 66%) и почти абсолютной этнической компактностью: на своей этнической территории проживает 97% тувинцев. Данные о родоплеменном составе тувинцев имеют большой интерес с точки зрения формирования тувинского этноса. Несмотря на то что в настоящее время в Туве – центре Азии – нет четко очерченной родоплеменной структуры, родовые этнонимы нашли продолжение в современных тувинских фамилиях, ведущих происхождение от названий родоплеменных групп, что и используется современными исследователями. Были получены обширные данные о характере расселения носителей тувинских этнонимов в настоящее время (Вайнштейн С.И., 1972).

К числу наиболее распространенных родоплеменных групп, охватывающих свыше 95% населения, относят следующие: соян, мады, ооржак, кужугет, тоджи, чооду, иркит, монгуш, салчак, тонгак, тумат, кыргыз, уйгур, тулуш, телек, хертек, сарыг, карзал, хуулар, хомушку, ховалыг, сат, ондар, тодот, дербет, олет, олл. Наиболее древними этнонимами являются телек, теленгут, толан, уйгур, происхождение которых связывают с периодом тюркских каганатов. В состав современных тувинцев вошли потомки древних уйгуров (этноним уйгур) и кыргызов (этноним кыргыз); этнонимы монгуш, тонгак, тумат, салчак, тоджи указывают на роль средневековых тюркских и монгольских племен. Хотя существует множество спорных вопросов о происхождении той или иной родоплеменной группы, в целом авторы отмечают, что племенной состав тувинцев характеризуется смешанностью составляющих её этнических компонентов (Потапов Л.П., 1969).

Нами проведен анализ диспансерного контингента психически больных в тувинском населении ряда районов Тувы. При этом в качестве источника информации служили данные диспансерного учета, а именно фамилии, которые использовали в качестве «маркера» родовой принадлежности. Поскольку фамилии у тувинцев, как и родовая принадлежность, прослеживаются по мужской линии, в разработку были взяты лица только мужского пола, состоящие на диспансерном учете. Нами привлечены сведения Н.А. Сердобова (1971) о частоте встречаемости указанных фамилий среди тувинского населения, а также принято во внимание влияние русского языка на образование современных тувинских фамилий и имен (Бавуу-Сюрю М.В., 2000). Всего было вычленено 27 родоплеменных групп, представители которых находились под динамическим диспансерным наблюдением по поводу психических расстройств.

В качестве оценки существенности различий распределения больных и здоровых в родоплеменных группах нами использовался критерий Х-квадрат, который в нашей интерпретации указывает, что психические расстройства в родоплеменных группах носят случайный характер, то есть в отдельно взятых родоплеменных группах, как этнических таксонах, не обнаруживается «труппности» к расстройствам психики её членов, из чего следует, что риск психических расстройств на популяционном уровне не зависит от родоплеменной принадлежности.

Определение частотных параметров (количество мужчин с психическими расстройствами на 100) в различных группах показало, что, несмотря на значительную вариабельность, статистически значимых различий этого показателя не найдено. Следовательно, родоплеменная принадлежность не отражается на частоте психической патологии её представителей.

Нами определено значение этого показателя в родоплеменных группах, компактно расселенных в некоторых районах (кожуунах) Тувы. Так, в Бай-Тайгинской популяции суммарная встречаемость трех распространенных фамилий (родоплеменных групп) – иргит, салчак, хертек – составила соответственно 14, 20, 22% или 54, 66 и 83% от суммарной численности этой группы фамилий, зарегистрированных на территории всей республики. Во многом сходная картина расселения наблюдается и в Барун-Хемченском районе (кожугет, ооржак, саая, сарыглар, хомушку), Дзун-Хемченском (кара-сал, куулар, монгуш, ондар, сат), в Улуг-Хемском, Тандинском, Тоджинском районах. В Бай-Тайгинском районе частота психических расстройств в вышеперечисленных группах составила 0,61–1,1 ($p \geq 0,05$); в Барун-Хемченском – 0,56–0,75 ($p \geq 0,05$); в Дзун-Хемченском – 0,33–1,33 ($p \geq 0,05$); в Тандин-

ском – 0,33; в Тоджинском – 1,1. Различия показателей в группах, дислоцированных в местах их компактного проживания, а также проживающих в других районах, оказались незначимыми.

Следовательно, частота психических заболеваний у тувинцев, принадлежащих к разным родоплеменным группам, при сложившейся системе оказания специализированной помощи оказалась одинаковой как в условиях их компактного проживания на предпочтительной для этой группы территории, так и в равной степени это справедливо и для других территорий Тувы, где расселена данная родоплеменная группа.

ВОЗМОЖНОСТЬ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

**Афанасьева Н.А.¹, Березовская М.А.¹, Коробицина Т.В.^{1,2},
Пичугина Ю.А.¹, Арапиев Ю.А.¹, Виноградов К.А.¹,
Быкова В.В.², Катаева А.В.²**

¹ **Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия**

² **Сибирский федеральный университет, Красноярск, Россия**

В последнее время в медицине широко используются разные экспериментальные методы моделирования, в том числе биомедицинского моделирования закономерностей течения физиологических и патологических процессов в организме человека, что позволяет уточнить механизмы их системной организации. Исследования, связанные с применением методов математического моделирования в медицине в условиях современной науки, быстро развиваются и являются одними из важных и значимых способов изучения закономерностей, лежащих в основе функционирования сложных систем. Математические компьютерные модели позволяют получить новые знания об изучаемых процессах путем проведения вычислительных экспериментов на компьютере и при этом избежать дорогостоящих опытов на животных.

Математическое моделирование – система математических выражений, которая описывает свойства, различные взаимосвязи, структурные и функциональные параметры объекта моделирования. Данный метод позволяет устанавливать более глубокие и сложные закономерности между теоретическими сведениями и данными, полученными в ходе экспериментов. Математическое моделирование также может быть использовано для прогнозирования течения различных патологических процессов.

В настоящее время описан значительный спектр моделей различных функциональных систем организма. Исследователями описаны математические модели оценки иммунного статуса, оценки эффективности вакцинации, имеются результаты создания моделей, позволяющих прогнозировать уровень работоспособности спортсменов и их функционального состояния и др.

Клинические проявления расстройств, вызванных употреблением синтетических психоактивных веществ, в подавляющем большинстве случаев представлены психомоторным возбуждением, двигательным беспокойством и шизофреноподобной симптоматикой. На фоне страха, тревоги, напряжения развиваются бред преследования, чувство опасности, галлюцинаторное ощущение слежки. Пациенты жалуются на ощущение воздействия на них с помощью встроенных микрочипов, специальной аппаратуры, сообщают о попытках со стороны правоохранительных органов «подбросить» им наркотики, тем самым «осуществить подставу». В ряде случаев пациенты испытывают слуховые галлюцинации обвиняющего и угрожающего характера. При этом в литературе отсутствуют данные о признаках, позволяющих с высокой долей вероятности определить по особенностям клинической картины этиологию психоза.

Несмотря на схожесть клинической картины психотических расстройств, вызванных приемом современных синтетических психостимуляторов и каннабиноидов, возможно выявление дифференциально-диагностических критериев психозов, причинно-следственных связей, имеющих большую значимость в терапии нарушений, вызванных употреблением синтетических психоактивных веществ.

Нами была проанализирована возможность создания математической компьютерной модели для диагностики психотических расстройств, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ.

Были изучены и проанализированы истории болезни пациентов (222 мужчин, средний возраст которых составлял $32,6 \pm 7,4$ года), перенесших психотические расстройства на фоне употребления новых синтетических ПАВ. Из исследования исключались больные с алкогольными психозами и синдромом отмены алкоголя. В анамнезе 100 человек ранее употребляли героин. Основной метод исследования – клинко-катамнестический. Истории болезни данных пациентов анализировались с возможностью проверить вероятную зависимость между принимаемыми препаратами, вероятную зависимость между наблюдаемыми симптомами, вероятную зависимость между употребляемыми синтетическими ПАВ и наблюдаемыми симптомами.

Полученные в процессе анализа данные были обработаны при помощи программы математического компьютерного моделирования создания ассоциативных правил, которые позволяют находить закономерности между связанными событиями. Ассоциативное правило имеет вид: «Из события А следует событие В с некоторой вероятностью». При помощи использования алгоритмов поиска ассоциативных правил можно получить все возможные правила вида «Из А следует В» с различными значениями поддержки и достоверности. Количество правил ограничивается заранее установленными минимальными и максимальными значениями поддержки и достоверности, интервалом, который, с одной стороны, обеспечит нахождение неочевидных правил, а с другой – их обоснованность, что позволяет оценить значимость и достоверность выявленных причинно-следственных связей.

Проведенное исследование показало, что в клинической картине психозов преобладали эмоциональное и двигательное возбуждение, бред преследования, зрительные и слуховые обманы восприятия, страх, ощущение угрозы жизни, тревога, ответы не по сути заданных вопросов.

Химико-токсикологический анализ показал, что моноупотребление встречалось достоверно чаще, чем сочетанное употребление производных пировалерона, синтетических каннабиноидов и других веществ. По клиническим признакам достоверно разграничить расстройства, обусловленные приемом синтетических каннабиноидов или производных пировалерона, трудно.

При помощи математического компьютерного моделирования полученные ассоциативные правила достоверно показали, какие симптомы чаще всего наблюдаются совместно при приеме синтетических ПАВ, а также какие ПАВ вызывают симптомы, указанные в качестве «причины» ассоциативного правила.

Результаты экспериментов были проанализированы и получены определенные закономерности, например, если в клинической симптоматике психоза наблюдались проявления агрессии и отсутствие сна, то с вероятностью 100% это свидетельствует об употреблении производных пировалерона в сочетании с каннабиноидами. Если в клинической картине психоза отсутствуют боязнь того, что подбросят наркотики, идеи реальности угрозы жизни, бред преследования и стремление больного спрятаться от мнимых врагов, то с вероятностью 94% кроме производных пировалерона и каннабиноидов больной употребляет иные ПАВ. Всё это позволяет проводить диагностический поиск иных веществ, маскирующих картину психозов на фоне употребления каннабиноидов и производных пировалерона.

Использованный метод математического компьютерного моделирования позволяет выявить основные диагностические критерии, являющиеся значимыми для установления этиологии психоза, вызванного употреблением новых современных ПАВ. Полученные ассоциативные правила в целом отвечают реальной действительности, так как показывают, какие группы ПАВ в качестве «следствия» вызывают симптомы, указанные в качестве «причины» АП.

Данные ассоциативные правила могут быть использованы для установления возможных принятых препаратов по наблюдаемой психопатологической симптоматике. Проведенная оценка и анализ клинических проявлений с позиции ассоциативных правил показали, что установить пировалероновую этиологию психоза можно по характерному сочетанию симптомов.

Проведенный эксперимент показал, что создание математической компьютерной модели прогнозирования клинико-динамических характеристик психозов, вызванных употреблением современных синтетических ПАВ, возможно, требует дальнейшего цикла моделирования, устранения недостатков на данном этапе модели, а также установления более глубоких и сложных взаимосвязей между теоретическими сведениями и информацией, полученной в ходе эксперимента.

СЕМЬЯ ДУШЕВНОБОЛЬНОГО РЕБЕНКА: ОТ ПРОТИВОСТОЯНИЯ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

Бибчук М.А.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия

Лечение большинства заболеваний детского и подросткового возрастов осуществляется в тесном контакте с родителями/законными представителями ребёнка не только по юридическим основаниям, но ещё и потому, что это продиктовано реалиями жизни. По существу, на родителей возлагается раннее выявление первых симптомов, выбор «маршрута» к нужному специалисту, «перевод» симптомов ребёнка в жалобы врачу, принятие решения о методах диагностики, медикаментозном лечении, нелекарственных видах коррекции или дополнительных мероприятиях по развитию/оздоровлению ребёнка, осуществление назначений, точное соблюдение предписаний всех специалистов, преемственность лечения при смене врача и контроль за динамикой состояния.

Несмотря на декларируемую биопсихосоциальную парадигму в психиатрии, на сегодняшний день практика оказания помощи детскому населению остается ориентированной на постановку диагноза, что ограничивает возможности психосоциальной реабилитации больного ребенка, сужает использование ресурсов микроокружения, усиливает в обществе тенденции психофобии и стигматизации и, следовательно, не соответствует ориентации на обеспечение качества.

Стигматизация – динамический процесс, в формировании которого участвуют общество и социальные институты со множеством взаимосвязанных компонентов: необоснованные стереотипы, оценочные предубеждения, потеря статуса и, как следствие, дискриминация. Последствиями являются, во-первых, сильный страх, который вызывает желание изолировать больного ребенка, поместить его в клинику; во-вторых, авторитаризм в отношении больных, принятие решений об основе их жизни вместо них, без их ведома и учета мнения родственников; в-третьих, чрезмерная инфантилизация больных, приписывание им исключительно детских черт и потребностей. Тот факт, что стигматизации подвергнута вся семья, увеличивает вероятность отказа семьи от больного ребенка, сокрытие его и его болезни от окружающих. Таким образом, такое расширение стигмы часто приводит к потере душевнобольным ребенком даже минимальной социальной поддержки от близких родственников и отсутствию доступа к другим семейным ресурсам. Стигматизация детей с психическими заболеваниями влияет не только на их жизнь и жизнь родителей, но также затрагивает врачей, педагогов, психологов, социальных работников, медицинский персонал и другой широкий круг людей, так или иначе имеющих отношение к психической болезни.

В исследовании, проведенном в 2017–2018 гг. на базе ГБУЗ «НПЦ психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы», участвовало 58 врачей-психиатров (детских), ответивших на вопросы анкеты. 94% врачей считают, что главным ожиданием и ведущей потребностью родителей является подбор ребенку медикаментозной терапии. Среди препятствий к сотрудничеству с родителями большинство врачей называет нехватку времени и следование шаблонам, традициям, привычкам. Действительно, немаловажную роль играют психологические установки медицинских работников («Мы – профессионалы и знаем лучше, что нужно для наших пациентов»; «Родители недостаточно образованы и эмоционально неустойчивы»; «Партнерство с семьей пациента отнимает много времени»; «В детской психиатрии – особые родители»), блокирующие идеи сотрудничества с родственниками больного ребенка.

Исследование показало, что врачи-психиатры недостаточно мотивированы и подготовлены к сотрудничеству с семьей ребенка с психическим расстройством и нарушениями поведения. Подобные ограничения скорее могут быть отнесены к организационным барьерам и включают в себя: а) несовершенство нормативно-правовой базы с отсутствием четко прописанной процедуры вовлечения родителей; б) особенности организационной культуры, определяемые установками и убеждениями, отмеченными выше; в) дефицит соответствующей подготовки в понимании преимуществ сотрудничества с родителями. Важно отметить, что препятствиями также являются недостаток руководств и рекомендаций, поддерживающих семейно-центрированную и партнерскую модель взаимодействия с семьей больного ребенка, а также кадровый дефицит специалистов, умеющих работать с родителями/законными представителями.

В рамках того же исследования на уровне приемного отделения было проведено изучение мнений 456 родителей (госпитализирующих первично или повторно детей в психиатрический стационар) об их ожиданиях от профильной помощи и готовности родителей к сотрудничеству со специалистами. 98% родителей/законных представителей на этапе поступления ребенка в стационар в той или иной мере готовы участвовать в предлагаемых лечебных мероприятиях и вмешательствах (обсуждать план лечения и реабилитации, непосредственно участвовать в занятиях логопеда и дефектолога, встречаться с семейным психологом, выполнять «домашние задания», участвовать в психообразовательных программах и профориентации). Одна из ведущих потребностей у большинства семей (91,8%) – «Обучение новым формам поведения и воспитания, которые можно использовать дома после выписки».

Основные страхи, которые предъявляют родители и законные представители детей с психическими расстройствами, откладывающие поход к психиатру, это, в первую очередь, опасения возможной неэффективности лечения, исходящее из распространенной идеи о том, что психически больным людям нельзя помочь; страх избегания со стороны близких; идеи, особенно характерные для мужского населения, которые в наиболее общем виде можно сформулировать как «каждый самостоятельно должен справляться со своими проблемами»; отсутствие в сознании обычного человека готовых схем обращения за психиатрической помощью (какова процедура, куда необходимо прийти, куда позвонить); ожидание, что проблема как-то разрешится сама собой; страх недобровольной госпитализации.

В практике подобные страхи, связанные с психиатрической стигматизацией, и питающие их мифы проявляются:

- 1) поздним обращением к специалисту;
- 2) отказом законных представителей давать согласие на осмотр врача-психиатра в рамках диспансеризации (Приказ Минздрава РФ от 21.12.2012 г. «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них») и согласие на госпитализацию в психиатрический стационар даже в кризисных случаях при угрозе жизни. Дополнительным отягчающим фактором является замена органами опеки согласия одного из родителей (при сохранении родительских прав), что способствует росту конфликта и недоверия между родителями, а также количества претензий и жалоб в медицинские организации и судебные органы);
- 3) стремлением родителей психически больного ребенка оформить ему инвалидность в учреждении непсихиатрического профиля. Впоследствии за льготным лекарственным обеспечением и формированием образовательного маршрута семья вынуждена так или иначе обращаться в психиатрическую сеть. Врач-психиатр, не обладая информацией, естественно, испытывает затруднения, что усиливает напряженность родителей (в связи непониманием разграничений) и, в свою очередь, способствует росту стигматизации и психофобии.

На основе выявленных потребностей и ожиданий родителей в ГБУЗ «НПЦ психического здоровья детей и подростков Г.Е. Сухаревой ДЗМ» разработана программа обучения родителей, реализуемая в рамках родительского клуба. Родителям предложены занятия по 6 направлениям: 1) особенности проявлений, течения и прогноза ментальных нарушений (собственно психообразование, которое на сегодняшний день существует во многих учреждениях психиатрического профиля); 2) организация помощи ребенку с ментальными нарушениями (права пациента и родителей, формирование образовательного маршрута, оформление инвалидности, алгоритмы действий родителей в сложных ситуациях при столкновении с органами исполнительной власти, полезные контакты и социальная адвокация); 3) построение отношений сотрудничества со специалистами (смыслы, преимущество действий в интересах пациента, многообразие способов и вариантов, оформление документации); 4) формирование навыков руководящего контроля, стабильного поведения, стрессоустойчивости и новых вариантов взаимодействия с ребенком; 5) изменение семейных отношений в сторону согласованной и устойчивой позиции членов семьи по вопросам психического развития, здоровья и воспитания ребенка; 6) организация

коррекционной среды дома (требования к игрушкам, интернет-безопасности, организации бытовых условий и дизайну помещений).

В заключение следует отметить, что демифологизация идеи о нежелании родителей психически больных детей включаться в помощь своему ребенку могла бы способствовать повышению качества помощи душевнобольным детям за счет потенциально возможного использования ресурсов семьи. Смещение фокуса оказания специализированной помощи психически больному ребенку в сторону ориентирования на семью означает обязательный учет мнения членов семьи и её активное вовлечение в лечебный процесс всеми специалистами и службами системы здравоохранения, обновление способов межведомственного взаимодействия по вопросам поддержки семьи и ведение каждого клинического случая командой специалистов, частью которой являются родители.

Работа с членами семьи, которые подвергаются стигматизации, должна быть направлена в первую очередь на снижение чувства вины и стыда, переживания собственной неудачи. Мобилизация всей семьи необходима для комплексной и более эффективной реабилитации больного ребенка; участие значимых близких в процессе лечения повышает комплаентность родственников маленьких пациентов. Дальнейшая задача работы семейных психологов заключается в адаптации семьи к новым условиям и стигматизации, помощь в выработке механизмов приспособления, перестройке семейной системы, нормализации переживаний.

Еще одной важной задачей является работа с врачами, медицинским персоналом, работниками образования, специалистами департамента труда и социальной защиты. Начинаться такая работа должна ещё до завершения вузовского обучения, когда подобные стигматизирующие представления не сформировались окончательно и когда отсутствуют готовые образы больных людей как инфантильных или агрессивных.

Однако самой важной составляющей в оказании комплексной помощи психически больному ребенку и его семье является государственная поддержка дестигматизации психических расстройств и службы психического здоровья в обществе с изменением менталитета в сторону толерантности и безусловного принятия ценности человеческой жизни душевнобольного ребенка и качества жизни семьи, в которой он воспитывается.

ДИССОМНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Белоусова М.В., Степанушкина Н.А., Краснова Т.В.

**ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»,
Пенза, Россия**

Проблема нарушений сна у пожилых длительное время оставалась без внимания, несмотря на учащение жалоб на плохой сон и увеличение потребления снотворных. По данным ряда эпидемиологических исследований населения старших возрастных групп (65 лет и старше), до 35% пожилых и стариков обнаруживают проблемы, связанные со сном. Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов позднего возраста регулярно или часто употребляют снотворные средства. Нарушение сна выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых.

Основными проявлениями нарушений сна у пожилых являются упорные жалобы на бессонницу, постоянные трудности засыпания, поверхностный и прерывистый сон с наличием ярких, множественных сновидений, ранние пробуждения с ощущением тревожного беспокойства, затруднение или невозможность уснуть вновь, отсутствие ощущения отдыха от сна.

Главной причиной нарушений сна в позднем возрасте чаще всего признается мультифакторная природа нарушений сна, взаимодействие психосоциальных, медицинских и психогенных факторов в сочетании с органической мозговой дисфункцией. В настоящее время нарушения сна подразделяются на первичные и вторичные.

К первичным нарушениям сна у пожилых относятся ночной миоклонус, ночное беспокойство ног и ночное апноэ (с задержкой дыхания во сне и последующим пробуждением).

Вторичные нарушения сна обусловлены соматическими заболеваниями, неврологическими поражениями, психическими расстройствами, при которых диссомнические расстройства являются симптомом этих заболеваний. Наиболее часто это сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность), заболевания бронхолегочной системы (бронхиальная астма, ХОБЛ), болевые синдромы в пожилом и старческом возрастах, чаще всего при полиостеоартрозе. Нарушения сна могут быть симптомом эндокринной патологии (тиреотоксикоз, сахарный диабет). Прерывистый сон обусловлен никтурией у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

В гериатрической практике особенно важно учитывать возможность ятрогенной бессонницы. По прямому фармакологическому механизму нарушения сна могут вызываться следующими лекарственными препаратами: 1) психотропные средства (антидепрессанты, психостимуляторы, ноотропы); 2) гипотензивные препараты (клонидин, бета-блокаторы); 3) антиаритмические средства; 4) бронхолитические препараты (ипратропиум бромид, тербуталин, сальбутамол, теофиллиновые препараты); 5) гормональные препараты (глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, прогестерон); 6) некоторые антибиотики (хинолоны); 7) гиполипидемические средства (статины, фибраты, холестирамин); 8) антипаркинсонические препараты (леводопа, селегилин); 9) сердечные гликозиды (при их передозировке); 10) противоопухолевые препараты; 11) противокашлевые средства.

Медикаментозному лечению подлежат только состояния с длительным существующим нарушением сна. Транзиторные эпизоды диссомнии не требуют лекарственных назначений, так же как и физиологические изменения характера сна у пожилых и стариков.

Основные принципы терапевтической коррекции вторичных нарушений сна сводятся к активному и адекватному лечению основного заболевания (соматического, неврологического, психического), симптомом которого является нарушение сна, коррекции лекарственной терапии при ятрогенных диссомниях.

В условиях психиатрических отделений ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова», осуществляющих оказание помощи лицам геронтологического профиля, одной из наиболее распространенных проблем является терапия нарушения сна у больных со слабоумием. Коррекция диссомнических расстройств у больных с деменцией позднего возраста (альцгеймеровского типа, сосудистой, сочетанной сосудисто-атрофической), а также нарушения сна в клинике делириозных расстройств, чаще всего сосудистого генеза, требует специального терапевтического подхода. В этих случаях дементные больные почти никогда сами не жалуются на бессонницу. Пациенты с церебрально-сосудистой патологией нередко сообщают в клинической беседе с врачом о необыкновенно ярких снах мучительного или фантастического содержания. Следует иметь в виду, что эти проявления нередко являлись продромом сосудистого делирия, а своевременная коррекция лекарственной терапии предотвращала развитие спутанности. У дементных больных, наблюдаемых в наших отделениях, расстройства сна обусловлены нарушением суточного ритма в виде инверсии сна с бодрствованием в ночное время и сонливостью днем.

Как правило, эти состояния сопровождаются дезориентированностью, беспокойным поведением, суетливостью, «сборами в дорогу», вязанием узлов из постельного белья, извлечением вещей из тумбочек и т.п., то есть проявлениями поведенческих расстройств, характерных для деменций позднего возраста. При делириозных состояниях сосудистого генеза психические нарушения нарастают в вечернее время, ночью возникает или усиливается спутанность, больные не спят, двигательны возбуждены, нередко испытывают обманы восприятия (иллюзии, галлюцинации).

Применение транквилизаторов-гипнотиков (в частности бромдигидрохлорфенил бензодиазепина), как правило, оказывается малоэффективным у больных с деменцией или спутанностью. Более того, отмечались парадоксальные эффекты с усилением возбуждения при их использовании. В виду частых проявлений нежелательных последствий применения данного препарата, таких как чрезмерная седация, выраженная миорелаксация с нарушением равновесия и падением, угнетение дыхания во сне, врачи-психиатры крайне редко назначают бензодиазепиновые транквилизаторы в качестве снотворных средств. В этих случаях наиболее оправдано лечение малыми дозами нейролептиков. Наилучший эффект и безопасность применения обеспечивается при назначении современных препаратов из группы атипичных антипсихотиков (рисперидон 0,5–1 мг, кветиапин 25–100 мг, оланзапин 2,5–5 мг), а также с достаточным эффектом применяется галоперидол в каплях (до 5–10 капель), перициазин в каплях (3–5 капель), тиоридазин 25–50 мг перед сном. Однако эти назначения являются лишь временным дополнением к основной нейротрансмиттерной, вазоактивной терапии и лечению сопутствующих соматических расстройств.

Немаловажную роль в терапии нарушений сна у дементных больных играют немедикаментозные методы лечения. Прежде всего речь идет о сокращении времени пребывания в постели, к чему склонны пожилые пациенты, старающиеся компенсировать свой плохой сон длительным пребыванием в постели. В условиях отделений активно используются занятия ЛФК (охват пациентов с учетом противопоказаний 41,7%).

Нами было замечено, что больные, занимающиеся лечебной физкультурой, а также включающиеся в трудовые процессы отделения, жалуются на расстройство сна значительно реже, что, прежде всего, обусловлено компенсацией соматической патологии. Расстройства сна в данной ситуации купировались подбором адекватных доз препаратов сопутствующего заболевания.

Следует отметить, что в структуре пациентов, страдающих деменцией, преобладают лица нетрудоспособного возраста (86%), из них больные с приобретенной деменцией составляют 92%. В данной группе на долю лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ИБС с нарушением ритма, гипертоническая болезнь) приходится 79%, что требует постоянного назначения гиполипидемических, гипотензивных, антиаритмических препаратов. При заболеваниях бронхолегочной системы (9%) в ряде случаев пациенты нуждаются в приеме бронхолитиков, противокашлевых препаратов. Как было указано выше, данные группы препаратов способны вызывать ятрогенную бессонницу. По нашим наблюдениям, прямого выраженного влияния на развитие стойких диссомнических расстройств у больных деменцией при терапии сердечно-сосудистой патологии, заболеваний бронхолегочной системы не выявлено.

Таким образом, можно сделать вывод, что оптимальным подходом к лечению нарушений сна в пожилом и старческом возрастах является сочетание адекватной психофармакотерапии с назначением препаратов, компенсирующих соматическую патологию. Особое внимание следует уделить коррекции психической и физической активности, что обуславливается трудотерапией, проведением занятий ЛФК, групповых занятий арттерапией.

ПСИХОЛОГО-ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ

Бочкарёва З.В.

ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница», Томск, Россия

Современные возможности противоопухолевой терапии детей с онкологическими заболеваниями позволяют излечивать до 70% (а при некоторых нозологиях до 90%) пациентов. Однако сам диагноз, госпитализация и последующая интенсивная терапия являются психотравмой как для ребенка, так и семьи в целом. Становится очевидным высокая необходимость психологического сопровождения семьи на всем пути лечения. Психологическая помощь в детской онкологии имеет несколько основополагающих принципов. Во-первых, раннее, ещё на этапе диагностики и постановки диагноза, начало сопровождения семьи психологом. Во-вторых, продолжение работы на всех этапах специального лечения и его завершения. В-третьих, работа со «случаем» в целом, т.е. помощь всем участникам лечебного процесса – больному ребенку, его родителю (опекуну), а также медицинскому персоналу (Моисеенко Е.И., Заева Г.Е., 2012; Хаин А.Е. и др., 2014).

Т а б л и ц а

Этапность и задачи психологического сопровождения ребенка и родителя на базе стационара

Этап лечения	Задачи психологической помощи
<p>Диагностический этап (постановка диагноза, первичная госпитализация в ОГ АУЗ ТОКБ)</p>	<p><i>Первоначально:</i> установление доверительного контакта, сбор анамнеза «случая», прояснение предполагаемой нозологии, возможной тактики лечения и прогноза заболевания у лечащего врача.</p> <p><i>Ребенку:</i> изучение «опыта болезни и госпитализации», отношения к медицинским процедурам, актуального эмоционального состояния, снижение ситуативной тревоги, помощь в адаптации к госпитализации, изучение личностных особенностей (темперамент, Я-концепция, интересы), формирование активной позиции по отношению к лечению.</p> <p><i>Родителю (опекуну):</i> работа с реакцией шока (проговаривание страхов, «нормализация» эмоциональных реакций, психологическая поддержка), помощь в осознании и принятии диагноза, необходимости длительной госпитализации и тяжелого лечения, снижение тревоги и актуализация адаптивных ресурсов, информирование о возможных поведенческих и аффективных реакциях ребенка на лечение, изоляцию, формирование активной позиции по отношению к лечению</p>
<p>Этап интенсивной противоопухолевой терапии (полихимио-, лучевая терапия, подготовка к хирургическому лечению)</p>	<p><i>Ребенку:</i> работа с внутренней картиной болезни (изучение образа болезни и лечения, коррекция при необходимости, изменения «схемы тела» под влиянием нередко калечащей терапии); преодоление «медицинских страхов», подготовка к лечебно-диагностическим манипуляциям (пункции, операции, лучевая терапия); формирование установки ответственности за свое здоровье и возвращение позиции «активного субъекта» лечебного процесса; коррекция неблагоприятных поведенческих реакций (негативизм, агрессия); помощь в преодолении проявлений побочных эффектов терапии (нарушения пищевого поведения, изменения внешности, фантомные боли, астенические проявления, феномен «усталости от болезни», снижение и нарушение когнитивных способностей и др.); помощь в формировании новой системы общения (друзья, медицинский персонал); профилактика и коррекция депрессивных тенденций («реакция отказа», снижение интересов и побуждений).</p> <p><i>Родителю (опекуну):</i> работа с актуальными запросами (тревога, нарушения сна, усталость и др.); профилактика и коррекция депрессивных тенденций, чувства вины; обучение техникам релаксации и восстановления внутренних ресурсов; коррекция стиля взаимоотношений и воспитания ребенка в условиях стационарного лечения (поддержка ребенка, участие в психологической работе, помощь в преодолении страхов, организация учебного процесса); информирование об актуальном психологическом состоянии ребенка, проводимых коррекционных мероприятиях</p>

<p>Этап поддерживающей терапии (выход на амбулаторное лечение /дневной стационар)</p>	<p><i>Ребенку:</i> восстановление внутрисемейных связей, после вынужденной разлуки; оценка когнитивных способностей и учебной мотивации, выработка стратегии возвращения к школьной деятельности; формирование нового образа жизни в режиме «дом-больница» (частые посещения клиники для осмотра и процедур, ограничения диеты и общения, отношения к повторным госпитализациям); продолжение работы по преодолению «медицинских» страхов; коррекция изменений самооценки в связи с инвалидизацией; формирование активного позитивного образа будущего и активной жизненной позиции.</p> <p><i>Родителю:</i> реадaptация к жизни в домашних условиях (возвращение домой к семье или же продолжающийся отрыв от семьи для негородских жителей); коррекция проявлений гиперопеки; работа с эмоциональными реакциями (страх возвращения болезни, тревога, напряжение и усталость, чувство одиночества); формирование позитивного образа будущего и активной жизненной позиции, возвращение к привычным нагрузкам</p>
---	---

На основании анализа работы специалистов психологической службы в разных клиниках, обзора литературы и профессионального опыта автора нами предлагается определенная этапность и разработаны задачи психологического сопровождения ребенка и родителя на базе стационара (табл.).

Исходя из вышесказанного, психологическая помощь в детской онкологии реализуется в трех основных направлениях: психологическое сопровождение самого ребенка; консультирование и поддержка ухаживающего родителя (или опекуна); работа с медицинским (а также педагогическим) персоналом, включенным в лечение конкретного пациента. Сеттинг и методы работы подбираются и варьируют в зависимости от актуальных задач каждого этапа сопровождения и лечебного процесса, опыта болезни и госпитализации, индивидуальных особенностей ребенка и родителя, а также запросов участников. Поэтому психологическое сопровождение в детской онкогематологической клинике должно быть гибким, динамичным и поливариативным.

Психологическая работа с медицинским персоналом реализуется посредством информирования лечащего врача об особенностях личности и типе реагирования на лечение, консультирование по актуальным вопросам, помощь в установлении эффективной коммуникации с пациентами, профилактика эмоционального выгорания.

Таким образом, основной целью психологической помощи в детской онкогематологии во время стационарного лечения является повышение психологической адаптации к болезни и лечению, улучшение эмоционального благополучия ребенка и сопровождающего родителя, улучшение комплаентности всех участников лечебного процесса.

«КУКЛА-КОМПАНЬОН» В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Брюханцева Н.В., Колмыкова О.Г., Паршукова А.В.

**МК ДОУ Детский сад № 199 пресмотра и оздоровления «Сказка»
Новосибирск, Россия**

С целью оздоровления дошкольников, повышения физической и валеологической компетентности родителей, а также гармонизации детско-родительских отношений в процессе совместных физкультурных занятий в ДОУ был запущен проект «Вместе с мамой». На стадии начала реализации проекта, когда только начались практические занятия с родителями и детьми, возникла проблема. Занятия в спортивном зале построены на совместном выполнении матерью и ребенком упражнений, игровых заданий, подвижных игр, разного вида гимнастик, фитнес-методик. У инструктора по физической культуре ребенка для совместной деятельности не было, что вызывало трудности при демонстрации упражнений или других действий. Использовать обычную куклу при демонстрации невозможно, так как она маленького размера, у нее не сгибаются руки и ноги, отсутствует подвижность в необходимом объеме других частей тела. Тогда возникла идея сделать куклу, которая могла бы заменить ребенка, стать компаньоном инструктору по ФК в проведении совместных занятий. Она должна выполнять действия, копирующие движения и поведение ребенка, дублировать работу суставного аппарата дошкольника, иметь соответствующие ростовые параметры, у нее должны сгибаться и двигаться руки и ноги, чтобы можно было демонстрировать различные движения, требующие большой подвижности. Руки должны быть выполнены так, чтобы кукла могла удерживать предмет в кисти. В то же время она должна быть удобной в использовании, с простыми механизмами или приспособлениями. Применение куклы-компаньона упрощает демонстрацию упражнений или других действий инструктора по ФК в проведении совместных занятий детей, педагогов и родителей.

Как правило, при использовании куклы-компаньона ставятся различные задачи. Среди них *обучающие задачи*, такие как подобрать способы взаимодействия в диаде «инструктор по ФК и кукла-компаньон» (в работе с детьми, педагогами и родителями), помочь родителям и дошкольникам ощутить радость от совместной двигательной игровой деятельности; повышать компетентность родителей в вопросах здоровьесбережения детей. *Развивающие задачи*: стимулировать двигательную активность всех участников проекта, способствовать развитию у родителей и детей умения настраиваться друг на друга,

чувствовать партнера в совместной двигательной-игровой деятельности, развить (повысить) самооценку за счет осознания собственной значимости, расширять возможности применения куклы-компаньона в оздоровительно-образовательном процессе ДОУ. *Воспитывающие задачи:* активизировать желание вести здоровый образ жизни всех участников проекта, пробудить у родителей чувство сопричастности к оздоровительно-образовательному процессу в ДОУ.

Из всех имеющихся современных методик изготовления кукол наиболее подходящий вариант – текстильная шарнирная кукла. В данную технологию были внесены авторские дополнения, соответствующие характеристикам куклы-компаньона.

На совместных занятиях по ФК (ребенок и родитель, инструктор по ФК и педагог, ребенок и педагог) при выполнении упражнений в паре кукла стала выполнять роль «маленького компаньона» инструктора, что дает возможность, не имея реального ребенка, демонстрировать технику выполнения упражнений. Сначала кукла использовалась в системе совместных занятий в рамках проекта «Вместе с мамой» и как компаньон в серии семинаров-практикумов для воспитателей по физическому развитию дошкольников, выступая в роли «тренажера», для показа с её помощью различных упражнений. То есть кукла стала использоваться для отработки парной деятельности с ребенком или действий по отношению к нему. Это позволило при непосредственной работе в паре с ребенком закрепить умение правильных действий. Воспитатели отрабатывали приемы страховки детей при выполнении различного вида упражнений, требующих помощи взрослого.

Постепенно кукла-компаньон «поселилась» в ясельной группе. Оказалось, что малыши принимали её за своего друга, брали за ручки, сгибали и разгибали их, приносили кукле свои игрушки, принимая её за реального ребенка. Воспитатели младшей группы при проведении занятий с малышами начали использовать куклу для отработки режимных моментов, показывая с её помощью правила надевания обуви, фартучка, одежды, вытирание рук полотенцем и т.п. Дети закрепляли полученные после показа навыки, используя куклу, как тренажер, при этом относились к ней как к другу: жалели, обнимали, гладили, разговаривали с ней, что помогало детям воспитывать эмоциональные чувства и чувство сопереживания, отрабатывать речевые формы и развивать связную речь. На консультациях для родителей кукла использовалась как компаньон педагога, что позволяло наглядно демонстрировать различные приемы массажных техник, коррекционных упражнений. Кукла выступала в роли компаньона при проведении ролевых игр, психолого-педагогических этюдов.

Важным было и то, что на куклу можно было надевать различную одежду, это расширяло диапазон её применения в зависимости от требуемой ситуации. Для куклы была подобрана разнообразная одежда и обувь из детского ассортимента. Во всех видах оздоровительной работы на куклу-компаньона была возложена роль эмоционального сопровождения настроения детей. Во время проведения массажа, процедур в физиокабинете, соляной пещере, процедурном кабинете кукла сопровождала детей, помогая им комфортно перенести имеющиеся в таких процедурах эмоционально-психологические воздействия. Во время массажа дети удерживали куклу за ручку, глядя на нее, разговаривали с ней. В соляной пещере кукла становилась партнером по прохождению процедуры. Дети подготовительной группы использовали куклу как тренажер для отработки навыка оказания первой медицинской помощи, накладывали бинт, грелку со льдом, шину, отработывали способы переноски раненого. Техника, в которой выполнена кукла, её размер позволяют имитировать различные ситуации, связанные с травмированием или заболеванием человека. В игровой деятельности кукла выступала как компаньон по играм, выполняя роль, в случае отсутствия второго ребенка, или его отказа от игры. Ребенок, получивший отказ от участия в игре, не чувствовал себя отверженным, а имел возможность продолжать игру непосредственно с куклой. В театральной деятельности дети учились владеть куклой, закрепляя актерский навык, проговаривая текст за куклу. Участвуя в спектакле или театральном этюде, юные актеры надевали на куклу театральные костюмы, определяли ей роль компаньона-актера.

На протяжении всего времени после появления куклы в детском саду её партнерская роль нашла применение во всех видах детской деятельности. В результате она стала полноправным участником не только всего оздоровительно-образовательного процесса в ДОУ, но и полноправным членом коллектива педагогов и детей.

Литература

1. Грачева Т.А., Деркунская В.А. Театрализованный проект в развитии эмпатии старших дошкольников. – СПб.: Изд-во «Детство-пресс», 2017. – 112 с.
2. Мурагель Л. Куклы из текстиля и трикотажа. История, коллекционирование, изготовление. – СПб.: Питер, 2014. – 128 с.
3. Yoshida Style Ball Jointed Doll Making Guide (Japanese Book) by Ryo Yoshida (Author), Hobby Japan, 2006. – 136 p.
4. Малахова А.Н. Диагностика и коррекция тревожности и страхов у детей. – СПб.: ООО Изд-во «Детство-пресс», 2016. – 208 с.
5. Эмоциональное развитие детей дошкольного возраста. Часть 1: учебно-метод. пособие: в 2 ч. / Н.С. Ежкова. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2012. – 127 с.
6. https://ru.wikipedia.org/wiki/Шарнирная_кукла

СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Васильева Н.А.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Психическое здоровье детей дошкольного возраста является одной из актуальных проблем в психиатрии, что обусловлено как важностью раннего выявления нарушений и их коррекцией для последующего роста и развития детей, так и сложностью диагностики. Основная роль в процессе развития детей принадлежит семье, способной оценить особенности психологического развития ребенка и принять адекватное, своевременное участие в диагностике и коррекции возникших нарушений. В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к росту числа больных детей с пограничными нервно-психическими расстройствами. По клинко-эпидемиологическим данным следует констатировать существенное снижение уровня психического здоровья детско-подростковой популяции (Пронина Л.А., 1995; Волошин В.М. и др., 2002; Макушкин Е.В., Шалимов В.Ф., 2008). Снижение уровня психического здоровья в детской популяции характеризуется ростом показателей заболеваемости, в первую очередь непсихотических психических расстройств.

По данным В.Ф. Шалимова (2000), у 70% детей в возрасте 6–7 лет выявляются отклонения в психическом развитии непсихотического уровня. В соответствии с результатами других авторов, пограничные психические расстройства у детей составляют от 20 до 30% общей психической заболеваемости (Игумнов С.А., 1999; Прихожан А.М., 2000; Антипов В.М., 2001). Почвой для возникновения расстройств пограничного спектра достаточно часто является резидуальная органическая недостаточность головного мозга или минимальная дисфункция мозга. По данным обследования детских садов и школ г. Санкт-Петербурга, более чем у 40% детей отмечаются эти дисфункции (Ясюкова Л.А., 1997).

При анализе данных медицинской статистики зафиксирован отчетливый рост показателей первичной заболеваемости детского населения непсихотическими психическими расстройствами как в РФ и СФО, так и в Томской области. В период с 2000 по 2010 г. в Томской области число детей, обратившихся за консультативной помощью, выросло с 612,8 до 1196,1 на 100 тысяч детского населения. В нозологической структуре детской первичной заболеваемости в Томской области психические расстройства непсихотического характера имеют наибольший удельный вес, достигая в отдельные годы 68–83%.

Среди детского населения г. Томска первичная заболеваемость психотическими расстройствами возросла с 779,5 (2000 г.) до 1 441,5 (2007 г.) на 100 тысяч детского населения. В основном этот показатель представлен детьми, обратившимися за консультативно-лечебной помощью, удельный вес группы диспансерного наблюдения колеблется от 2 до 20%.

С целью изучения распространенности пограничных психических расстройств и разработки оптимальных программ реабилитации было проведено сплошное клинико-психопатологическое и психологическое обследование детей в возрасте от 5 до 7 лет в детском дошкольном учреждении Ленинского района г. Томска. Всего обследовано 203 ребенка, соотношение девочек и мальчиков было 1:1,2. Объективные сведения были получены от родителей, воспитателей, а также из поликлинической медицинской документации. Дети проживали в 95% случаев в полных семьях, в единичных случаях опеку над детьми осуществляли бабушки. Средний возраст матерей при рождении ребенка составлял 26,5–28,4 года, средний возраст отцов – 30–30,5 года. Для уточнения диагноза проводились дополнительные исследования – ЭЭГ, РЭГ, Эхо-ЭГ и консультации окулиста, невропатолога, ЛОРа.

В анамнезе у 70% обследованных детей были выявлены антенатальные и перинатальные повреждающие факторы, большая часть детей до года наблюдалась у невролога с последствиями перинатального поражения ЦНС. Максимальный удельный вес составили расстройства психологического развития в виде расстройств экспрессивной речи (общего недоразвития речи, диагностированные у 49% девочек и 63% мальчиков). У всех детей этой группы отмечались признаки резидуально-органической церебральной недостаточности разной степени выраженности, проявляющиеся в задержках речевого и психомоторного развития, дизартриях, вегетососудистых нарушениях, внутричерепном гипертензионном синдроме. Высокий удельный вес имели гиперкинетические расстройства, сочетающиеся с расстройствами психологического развития. Обнаружены нарушения памяти, мышления, внимания от легкого ослабления до формирования синдрома дефицита внимания у 11% девочек и 28% мальчиков, а у 5% детей задержки психического развития. Невротические расстройства выявлялись в единичных случаях и были представлены у 5% детей нарушениями адаптации в первые полгода посещения детского сада, невротическими страхами у 3% обследованных, логоневрозом у 3% девочек и 2% мальчиков. Расстройства социального функционирования в виде элективно-мутизма были диагностированы у 3% детей. Энурез неорганической природы имел место у 6% девочек и 9% мальчиков.

Коррекция выявленных непсихотических психических расстройств осуществлялась непосредственно на базе детских дошкольных учреждений с участием логопеда и психолога. Большой удельный вес занимала психокоррекционная работа с родителями с целью выработки адекватных, партнерских отношений.

Для оценки модели внутрисемейных отношений, определения эмоционального отношения к ребенку, особенностей его восприятия и понимания, формы и контроля за поведением родителей детей с сочетанной патологией предлагался для заполнения Тест-опросник родительского отношения – ТОРО (Варга А.Я., Столин В.В., 1981-1982). Было протестировано 44 родителя (преимущественно матери). Результаты интерпретировались по максимальным тестовым баллам по одной из шкал. В 34% случаев ведущей была «авторитарная гиперсоциализация», в 25% – «инфантилизация», в 23% – «симбиоз». И только у 18% родителей отмечался социально желательный образ родительского отношения – «кооперация».

Особенности родительских отношений учитывались в рекомендациях родителям и способствовали в понимании причин нарушения поведения и адаптации у детей. Динамическое наблюдение и реабилитация проводилась психиатром с применением медикаментозного и психотерапевтического воздействия, широко использовались массаж и физиотерапия. Раннее выявление и адекватная терапия непсихотических психических расстройств в детском дошкольном возрасте позволили в 90% случаев достигнуть уровня здоровья.

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ СЕМЕЙНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ

Васильченко Н.А., Яровикова Н.С.

**ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет»,
Краснодар, Россия**

Проблема семьи и семейных взаимоотношений продолжает оставаться актуальной для научного психиатрического сообщества. Многочисленные работы отечественных и зарубежных специалистов посвящены изучению семьи, её структуры, этапам развития, функционированию и т.д. Вместе с тем наблюдается недостаток публикуемых данных о факторах, способствующих психическому здоровью семьи. В частности далеко не в полной мере исследован вопрос о взаимоотношениях матери мужа и молодой супруги, поэтому необходимо продолжение исследований в данном направлении.

Статистические данные отражают всю сложность современной ситуации, связанной с институтом семьи. В настоящее время во всем мире наблюдается большое количество разводов. Россия находится в числе «лидеров». Только в Краснодарском крае на 1 000 браков приходится 715 разводов. Одной из причин разводов молодых пар (9-е место), по мнению В.М. Целуйко (2004), является вмешательство в жизнь молодой семьи родителей и других родственников.

Описывая психологический портрет молодой семьи, психологи (Т.В. Андреева, А.И. Антонов, А.А. Бодалев, Дж. Гриндер, А.Г. Лидерс, В.М. Медков, В.Н. Дружинин, В.М. Целуйко, Е. Ильин, Э.Г. Эйдмиллер, Л. Берг-Кросс, Л.Б. Шнейдер и др.) выделяют следующие особенности этой стадии отношений: адаптация супругов к новым условиям жизнедеятельности и ролям; укрепление эмоциональной и духовной общности; гармоничное распределение семейных ролей и обязанностей; согласование семейных ценностей; решение жилищных проблем и приобретение совместного имущества; формирование отношений с родственниками; психологическая и сексуальная адаптация к особенностям партнера; определение структуры семейной иерархии; решение финансовых и хозяйственно-бытовых проблем; создание условий для рождения ребенка и др.

Распад молодых семей в самом начале их существования прежде всего обусловлен неподготовленностью к совместной жизни, неудовлетворительными финансовыми, жилищными и бытовыми условиями, активным вмешательством родственников во взаимоотношения супругов. Все указанные причины особенно ярко проявляются в российских семьях. Следовательно, молодые супруги зачастую вынуждены принимать решение о совместном проживании с родителями одного из них. Это, в свою очередь, порождает ещё один пласт проблем – взаимоотношения с родственниками.

Психическое здоровье новой семьи связано с гармоничными межличностными отношениями, складывающимися между женщинами: свекровью и невесткой. Ведь именно они выполняют главную функцию эмоциональной поддержки всех членов семьи.

Описываются основные факторы, которые могут способствовать развитию разногласий в семье: исторические параметры семьи (истории и мифы семьи, традиции и обычаи); религиозные верования; социальный статус семьи (образование, экономические признаки, уровень жизни и др.); психологический климат семьи (положительный (чувства любви и поддержки) и отрицательный (ссоры, неуважение); сепарация невестки от матери; сепарация супруга от матери; мифологические предрассудки.

Л. Берг-Кросс (2004), подчеркивает, что конфликты между свекровью и невесткой могут порождаться различными факторами: существующими различиями в ведении домашнего хозяйства и корректировкой способов бытообустройства со стороны свекрови; сильной связью невестки со своей матерью, сильной связью свекрови и свекра. Проблема взаимоотношений женщин отягощается ещё и тем, что в случае конфликтов между ними в конфликтные взаимоотношения втягиваются и другие члены семьи.

Материал исследования. Изучению роли взаимоотношений молодой супруги и матери мужа в психическом здоровье семьи было посвящено пилотажное исследование, в котором приняли участие 25 женщин: 12 свекровей и 13 невесток, проживающих на территории Краснодарского края. Средний возраст свекровей составил 43 года, средний возраст опрошенных невесток – 24 года. 50% опрошенных свекровей проживают совместно с невестками и продолжают работать. Свободное время они посвящают ведению домашнего хозяйства, хобби, чтению и просмотру телевизора, знакомству с новостями в интернете. 84% (10 человек) свекровей стараются общаться со всеми новыми родственниками со стороны невестки, 8% высказали желание общаться как можно реже, остальные 8% общаются только с невесткой. 50% свекровей отметили, что конфликты возникают редко, остальные 50% ответили, что никогда. Невестки имеют средний стаж в браке 5 лет. 69% из них ответили, что свекровь не влияет на их отношения с мужем, 31% испытывают вмешательство свекрови в их отношения с мужем. 85% невесток общается не только с родителями супруга, но так же и с его другими родственниками, 8% ответили, что им «приходится общаться», 8% желают общаться как можно реже.

Методы исследования: Опросник межличностных отношений Т. Лири; Проективный тест «Рисунок моей семьи»; анкета «Отношение свекрови и невестки к своей семье». С помощью данных методик по результатам эмпирического исследования мы смогли составить психологические портреты субъектов взаимодействия.

Свекрови в преобладающем большинстве авторитарны, дружелюбны, агрессивны, альтруистичны, подозрительны, уверены в себе, настойчивы и критичны по отношению к другим, гиперответственны, могут поставить чужие интересы выше своих, идут на компромисс при разрешении конфликтов. Свекрови хотели бы видеть невесток менее авторитарными, более дружелюбными и альтруистичными.

В проективном тесте все свекрови изобразили на рисунках своих невесток. На 41% рисунков демонстрируется психологическая близость в семье – все держатся за руки, заняты общим делом и пр. В 59%

рисунков члены семьи разбросаны по листу, каждый из них занят своим делом, которым увлечен в реальной жизни (работает, прыгает на скакалке, лежит на диване и пр.). Обычно свекрови изображают себя в центре листа, с одной стороны расположен муж, с другой – сын, за которым уже следует невестка. У 66% женщин отмечается тревожность, которая проявляется в штриховке членов семьи и их одежды.

На вопрос «Как Вы ведете себя в конфликте?» 75% свекровей ответили, что «всячески стараются избегать конфликта и прийти к взаимопониманию с невесткой», остальные вписали свой вариант, отметив, что ссоры ещё ни разу не происходили. На вопрос о том, «Какой бы из поступков невестки обидел бы Вас больше всего?», 59% свекровей выбрали ответ, если «относилась бы ко мне холодно и равнодушно», 25% – «выставила меня в невыгодном свете перед сыном», 8% – «обсуждала за спиной», 8% выбрали вариант «другое». 80% свекровей стараются не вмешиваться в работу невестки по дому, 20% помогают в хозяйстве. 100% свекровей сообщили, что довольны выбором сына.

Невестки авторитарны, доминантны и энергичны, дружелюбны, склонны к сотрудничеству, альтруистичны и подчиняемы, скромные и робкие. Они хотели бы видеть свекровей менее агрессивными, подозрительными, подчиняемыми и зависимыми.

Изображая семью, 77% невесток отметили в рисунках благоприятный психологический климат – члены семьи держатся за руки, улыбаются, заняты общим делом. У 15% респондентов на рисунке отмечается изолированность семьи – в виде отдельных кружочков переданы члены семьи, в виде отдельных деревьев, на которых изображены две семьи, а молодые супруги представлены в виде яблок, которые свисают с кроны деревьев. 69% респондентов не хватает внимания и теплоты во взаимоотношениях. Об этом свидетельствуют рисунки животных, солнца и прорисовка окружающего мира. У 92% респондентов отмечается тревожность – чрезмерная штриховка мужа, детей, окружающего пространства, преувеличенное внимание к деталям, на рисунках много одежды. У 30% респондентов отмечается маленькая опора ног, что свидетельствует о нестабильности. Свекрови отмечены только на двух рисунках (кружочки и деревья). Невестки обычно изображают себя, супруга, детей (если они есть) и домашних животных.

Таким образом, психическое здоровье семьи формируется в процессе развития семьи. Среди множества факторов, которые эффективно влияют на гармоничное формирование и развитие всех членов семьи, одним из важных выступают взаимоотношения невестки и свекрови. Дальнейшие исследования позволяют определить личностные особенности респондентов, которые влияют на их коммуникативность.

КОМАНДНЫЙ ПОДХОД СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ В ПРОЦЕССЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ОСОБЫХ ДЕТЕЙ

Велиева С.В.

**Чувашский государственный педагогический университет
им. И.Я. Яковлева, Чебоксары, Россия**

Работа выполнена в рамках государственного задания Министерства образования и науки Российской Федерации (Проект № 27.9732.2017/БЧ; НИ-ОКТР № АААА-А17-117030200202-2).

Тесное партнерское взаимодействие с родителями детей раннего возраста в структуре коррекционно-развивающего процесса является одним из приоритетных и актуальных направлений работы специалистов разного профиля. Семья и служба ранней помощи – это две ответственные структуры, степень слаженности, концентрированности, синергичности усилий которых во многом определяет эффективность и результативность развития ребенка, качество его жизни в настоящем и будущем. На сегодняшний день ощущается недостаток работ, в которых целостно и структурно были бы изложены знания и эффективный опыт сотрудничества и сотворчества всех субъектов образовательного (в том числе коррекционного) пространства.

Исследования, проведенные отечественными (Гончарова Е.Л., 2009; Алексеева Е.Е., 2010; Бондаренко М.П., 2010; Бутусова Т., 2010; Вершинина О.М., 2010; Закарлевская Т.А., 2010; Павлий Т.Н., 2010; Рязанова Е., 2010; Смирнова О.А., 2011; Кузнецова Ю.С., 2014) и зарубежными (Potter-Efron P.T., 1989; Wliffelfeld C.Z., 1989; Waddell M., 1994; Cohler B.J., 1996; Mendenhall W., 1996; Musick J.S., Stott F.M., 1996; Schaef A.W., 1996) учеными, показывают, что вспомогательные меры в работе с родителями, описываемые разными специалистами, не всегда достигают конечной цели. Создание единого пространства развития ребенка в образовательной организации и семье, повышение степени заинтересованности и вовлеченности родителей в образовательный процесс позволяют изменить подобное положение.

Сопровождение родителей детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – с ОВЗ) – пролонгированный процесс, требующий обязательного комплексного междисциплинарного подхода со стороны работников разного рода служб (медицинских, социальных, психологических и пр.). Направления и содержание деятельности специалистов межведомственных служб часто зависят от модели толкования причин, детерминирующих появление отклонений в развитии ребенка.

Так, в медицинской модели первое место отводится врожденным порокам, наследственным и врожденным заболеваниям. Биологическая модель этиологию отклонений в развитии объясняет снижением темпа органического созревания. Появление отклонений в развитии обуславливается дефицитностью среды, депривацией (материнской, сенсорной, социальной) ребенка, сбоем полноценного взаимодействия личности со средой (интеракционистская модель), педагогической и социальной запущенностью (педагогическая модель), несформированностью ведущего для каждого возраста вида деятельности (деятельностная модель). Вне зависимости от модели важно сформировать компетентную команду специалистов, продуктивно использовать весь спектр разных областей знаний, сформировать оптимальный подход к изучению проблем развития и их преодолению. Общий командный подход формируется на основе постоянного взаимодействия (взаимного обучения, совместного обсуждения текущих и возможных проблемных вопросов, мониторинг индивидуального развития ребенка (физического и психического статуса, анамнеза, медицинских показаний и противопоказаний, социальных условий), коллективного планирования помощи (составления индивидуального маршрута развития, его условий, содержания, режима) и её реализации; оценки результативности деятельности).

Специалисты и родители часто по-разному оценивают состояние, потенциал и перспективы развития ребенка, поэтому важно вовлекать членов семьи в процесс сопровождения развития ребенка, его планирование, реализацию и оценку эффективности; в процесс создания единой образовательной среды. Существенная роль отводится в этом процессе психологу, который планирует и реализует разные формы работы с участниками образовательных отношений (детьми, родителями, педагогами), координирует деятельность различных специалистов межведомственной команды с учетом запроса семьи, родительских установок и их готовности к сотрудничеству.

Как правило, в системе комплексного сопровождения детей раннего возраста с ОВЗ и их родителей выделяют следующие направления: а) формирование статистического банка учета детей целевой группы и данных о семьях, нуждающихся в специальном патронаже; определение объема и характера коррекционно-развивающего воздействия; б) мониторинг психологического климата семьи, запроса, психического состояния, установок и ресурсов каждого члена семьи в динамике комплексного сопровождения; в) оказание социально-правовой, социально-педагогической, медицинской и психологической адресной помощи в конкретной жизненной ситуации; г) организация домашнего

визитирования, групп передышки, службы передвижения; д) консультативное (однократное, кратковременное, долговременное; Skype-консультирование; медико-генетическое, психолого-педагогическое, возрастное, семейное, супружеское, профориентационное); ж) информационно-аналитическое (просвещение родителей по правовым и социальным вопросам, различным аспектам психофизиологии, возрастной психологии детей с нарушениями развития, разъяснение фактов и причин, обусловивших нарушение онтогенеза); з) коррекционно-развивающая работа с родительскими группами, скомплектованными с учетом нозологии нарушения детей, проблем воспитания, стилей детско-родительских и супружеских взаимоотношений.

В таких группах проводится обучение родителей оптимальным средствам взаимодействия с детьми, простым приёмам домашней коррекции и реабилитации, коммуникации с учетом специфики развития детей, организации совместной деятельности и пр. Особое место отводится развитию у родителей ключевых родительских компетенций, достижению соответствующего уровня педагогической и психологической образованности и грамотности; компетенций, связанных с анализом собственной воспитательской деятельности, педагогической рефлексии, ошибок в построении детско-родительских взаимоотношений, их причин и путей преодоления и т.д. Акцент делается также на обучении родителей способам обеспечения в семье безопасной, культурной, стимулирующей, развивающей и обучающей для ребенка среды, обучение продуктивным приёмам взаимодействия с ребенком, использованию здоровьесберегающих психотехник.

В результате родители должны быть готовы применять специальные эффективные обучающие и терапевтические методы, включающие ребенка в деятельность и общение, повышающие качество жизни. Очевидно, что родители детей с ОВЗ и сами нуждаются в терапевтической помощи. Важно разрешить проблемы принятия своего особого ребенка, преодолеть переживания вины, стыда, страха, тревоги, сформировать готовность выстроить новую жизненную реальность, определить перспективы будущего для себя и своего ребенка, выработать адаптивные модели взаимодействия с ребенком в семье и в обществе. При планировании и организации работы с родителями важно учитывать не только формат и возможности службы ранней помощи, запросы семьи, её тип и структуру, социальный, образовательный и культурный уровни родителей, степень их ответственности и готовности к работе, но и нозологическую форму, состояние ребенка, степень выраженности симптомов.

Необходимо, чтобы родители понимали сильные и слабые стороны своего ребенка, его ресурсы и особые потребности, осознавали специфические факторы риска, состояние и предпочтения ребенка, стиль взаимодействия с ним, обоснованность выбора методов абилитации, воспитания, развития, обучения, коррекции, реабилитации. Повышение социально-психологических и педагогических компетенций родителей наиболее успешно осуществляется во всевозможных семейных клубах. Имеются в виду, например, такие родительские объединения как «Семейные реликвии» С.Г. Филина, «Мой ребенок. Я могу ему помочь!» Г.А. Дубравина, Г.А. Предводителева, Н.Н. Семичева (Дубравина Г.А., Предводителева Г.А., Семичева Н.Н., 2010), клубы семейной педагогики (Большакова А.А., 2010; Молева Т.Н., 2014), Школы семьи (Браткова М., Бутусова Т., 2010), родительские семинары (О. Куйбан), семейные гостиные «Семье ашши» («Семейный очаг») (Велиева С.В., Захарова Г.П., Семенов Т.Н., 2016), «Субботние встречи» (И.В. Исаева, Н.М. Николаева) и пр.

Здесь наиболее эффективно реализуются различные групповые тренинговые формы по индивидуальному запросу родителей, по актуальным проблемам родителей и детей с ОВЗ, по плану специалистов. В формате групповой работы раскрываются вопросы, касающиеся значимой сферы жизнедеятельности детей с ОВЗ и их родителей. Это и информация о существующих юридических, социальных, правовых и медицинских услугах; о специфике создания адаптивной безопасной семейной среды и среды образовательной организации, о методах активизации познавательной активности ребенка, о вариантах организации и способах включения в деятельность и общение с учетом возрастных и нозологических особенностей развития детей. Весьма востребованным вопросом оказывается обеспечение готовности ребенка к вхождению в новое образовательное пространство. Эта задача решается во время игровых детско-родительских занятий, где в режиме реального времени апробируются различные варианты ритуалов прощания, снятия эмоционального напряжения, расширения социальных контактов, активизации вербальной и невербальной коммуникации, игровой деятельности. На таких занятиях раскрываются возрастные возможности и потребности детей. Здесь также проводится обучение эффективным методам домашней коррекции (элементам арттерапии, песочной, кукольной и игровой терапии, зоотерапии, агротерапии, эрготерапии, канистерапии, цветотерапии, гарденотерапии, ландшафто-терапии, упражнениям из комплексной гимнастики, нейройоги, пальчиковой гимнастики, оздоровительной практики, релаксационной гимнастики взрослых и детей, аутогенной тренировки и многое др.).

Это позволяет вооружить родителей оперативными техниками создания эмоционального комфорта и безопасности, снятия излишнего напряжения в домашних условиях, расширить процессуальный потенциал родительства, освоить воспитательную возможность народной педагогики. Интересен опыт применения методики «мозарттерапия – семейный ресурс» Н.П. Болотовой, разработанной на стыке игровой и арттерапии (Руссавская П.Э., Болотова Н.П., 2012). Данная технология основана на анализе, творческом составлении, интерпретации композиций и устного рассказа. С помощью этой методики возможно осознание и изменение патологизирующего родительского стиля воспитания на адекватный, преодоление тревожно-фобических расстройств у ребенка, разрешение внутри- и межличностных конфликтов.

Правильно подобранные формы и методы психологической и педагогической работы обеспечивают реализацию просветительских и развивающих задач, а главное – способствуют созданию условий для перехода родителей из категории пассивных наблюдателей в активных участников образовательного процесса, соратников педагога. Комплексная и комплиментарная своевременная помощь и сопровождение семьи, включение родителей в процесс образования детей позволяют обеспечить устойчивый пролонгированный результат деятельности всех специалистов, усилить положительный эффект коррекционно-реабилитационной деятельности.

НАЛИЧИЕ И ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РАДИКАЛЬНО ПРОЛЕЧЕННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Воронец О.А.

**ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации», Минск, Республика Беларусь**

Введение. Психоэмоциональное состояние и здоровье беременных женщин имеет первостепенное значение, так как речь идет о здоровье не только матери, но и ребенка. В настоящее время большое внимание уделяется психоэмоциональному состоянию женщин во время беременности и послеродовом периоде. Большинство из женщин во время беременности подвержено резким психоэмоциональным перепадам настроения, так как этот период характеризуется физиологической перестройкой организма и психологической адаптацией. Особенно остро этот вопрос стоит для женщин, в анамнезе которых есть онкологическое заболевание.

Беременность и роды на фоне уже имеющихся явных или скрытых нарушений вследствие перенесенного радикального лечения онкологической патологии могут выступить провоцирующим фактором в развитии невротических расстройств. Актуальным является вопрос оценки наличия и особенностей психопатологических нарушений женщин с радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы во время беременности и послеродового периода, а в дальнейшем и коррекция этих невротических расстройств.

Цель исследования: выявить наличие невротических расстройств во время беременности и в послеродовом периоде у женщин с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы и проанализировать динамику клинических показателей в процессе применения психотерапии.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в группе беременных женщин с диагностированным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы (основная группа, $n=60$). Контрольной группой выступили женщины с радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы, не имеющие беременности на момент исследования (контрольная группа, $n=30$). Возраст женщин варьировал в пределах от 18 до 40 лет.

Особенности психологического состояния женщин оценивались с помощью клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978). В ходе исследования оценивались показатели по шкалам опросника: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические нарушения, вегетативные нарушения. Для удобства интерпретации результатов исследования показатели болезненного характера расстройств разделены на следующие уровни: слабо выраженный (от $-1,28$ по $-5,0$), умеренно выраженный (от $-5,01$ по $-10,0$), выраженный (от $-10,01$ и выше).

Статистическая обработка осуществляется с помощью пакета программ статистической обработки материала Microsoft Excel, Statistika 6.0. Достоверные различия (p) определялись с использованием U-критерия Манна-Уитни (для независимых выборок) и t-критерия Вилкоксона (для зависимых выборок).

Результаты исследования и их обсуждение. У большинства женщин по данным клинического опросника были выявлены пограничные психические расстройства различной степени выраженности.

В основной группе наиболее выраженными являлись диагностированные вегетативные (-13,8 в среднем по триместрам), конверсионные расстройства (-9,73), невротическая депрессия (-9,0) и обсессивно-фобические нарушения (-7,23). Уровни тревоги (-3,57) и астении (-2,05) находились в пределах слабой степени выраженности.

Во время беременности отмечаются колебания показателей, которые сохраняются в пределах одной степени выраженности. Ко II триместру увеличиваются показатели по всем шкалам, а к III триместру, напротив, снижаются. Показатели по шкале астении в III триместре (-1,49) оказались достоверно ниже ($p \leq 0,05$) таковых показателей в других триместрах (-1,96; -2,19; -2,56 в I, II триместрах и послеродовом периоде соответственно).

В послеродовом периоде наблюдается повышение показателей, за исключением уровня тревоги, где выявленный показатель был ниже, чем в I триместре, и показателя обсессивно-фобических нарушений. Достоверное повышение отмечается ($p \leq 0,05$) по показателям невротической депрессии (-9,6), астении (-2,56), вегетативных нарушений (-14,61).

Сравнительный анализ полученных результатов с применением клинического опросника позволяет говорить о том, что зарегистрированные средние показатели за весь период беременности в основной группе женщин незначительно превышали показатели в контрольной группе, однако и те другие можно отнести к одной степени выраженности. Так, уровень тревоги был слабо выражен как у женщин в основной группе (-3,57 в среднем по триместрам), так и в контрольной группе (-3,29). Невротическая депрессия находится в пределах умеренно выраженной степени, составляя -9,0 (в среднем по триместрам) в основной группе и -7,87 в контрольной группе. Выявленные показатели шкалы истерического типа реагирования и обсессивно-фобических нарушений также характеризуются умеренной степенью выраженности в основной группе (-9,73 и -7,23 соответственно) и в контрольной группе (-9,4 и -6,07 соответственно). Особого внимания заслуживает показатель вегетативных нарушений, который по результатам опросника находится в пределах выраженной степени и у женщин основной группы (-13,8), и у женщин контрольной группы (-13,49). Достоверные различия ($p \leq 0,05$) между группами наблюдаются только по шкале астении. В контрольной группе данный показатель находится в пределах нормативных значений (-0,82), тогда как в основной группе средний по триместрам показатель характеризуется слабой степенью выраженности, составляя -2,05.

Средние показатели основной группы отдельно по триместрам превышали средние показатели контрольной группы по всем шкалам, за исключением показателей вегетативных нарушений, которые в I и III триместрах

беременности у женщин основной группы оказались ниже. Достоверные различия ($p \leq 0,05$) выявлены между показателем обсессивно-фобических нарушений контрольной группы (-6,07) и основной группы в III триместре беременности (-7,31).

Проведенный анализ позволяет говорить о том, что у большинства пациенток как основной, так и контрольной группы встречаются одновременно несколько видов невротических расстройств различной степени выраженности. Данный факт требует проведения психокоррекционной работы с пациентками обеих групп.

При клинико-сравнительном анализе полученных данных по результатам клинического опросника до и после проведенного курса психотерапии пациенток основной группы, проходящих реабилитацию в РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации во II триместре беременности (в период повышения уровня невротических расстройств) с применением психотерапии ($n=17$), наблюдается тенденция к снижению показателей практически по всем шкалам. Достоверные различия ($p \leq 0,05$) выявлены по показателям астении (-1,46 и -0,23 до и после реабилитации соответственно) и вегетативных нарушений (-13,27 и -11,41 до и после курса реабилитации).

Таким образом, несмотря на относительно короткий срок пребывания в отделении реабилитации (в среднем 14 дней), применение психотерапии в комплексной программе реабилитации свидетельствует об улучшении общего самочувствия испытуемых, изменении ими оценки своего состояния, появлении стремления активно содействовать успеху лечения.

Выводы. Обследование женщин во время беременности с выявленным и радикально пролеченным до наступления беременности высокодифференцированным раком щитовидной железы показало высокий уровень распространенности пограничных психических расстройств (тревога, депрессивные расстройства, астения, обсессивно-фобические, конверсионные и вегетативные расстройства). Своевременное применение психотерапевтической поддержки становится актуальным и необходимым для данной категории женщин на всех этапах оказания психосоциореабилитационной помощи с целью коррекции физического, психологического и социального функционирования, нарушенного вследствие болезни. По результатам собственного исследования можно сделать обоснованное заключение о том, что для беременных женщин с радикально пролеченным высокодифференцированным раком щитовидной железы наиболее предпочтительно использование методов психотерапевтической реабилитации в I триместре беременности и послеродовом периоде.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АРИПИПРАЗОЛА В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ НАБОРА ВЕСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНТИПСИХОТИКАМИ

Гаевский Р.Г., Апаркина И.В.

**ГБУЗ «Пензенская областная психиатрическая больница
им. К.Р. Евграфова», Пенза, Россия**

Актуальность проблемы. Расширение эпидемии ожирения в общей популяции населения является первостепенной проблемой всемирного здравоохранения, и она тесно связана с повышением заболеваемости и смертности. Опасность набора веса у пациентов с шизофренией заключается не только в неизбежных медицинских последствиях ожирения, но и в стигме избыточного веса и усугублении симптомов заболевания вследствие отказа от лечения из-за набора веса. Несоблюдение режима лечения является основной причиной рецидивов психопатологической симптоматики, риск которых увеличивается в 5 раз. Набор веса является существенным фактором нарушения режима терапии у пациентов с шизофренией, получающих атипичные нейролептики. Пациенты с шизофренией и ожирением в 3 раза чаще пропускают прием препаратов, чем пациенты без ожирения.

Цель: изучение эффективности применения арипипразола для снижения веса тела, возникшего как побочный эффект в процессе проведения нейролептической терапии.

Материалы и методы. Нами проведено обследование 11 больных с диагностированной по МКБ-10 шизофренией, имеющих стаж заболевания до 5 лет, без выраженных дефицитарных расстройств, сохраняющих высокую социальную активность, мотивированных на проведение лечения. Пациенты принимали нейролептики второго поколения с дофамин-серотониновым механизмом действия (оланзапин, кветиапин, рисперидон, клозапин), как в виде монотерапии так и комбинированной терапии. Длительность приема колебалась от нескольких месяцев до нескольких лет. У всех пациентов наблюдался прирост массы тела более 10% (от 10 до 29%) от исходного, ИМТ превышал 27, составляя в среднем 31,1, что явилось причиной обращения к врачу с целью коррекции лечения. У 6 пациентов выявлен абдоминальный тип ожирения, смешанный тип – у 3 пациентов.

Арипипразол назначался в дозе от 10 до 30 мг/сут. Переход осуществлялся одновременной титрацией дозы арипипразола и снижением дозы текущего антипсихотика в течение 2 недель. Длительность проведенного лечения находилась в диапазоне от 5 до 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. В течение первого месяца терапии арипипразолом средняя масса тела продолжала повышаться, у 2 пациентов масса тела оставалась на прежнем уровне. После 2 месяцев лечения начался процесс снижения веса и продолжался в течение всего периода наблюдения. Наибольшее снижение массы тела отмечалось в течение 4–6 месяцев терапии. У 1 пациента масса тела практически не изменилась. Средний индекс массы тела в исследуемой группе составил через 1 месяц 31,2, через 2 месяца снизился до 30,2, спустя 3 месяца уменьшился до 29,5, через 4 месяца – 28,9, через 5 месяцев – 28,2, спустя полгода – 27,8. За весь период исследования индекс массы тела в среднем снизился на 3,3 кг/м². Снижение массы тела наблюдалось при всех типах ожирения.

Выводы. Полученные результаты исследования подтверждают эффективность применения арипипразола для коррекции ятрогенного набора веса в результате проведения нейролептической терапии при сохранении антипсихотического эффекта.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Галиева А.И., Минуллина А.Ф.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия

Актуальность темы. Детский церебральный паралич является главной причиной инвалидности среди болезней нервной системы в детском возрасте. В 2018 г. в РФ насчитывалось 655 000 тысяч детей инвалидов до 18 лет. Рождение ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата неизбежно ведет к различным кризисам у родителей. Со временем родительский кризис не только не уменьшается, а даже увеличивается. Исследования показывают, что матери, воспитывающие детей с детским церебральным параличом, более подавлены, имеют трудности с самоконтролем негативных эмоций по отношению к своим детям по сравнению с родителями, воспитывающими детей без патологии опорно-двигательного аппарата.

Объект исследования – детско-родительские отношения.

Предмет исследования – особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с детским церебральным параличом.

Цель данного исследования заключалась в выявлении особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ДЦП.

Для реализации поставленной цели были использованы экспериментально-психологические методики: 1) Тест-опросник изучения родительских установок, предложенный Е.С. Шефером и Р.К Беллом в 1958 г. (методика PARI); 2) Опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой – методика ОДРЭВ (1996, 2002).

В исследовании приняли участие 25 матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом. Контрольную группу составили матери, воспитывающие детей без патологии опорно-двигательного аппарата. Общее число испытуемых составило 50 человек.

Проведенное исследование по методике PARI показало следующие результаты. У родителей детей с ДЦП наиболее выраженными показателями являются шкалы «Ограниченность интересов рамками семьи» (14,20%), «Ощущение самопожертвования в роли матери» (14,16%), «Сверхавторитет родителей» (15,20%), «Зависимость и несамостоятельность матери» (15,48%), «Развитие активности ребенка» (14,64%), «Уравнительные отношения родителей и ребенка» (15,20%), «Создание безопасности, опасение обидеть» (14,20%). Следовательно, мы можем сделать вывод о том, что у таких родителей сфера интересов ограничена рамками семьи и заботами исключительно о ней. Кроме того, такие матери зависимы от семьи и ощущают самопожертвование в роли матери.

Несмотря на их желание создать уравнительные отношения с ребенком, они предъявляют к нему слишком большие требования, а при нарушении данных требований часто прибегают к крикам и ругани.

Наименее выраженными показателями по данной методике являются шкалы «Уклонение от контакта с ребенком» (11,24%) и «Чрезвычайное вмешательство в мир ребенка» (11%). Это может свидетельствовать о том, что родители детей с ДЦП не проявляют чрезмерную заботу о своем ребенке, не пытаются сделать его зависимыми от себя, ограничивают свое вмешательство в личное пространство ребенка.

В контрольной группе у родителей детей без патологии опорно-двигательного аппарата наибольший результат был представлен по шкалам «Зависимость и несамостоятельность матери» (15,68%), «Вербализация, побуждение словесных проявлений» (16,20%), «Уравнительные отношения родителей и ребенка» (14,92%) и «Партнерские отношения» (14,40%).

Наименьший результат был набран респондентами по шкалам «Подавление сексуальности» (10,16%), «Раздражительность, вспыльчивость» (10,60%), «Излишняя строгость, суровость с ребенком» (11,08%), «Уклонение от контакта с ребенком» (11,16) и Ограниченность интересов рамками семьи (11,24%).

Проведенный анализ по методике «ОДРЭВ» в обеих исследовательских группах выявил следующие результаты. Наибольший балл был зарегистрирован в блоке «Эмоционального принятия» по шкалам «Отношение к себе как к родителю, «Безусловное принятие», «Чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком». Данные показатели свидетельствуют о том, что родители детей с ДЦП и родители детей без патологии опорно-двигательного аппарата осознают и выполняют свою родительскую функцию, чувствуют ответственность за ребенка и принимают сложившуюся ситуацию в семье.

Наименьший результат у родителей детей с ДЦП был получен по блоку «Поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия» по шкале «Ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия» (3%) и по блоку «Чувствительности» по шкале «Понимание причин состояния» (3,16%). Можно предположить, что родители детей с ДЦП не ориентируются на состояние ребенка при общении с ним, тем самым нагружая их интеллектуальную и физическую сферы жизнедеятельности. Также у родителей выявляется низкая способность к пониманию причин состояния у ребенка, то есть они не всегда могут определить в чем причина того или иного состояния у ребенка.

Для родителей детей без патологии менее выраженным показателем является блок «Поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия» по шкалам «Оказание эмоциональной поддержки» (2,88%) и «Ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия» (2,80%).

Статистический анализ по t-критерию Стьюдента выявил достоверные различия в исследуемых группах, на основании которых можно сделать следующие выводы: 1) родители, воспитывающие детей с детским церебральным параличом, в большей мере оказывают эмоциональную поддержку своим детям, чем родители детей без патологии опорно-двигательного аппарата (2,395*); 2) родители детей с детским церебральным параличом более зависимы от семьи по сравнению с родителями здоровых детей (4,344***); 3) у родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом, более выражены чувства самопожертвования в роли матери, чем у матерей, воспитывающих детей без патологии опорно-двигательного аппарата (2,287*); 4) родители детей с детским церебральным больше проявляют сверхавторитет по отношению к своим детям по сравнению с контрольной группой родителей (2,316*); 5) родители, воспитывающие детей с детским церебральными параличом, не удовлетворены ролью хозяйки по сравнению с родителями, воспитывающими детей без патологии опорно-двигательного аппарата (2,824**); 6) родители, воспитывающие

вающие детей без патологии опорно-двигательного аппарата, чаще оказывают словесное влияние на ребенка, требуя безукоризненного выполнения своих указаний и послушания, чем родители детей с детским церебральным параличом (-2,175*); 7) родители детей без патологии опорно-двигательного аппарата больше стараются выстраивать партнёрские отношения со своим ребенком, чем родители, воспитывающие детей с детским церебральным параличом (-2,212*).

КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Галкин С.А.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Актуальность. Алкогольная зависимость является одним из наиболее часто встречающихся расстройств, как в общей популяции населения, так и в общемедицинской практике (Бохан Н.А., 2013). Актуальность изучения нейрофизиологических основ алкогольной зависимости обусловлена социальной значимостью этого расстройства, высокой распространенностью, медицинским и экономическим бременем (Музина А.А., 2015). В целом актуальной является проблема своевременного выявления и последующей психосоциореабилитации аддиктивных расстройств с учетом патогенетических факторов и клинических особенностей данного расстройства.

Алкогольная зависимость является сложным психоневрологическим расстройством, которое требует использование различных нейрофизиологических методов исследования. Как известно, клинические проявления алкогольной зависимости зависят не только от токсического воздействия алкоголя, но и от последующих структурных и функциональных изменений в головном мозге, вызванных хроническим употреблением алкоголя (Suzanne M., 2009). С помощью методов компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ) можно объективно выявить происходящие изменения, а также проследить их динамику при формировании и в течении алкогольной зависимости.

Оценка спектральной мощности ЭЭГ-ритмов с целью изучения патогенеза алкогольной зависимости является наиболее популярным методом анализа ЭЭГ. Например, зарубежными авторами сообщалось о более высокой тета-мощности у лиц с алкогольной зависимостью по сравнению со здоровыми субъектами (Mumtaz W., 2017). Помимо того, ряд исследователей показали, что повышенная бета-мощность является основной характеристикой как лиц с алкогольной зависимостью, так

и лиц с высоким риском употребления алкоголя (Rangaswamy M., 2014). Параметры межполушарной когерентности могут количественно определить функциональную связь между двумя полушариями головного мозга. Однако в настоящее время получены и публикуются весьма противоречивые данные, описывающие изменения межполушарной когерентности.

Таким образом, можно сказать, что метод ЭЭГ получил широкое применение в клинической и экспериментальной практике, но тем не менее существует недостаточно исследований нейрофизиологических особенностей формирования и течения алкогольной зависимости. Выявление изменений ЭЭГ имеет большое значение, поскольку это позволит расширить объективную оценку риска развития аддикции, а также динамики реабилитации пациентов с алкогольной зависимостью и своевременно скорректировать программу персонализированной терапии.

Цель исследования – изучить клинко-нейрофизиологические особенности формирования и прогрессивности алкогольной зависимости с использованием метода компьютерной ЭЭГ.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН (отделение аддиктивных состояний), согласно протоколу, утвержденному локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья. Участниками обследования являлись 50 пациентов основной группы (31 мужчина и 19 женщин, средний возраст которых составил $40,2 \pm 7,4$ года) с диагностированной алкогольной зависимостью (F10.2 по МКБ-10) после детоксикации. В качестве группы контроля было обследовано 40 психически и соматически здоровых лиц (19 мужчин и 21 женщина, средний возраст которых составил $32,4 \pm 7,2$ года).

Критерии включения в исследование: установленный диагноз алкоголизма в соответствии с МКБ-10, возраст от 18 до 50 лет, добровольное и информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие выраженных органических нарушений головного мозга, умственная отсталость, эпилепсия, отказ от участия в исследовании.

Исследование биоэлектрической активности головного мозга проводилось при помощи 16-канального энцефалографа «Неврополиграф» по международной системе «10–20». Осуществлялась фоновая запись с закрытыми глазами в течение 1 минуты. На полученных ЭЭГ-записях удалялись артефактные фрагменты при помощи ICA-анализа. Сигналы обрабатывались с помощью быстрого преобразования Фурье, анализировались значения абсолютной спектральной мощности (мкВ^2) и меж-

полушарной когерентности тета- (4–7 Гц), альфа- (8–13 Гц) и бета- (14–30 Гц) ритмов.

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы «SPSS Statistics 17.0». Проверка согласия с нормальным законом распределения проводилась с помощью критерия Шапиро–Уилка. Полученные данные не подчинялись нормальному закону распределения. Использовался непараметрический U-критерий Манна–Уитни для оценки различий между двумя независимыми выборками (контроль vs. пациенты). Различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. При анализе спектральной мощности у пациентов основной группы по сравнению со здоровыми лицами группы контроля было выявлено статистически значимое снижение альфа-ритма в теменных отделах головного мозга и задневисочных локусах ($p \leq 0,05$). При этом в основной группе пациентов было обнаружено статистически значимое повышение мощности бета-ритма в передних, центральных и затылочных отделах коры головного мозга ($p \leq 0,05$). При статистическом анализе спектральной мощности тета-ритма было выявлено статистически значимое увеличение тета-мощности у пациентов основной группы с алкогольной зависимостью в передних и центральных регионах головного мозга по сравнению со здоровыми лицами группы контроля ($p \leq 0,05$). При анализе межполушарной когерентности получено статистически значимое снижение когерентности тета-ритма во фронтальных, центральных и теменных отделах коры у пациентов основной группы в сравнении с группой контроля, так же как и снижение когерентности альфа-ритма во фронтальных, теменных и затылочных локусах ($p \leq 0,05$).

Заключение. Таким образом, в ходе исследования были выявлены значительные изменения биоэлектрической активности головного мозга при алкогольной зависимости. Процесс алкогольной зависимости сопровождается функциональной перестройкой нейросетей, заключающейся в дезорганизации ЭЭГ-ритмов, повышении медленно-частотной активности, нарушении согласованности (когерентности) в работе полушарий головного мозга.

Полученные в исследовании данные в дальнейшем планируется использовать для оценки динамики формирования, течения и последующей комплексной психосоциореабилитации пациентов с алкогольной зависимостью.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и Администрации Томской области в рамках научного проекта № 19-413-703007. Набор пациентов осуществлялся при поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-313-00147.

РОЛЬ СТРЕССА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ИНСУЛЬТА: 14-ЛЕТНЕЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ПРОГРАММЕ ВОЗ «MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»

Гафаров В.В.^{1,2}, Громова Е.А.^{1,2}, Панов Д.О.^{1,2},

Гагулин И.В.^{1,2}, Гафарова А.В.^{1,2}

¹ Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, филиал ФИЦ ФГБНУ Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск, Россия;

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить влияние стресса в семье на риск возникновения инсульта в открытой популяции мужчин 25–64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – MOPSY»-психосоциальная» в 1994 г. проведено обследование мужчины в возрасте 25–64 лет, жителей одного из районов Новосибирска. Репрезентативная выборка была сформирована согласно требованиям протокола программы «MONICA» на основе избирательных списков с использованием таблицы случайных чисел. Общий объем выборки включал 657 мужчин (средний возраст составил 44,3±0,4 года). Были оценены социально-демографические показатели, уровень образования, семейное положение и принадлежность к профессиональной группе. Кроме того, использован тест MOPSY для оценки уровня стресса в семье. За истекший период (1994–2008 гг.) было зарегистрировано 22 случая впервые возникшего инсульта. Для проверки статистической значимости различий между группами использовали критерий χ^2 . Применялась однофакторная и многофакторная регрессионная модель пропорциональных рисков Кокса (Cox-regression) для оценки риска развития (PP).

Результаты и обсуждение. Среди мужчин с впервые возникшим инсультом стресс в семье испытывали 47,1% ($\chi^2=4,469$, $\nu=2$, $p\geq 0,05$). Риск инсульта у мужчин, испытывающих высокий уровень стресса в семье, в течение 5 лет превышал в 2,5 ($p\leq 0,05$) раза таковой риск по сравнению с мужчинами, испытывающими умеренный стресс в семье. Риск развития инсульта у мужчин, испытывающих высокий уровень стресса в семье, в течение 10 лет оказался в 2,4 ($p\leq 0,05$) раза выше по сравнению с мужчинами, испытывающими умеренный стресс в семье. Через 14 лет от начала скрининга наблюдалась тенденция к увеличению риска инсульта в 2 раза среди мужчин, испытывающих высокий уровень стресса в семье ($p\geq 0,05$).

При построении многофакторной регрессионной модели Кокса, учитывающей возрастные и социальные характеристики, риск инсульта у мужчин, испытывающих стресс в семье, составил 2,3 ($p \leq 0,05$). Наибольший риск инсульта наблюдался у овдовевших мужчин – $RR=6,3$ ($p \leq 0,02$) и разведённых мужчин – 3,9 ($p \leq 0,01$). Среди пенсионеров, испытывающих стресс в семье, RR инсульта составил 1,7 ($p \leq 0,02$).

Заключение. Стресс в семье является предиктором развития инсульта по результатам обследования открытой популяции мужчин 25–64 лет.

СТРЕСС В СЕМЬЕ, ОТНОШЕНИЕ К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ И РИСК АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ ЖЕНЩИН В РОССИИ/СИБИРИ. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «МОНИКА-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ»

Гафаров В.В.^{1,2}, Панов Д.О.^{1,2}, Громова Е.А.^{1,2}, Гагулин И.В.^{1,2}, Гафарова А.В.^{1,2}, Крымов Э.А.^{1,2}

¹ Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины, филиал ФИЦ ФГБНУ Института цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск, Россия;

² Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, Новосибирск, Россия

Цель: изучить влияние стресса в семье на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) и отношение к методам кардиоваскулярной профилактики в женской популяции 25–64 лет на протяжении 16 лет в Сибири.

Материал и методы. В рамках третьего скрининга программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная» (MOPSY) в 1994 г. была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте от 25 до 64 лет ($n=870$), проживающих в одном из районов Новосибирска. Выраженность стресса в семье, отношение к методам кардиоваскулярной профилактики изучены при помощи шкалы «Знание и отношение к своему здоровью», предложенной протоколом «MOPSY». Оценка каждого вопроса рассчитывалась в баллах, суммировалась в общей шкале, которая была разделена на терцили. Таким образом, выраженность стресса оценивалась как низкий, умеренный и высокий. В исследование были включены лица, не имеющие АГ в анамнезе, за которыми в течение 16-летнего периода (1995–2010 гг.) велось наблюдение: были зарегистрированы все впервые возникшие случаи АГ (обследование, анализ медицинской документации, свидетельства о смерти).

Для оценки относительного риска возникновения АГ использовалась регрессионная модель Кокса. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий χ^2 .

Результаты и обсуждение. Распространенность высоких уровней стресса в семье в открытой популяции женщин 25–64 лет составила 20,9%. Отмечена тенденция к увеличению частоты встречаемости стресса в семье в двух группах: в самой младшей возрастной группе (25–34 лет) – 27,6% и в средней группе (45–54 лет) – 30,5%.

Изучение связи стресса в семье с отношением к методам кардио-васкулярной профилактики показало, что лица, которым «что-нибудь мешает спокойно отдохнуть дома», чаще высказывают жалобы на здоровье, чем те, кто может себе позволить отдых – 92,1% и 82,9% соответственно ($\chi^2=7,32$, $df=1$, $p\leq 0,01$). Женщины с отсутствием серьезных конфликтов в семье в течение года в 3 раза чаще доверяют мнению врача, в то время как лица с часто происходящими серьезными конфликтами в семье больше апеллируют к своему самочувствию и необязательно соглашаются с мнением врача ($\chi^2=14,61$, $df=6$, $p\leq 0,05$). Те женщины, которым мешают спокойно отдохнуть дома, реже доверяют точке зрения врача в сравнении с женщинами, проживающими в спокойной домашней обстановке – 24% и 38,8% соответственно ($\chi^2=9,24$, $df=2$, $p=0,01$). При ответе на вопрос «Если на работе Вы почувствовали себя не совсем хорошо, что Вы делаете?» женщины, испытывавшие перемену в семейном положении за последние 12 месяцев (вышла замуж, развелась с супругом, кто-то из супругов оставил семью, овдовела, в семье родился ребенок и др.), в 2 раза чаще прекращают работу или обращаются к врачу, чем при отсутствии кардинальных изменений в семейном статусе ($\chi^2=9,52$, $df=4$, $p\leq 0,05$). Женщины, проживающие с тяжело больными членами семьи или перенесшие смерть значимых близких в течение 1 года, чаще отмечают высокую возможность заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5–10 лет, чем женщины, не пережившие таких событий – 65,4% и 49,6% соответственно ($\chi^2=9,96$, $df=4$, $p\leq 0,05$). Кроме того, они меньше верят в возможности медицины успешно лечить сердечно-сосудистые заболевания – 26,3% и 37,5% ($\chi^2=18,02$, $df=8$, $p\leq 0,05$). Вместе с тем отмечены следующие тенденции: только 6% женщин, проживающих и ухаживающих за тяжело больными родственниками, а также перенесших утрату в течение 1 года близкого, регулярно проверяют свое здоровье; женщины, испытывающие частые серьезные конфликтные ситуации в семье, в 2 раза чаще не обращаются к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца, чем женщины, не имеющие конфликтов в семье (31,4% и 18,8% соответственно ($p\geq 0,05$)).

Риск развития АГ у женщин с высоким уровнем хронического семейного стресса в течение 16 лет оказался в 1,39 раза выше, чем у женщин с более низкими уровнями стресса (95,0% ДИ 1,08–1,78; $p=0,01$).

Наблюдались тенденции к росту частоты развития АГ в группе замужних женщин с высоким уровнем стресса в семье в сравнении с незамужними, разведенными и вдовами с высоким уровнем стресса. АГ развивалась достоверно чаще у женщин с высшим и средним образованием и стрессом в семье, чем у женщин, имеющих начальное образование ($\chi^2=5,63$, $df=1$, $p\leq 0,05$ и $\chi^2=4,01$, $df=1$, $p\leq 0,05$ – для высшего и среднего образования соответственно) и без стресса ($\chi^2=5,45$, $df=1$, $p\leq 0,05$ и $\chi^2=4,39$, $df=1$, $p\leq 0,05$ – для высшего и среднего образования соответственно). В отношении профессиональных групп определена высокая частота АГ в категориях «руководитель» ($\chi^2=5,94$, $df=1$, $p\leq 0,05$) и «физический труд» ($\chi^2=8,14$, $df=1$, $p\leq 0,01$), испытывающих стресс в семье, чем у женщин, находящихся на пенсии, переживающих стресс и без стресса в семье.

Заключение. В открытой популяции среди женщин 25–64 лет выявлена высокая распространённость стресса в семье – более 20%. Высокие уровни стресса ассоциированы с более высокой частотой жалоб на здоровье, недостаточной информированностью о методах профилактики. В течение 16-летнего периода наблюдения когорты женщины с выраженным уровнем стресса в семье имеют более высокий риск АГ. Частота развития АГ выше среди замужних женщин с высшим и средним специальным образованием, с высоким уровнем стресса в семье, занятых в профессиональных категориях «руководитель», «работник физического труда».

ПРОФИЛАКТИКА ПОДРОСТКОВОГО ТОКСИКОНАРКОТИЗМА В КОНТЕКСТЕ ЭВОЛЮЦИОННОЙ БИОЛОГИИ

Гильбурд О.А.

**БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный университет»,
Медицинский институт, Сургут, Россия**

На протяжении последних трёх десятилетий в России предпринимаются усилия к снижению уровня наркотизации хотя бы в подростково-юношеской среде. С этой целью разрабатываются долгосрочные комплексные программы «борьбы и противодействия», для реализации которых выделяются немалые финансовые средства из бюджетов всех уровней, привлекаются силовики, психологи, педагоги, специалисты по социальной работе, церковнослужители, психиатры-наркологи и т.д.

Тем не менее отрапортовать о каких-либо значимых практических результатах в благородном деле профилактики пубертатного токсиконаркотизма до сих пор никому не удаётся. Возникает естественный вопрос: почему? Один из основоположников современной синтетической теории эволюции Ernst Mayr (1981) указывал, что вопросы, начинающиеся со слова «почему», являются специфически эволюционными, поскольку ориентированы на поиск корней той или иной проблемы. David McFarland (1988) остроумно предлагал отвечать на вопросы такого типа, последовательно проясняя семантику каждого входящего в них термина, начиная с последнего слова и постепенно продвигаясь к первому. Интересующий нас вопрос может быть сформулирован следующим образом: «Почему неэффективна применяемая профилактика токсиконаркотизма?»

Итак, что мы понимаем под словом «токсиконаркотизм»? Разумеется, это немедицинское потребление психоактивных средств с целью искусственного достижения желаемого психофизического эффекта. Важно, что этот удивительный поведенческий феномен в феноменально широком масштабе регистрируется исключительно в популяции *Homo sapiens sapiens*, т.е. должен быть квалифицирован как видоспецифический признак.

В процессе антропогенеза сформировался ещё один уникальный видовой маркер, несомненно, определяющий качественное отличие человека от прочих живых существ, – потребность и способность к созиданию феноменов культуры, возникающих как результат творческой деятельности. Резонно предположить, что между двумя видоспецифическими признаками, представляющими собой продукт эволюции, должна существовать некая, в первую очередь биологическая, связь.

Творчество, по определению, предполагает создание чего-либо принципиально нового, совершенно оригинального. Поэтому творческий акт всегда экстраординарен и требует наличия так называемого вдохновения, которое, при ближайшем рассмотрении, соответствует характеристикам изменённого, альтернирующего состояния сознания (Самохвалов В.П., Крылов В.С., 1995) и несовместимо с обыденным, повседневным воспроизведением привычных стереотипов, безусловно совершенно необходимых для нормальной жизнедеятельности человека. Однако для репродукции стандартов вполне достаточным является обычное, ясное сознание. Таким образом, потребность в сотворении культурных продуктов в качестве базового условия диктует необходимость качественно изменить сознание человека, по крайней мере, до степени альтернирующего.

Известно, что в архаических культурах посредством альтернирующего сознания обеспечивается периодическое взаимодействие между рациональным миром людей и иррациональным миром духов и божеств (Walsh R., 1996). Эта буферная функция является прерогативой духовно-элитарной касты шаманов и колдунов, изменяющих своё сознание употреблением токсических средств: в Южной Америке – это кока, на Тробрианских островах – бидунат (Самохвалов В.П., Крылов В.С., 1995), у сибирских ханты и манси – экстракт мухомора (Итс Р., 1990). Употребление токсических веществ для членов сообщества, не принадлежащих к духовной элите, табуировано. Широко эксплуатируемый в жанре хоррор культ «живых мертвецов», известный в Африке как «zombi», а среди креолов Гаити как «voodoo», основывается на применении специального порошка, который колдуны готовят из эксгумированных детских трупов и высушенных экземпляров рыбы фугу. В порошке содержится тетродотоксин, обладающий нервно-паралитическим действием. Жертва зомбификации, разумеется, воспитанная в культуре «voodoo» и потому психологически изначально подготовленная к предстоящему воздействию и его эффекту, принудительно принимает порошок с дозой тетродотоксина, вызывающей внешние проявления клинической смерти. Затем колдун извлекает жертву из могилы и стимулирует её психомоторную активность галлюциногеном грибного происхождения, после чего отдаёт в рабство владельцу сахарной плантации (Davis W., 1988). Таким образом, мистический ритуал преследует вполне экономические цели.

В античной культуре реализация дионисийских обрядов всегда имела следствием достижение экстаза и изменённого сознания, близко к вдохновению (Иванов Вяч. И., 1923).

Ритуализованно-альтруистический алкоголизм русских с его знаменитым «Пью, ибо страдать хочу!..» (Мармеладов в «Преступлении и наказании») аналитически интерпретируется как этнокультуральная форма православного богоискательства (Гильбурд О.А., 2017), проявившего себя величайшими национальными достижениями в литературе, музыке, живописи.

Удивительные глаза без радужки и зрачков вкупе с диспластически-долихоцефальной деформацией тел на портретах кисти Амадео Модильяни – так же результат его эфирной наркотизации (Самохвалов В.П., Крылов В.С., 1995). Художник был ярчайшим представителем творческой богемы, имманентными признаками *modus vivendi* которой всегда были – и остаются! – наркотизм, никотинизм и беспробудное пьянство.

Однако экзогенное токсическое изменение сознания с целью достижения творческого вдохновения может быть с успехом заменено эндогенным. Практически любой стресс, в особенности депривационный и фрустрационный, приводит, с одной стороны, к эндотоксикозу, с другой – к активизации реакций перекисного окисления липидов, разрушающих цементирующий липидный слой клеточных мембран, что ведёт к прозрачности гематоэнцефалического барьера (Меерзон Ф.З., 1981). В результате формируются условия повышенной уязвимости головного мозга, который становится мишенью для эндотоксинов. Кроме того, стрессовое воздействие сопровождается выбросом в кровь эндогенных опиоидов (Bloom F.E. et al., 1981), что ещё больше располагает к токсико-наркотической модификации сознания. По мнению В.П. Эфроимсона (1998), гениальность обусловлена особенностями порфиринового обмена, эффектами эндогенного кофеина, а во многих случаях гиперурикемической стимуляцией человеческого мозга.

Совершенно очевидно, что потребность в токсическом изменении сознания с целью создания культурных феноменов транслируется с индивидуального на популяционный уровень, и это даёт основание постулировать токсичность культуры в человеческом сообществе (Самохвалов В.П., Крылов В.С., 1995). С позиций социобиологии (Wilson E.O., 1975) макросоциальный феномен токсиконаркотизма имеет глубокие биологические корни и представляет собой результат генно-культурной коэволюции вида (Lamsden C., Gushurst A., 1985).

В архаическом обществе нарушитель «токсико-наркотического табу» уничтожается или изгоняется. Распространение токсиконаркотизма в современной цивилизации отражает эмансипацию человечества, разрушение естественной биосоциальной иерархии, стремление субмиссивной массы к отождествлению себя с доминантной элитой, – по существу, всеобщее потребление психоактивных веществ контекстуально равнозначно превращению храма в хлев (Гильбурд О.А., 2015).

Термином «профилактика» в медицине традиционно обозначается комплекс мер, направленных на предупреждение либо самого заболевания, либо его рецидивов или утяжеления. Нет никаких оснований искать иную интерпретацию этого слова применительно к превенции наркотической зависимости. Возвращаясь к ответу на центральный вопрос данной работы, несложно убедиться в том, что применяемая профилактика ориентирована исключительно на устранение социальных факторов токсиконаркотизма и полностью игнорирует его эволюционно-биологическую природу. Неудивительно, что при таком ущербном подходе любая система профилактических мер оказывается обречённой на провал.

Особая острота и неразрешимость этой проблемы обнаруживается при попытках профилактики токсиконаркотизма среди подростков, у которых он входит в число факторов потенциальной гибели, нередко сочетаясь в период пубертатного криза с актами прямой аутодеструкции, суицидальными действиями и способствуя накоплению критической массы аутоагрессии (Кон И.С., 1989). В традиционной, архаической культуре этот феномен изначально регламентирован жесткими ритуальными рамками, поскольку социальным нормативом поведения подростка здесь является систематическая тренинговая подготовка и последующее прохождение обряда инициации, который обычно связан с преодолением какой-либо опасности через символическую «смерть» и «второе рождение» во взрослом статусе. Весьма вероятно, что физиологическая необходимость обрядовой инициации обусловлена возрастными колебаниями уровня эндогенных опиоидов, относительный дефицит которых в созревающем организме стабильно восполняется в ходе тренинга регулярными физическими и психологическими стрессорными нагрузками (Гильбурд О.А., 2015).

Современная цивилизация полностью исключила инициацию как этап культурного онтогенеза индивидуума, не предложив взамен какого-либо адекватного паллиатива, не создав более позднего эволюционного аналога (Клинков В.Н., 1995). Даже её уродливо-жалкие рудименты, существовавшие в СССР, – такие как посвящение в октябрята, пионеры и комсомольцы – были безжалостно отторгнуты постсоветским социумом.

Напрашивается вывод, что повсеместная распространенность и высокий уровень потенциально губительных форм аутоагрессивного поведения, в том числе токсиконаркотизма, среди подростков и есть результат перманентного функционирования биологически необходимого, а потому аутохтонно возникшего на современном этапе человеческой эволюции аналога традиционной инициации – как наиболее простого способа компенсации дефицита эндорфинов и «игры в смерть» (Гильбурд О.А., 2015).

Вместе с тем с учётом вышеизложенных соображений фактическая имманентность токсиконаркотизма человеческой природе дает основание предполагать единственно возможной формой его будущей успешной профилактики ликвидацию либо генно-инженерную модификацию вида *Homo*, к чему, похоже, само человеческое сообщество движется ускоренными темпами с восторженным ликованием самоубийцы.

ОСОБЕННОСТИ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ-СИРОТ

Гильмутдинова И. М.

Институт Психологии и образования, Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, Россия

Проблема развития личности в условиях закрытых детских учреждений в последние годы приобретает все большую и большую актуальность. Исследованиями способности распознавания психических состояний занимались А.М. Щетинина, Ю.А. Свеницкая, О.В. Гордеева, Ч.А. Измайлова и Н.А. Титова, Е.С. Михайлова, Е.С. Никитаева и Д.В. Давыдова. Способность к распознаванию психических состояний формируется у детей в раннем и дошкольном возрастах. Идентификация психических состояний происходит при помощи взаимодействия ребенка со взрослыми, а затем со сверстниками.

Идентификация психических состояний является важной способностью для адаптации ребенка в коллективе, а также навыком для верной оценки эмоций окружающих в процессе взаимодействия с ними [Мухамедрахимов Р.Ж., Плешкова Н.Л., 2008]. По мнению М.И. Лисиной, у детей старшего дошкольного возраста возникает потребность во взаимопонимании и сопереживании [Лисина М.И., 2009]. Возникновение внеситуативно-личностной формы общения актуализирует задачу успешной социализации старшего дошкольника в коллективе сверстников. Увеличение социально широкого круга ребенка определяет особенности его личностного и познавательного развития.

Как отмечает О.А. Прусакова, индивидуальные различия в понимании детьми психических состояний других людей, в частности эмоций, зависят от семейной ситуации. Семьи отличаются внутрисемейной обстановкой, отношениями между членами семьи. Важным аспектом является то, какие чувства обсуждаются и как часто, насколько родители поощряют детское участие в беседах и проявляют внимание к их оценкам событий [Прусакова О.А., 2005]. Именно такая вариативность влияет на дальнейшее формирование способности детей правильно идентифицировать эмоциональные выражения и связывать их с определенными ситуациями, в которых возникли эти эмоции.

Отечественные исследования подростков с девиантным поведением, часть из которых были сиротами и социальными сиротами, выявили у них низкий уровень развития социального интеллекта при достаточно сохранной способности к эмпатии. Авторы предполагают, что несформированность социального познания детей-сирот обусловлена семейными факторами (неадекватные формы воспитания, педагогиче-

ская запущенность, отсутствие надлежащей родительской заботы). Девиантное поведение подростков рассматривается как следствие нарушений социального познания.

По результатам исследования А.Х. Пашиной и Е.П. Рязановой, для детей-сирот характерно однообразие качественной окраски эмоциональной сферы. Они выражают меньше легко распознаваемых эмоций, чем дети, воспитывающиеся в условиях семьи, и хуже распознают выражение эмоций. Для детей, воспитывающихся вне семьи, характерны также высокая личностная тревожность и низкий уровень эмпатии [Пашина А.Х., 1990].

Трудности в социальном взаимодействии детей, воспитывающихся в условиях вне семьи, проявляются в неполной или недостаточной социально-психологической адаптации, неприспособленности к жизни, школьной дезадаптации, девиантном поведении. В когнитивной психологии социализация предполагает процесс адаптации к социальной среде благодаря определенному уровню развития, разделению и координации собственной точки зрения и точки зрения других людей (по Ж. Пиаже [1969]). Модель психического же, согласно системно-субъектному подходу [Сергиенко Е.А., 2014], выступает тем когнитивным механизмом социализации, который обеспечивает способность идентифицировать психические состояния (эмоции, убеждения, знания, желания, мнения) как свои, так и других людей. Таким образом, как бы превосходящая их поведение, тем самым способствуя эффективному взаимодействию в социуме.

С конца 70-х гг. XX в. за рубежом проводятся исследования, доказавшие связь между характером привязанности (в соответствии с теорией привязанности Дж. Боулби) [Боулби Дж., 2003] и развитием социального интеллекта. И. Брезертон и др. были первыми, кто продемонстрировал связь между детской привязанностью и развитием социального интеллекта. Например, надежная привязанность оказалась связанной с развитыми вербальными способностями и социальной зрелостью [Авдеева Н.Н., Хохлачева И.В., 2010]. Это подтверждалось не только в случае привязанности ребенка к матери, но и в случае привязанности к отцу. Показано, что рефлексивная позиция родителей способствует формированию надежной привязанности у ребенка. Если мать понимает свое собственное состояние, способна говорить о чувствах и эмоциях с ребенком, понимает его, то это положительно влияет на развитие ментализации у ребенка. Недостаточный опыт совместных со взрослым эмоциональных переживаний является одной из причин задержки в развитии эмоционально-волевой сферы у детей-сирот.

А. Фрейд обнаружила, что в подростковом возрасте дети, выросшие без близких взрослых, развивают примитивные связи с окружающими; у них появляются «замещающие» связи со сверстниками или с группой сверстников; многие дети ищут истинных материнских отношений с каким-нибудь лицом, без чего их переход к зрелости становится невозможным [Мухина В. С., 1991].

А.М. Прихожан и Н.Н.Толстых отметили, что в поведении детей-сирот наблюдаются агрессивность, стремление обвинять окружающих, неумение и нежелание признать свою вину, т.е. доминирование защитных форм поведения в конфликтной ситуации и, соответственно, неспособность продуктивно и конструктивно разрешать конфликты. Таким образом, у детей, воспитывающихся вне семьи, были обнаружены серьезные дефекты произвольной саморегуляции поведения, выражающиеся в неумении самостоятельно планировать и контролировать свои действия [Прихожан А.М., Толстых Н.Н., 2007].

В закрытых детских учреждениях наблюдается высокая интенсивность контактов со сверстниками на фоне недоразвития интимно-личностной стороны общения. Причиной этого отставания является отсутствие эмпатии, сочувствия, сопереживания, умения и потребности разделить свои переживания с другим человеком. Таким образом, процесс идентификации психических состояний у детей, воспитывающихся вне семьи, протекает хуже, чем у сверстников, воспитывающихся в условиях семьи. Дети-сироты хуже понимают эмоциональное состояние другого, а также причины своего и чужого эмоционального состояния. Исследования указывают на то, что дети с разной степенью депривации и нарушениями привязанности, характерными для детей-сирот, могут демонстрировать антисоциальную направленность в поведении, испытывать трудности в общении с другими, что может приводить к дефициту социального опыта и негативно влияет на развитие социальной компетентности, социальной уверенности.

АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННОЙ АКАТИЗИЕЙ

Гончарова А.А.¹, Юрченко А.О.², Козлова С.М.¹

¹НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

²ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»,
Томск, Россия

Проблема развития двигательных нежелательных явлений, а именно антипсихотик-индуцированной акатизии у больных шизофренией, остается по-прежнему актуальной. Несмотря на то что, как правило, её

развитие связывают с назначением преимущественно конвенциональных антипсихотических препаратов, появление в клинической практике препаратов второй, а в настоящий момент и третьей генерации не приводит к снижению частоты её встречаемости (Juncal-Ruiz M., 2017; Martino D., 2018; Yoshimura B., 2018).

Данное двигательное нарушение оказывает влияние не только на клиничко-динамические показатели течения шизофрении (Cunningham Owens D.G., 2000, 2014), но и воздействует на поведенческие паттерны больных шизофренией. Пациенты, опасаясь повышения дозы препаратов, изменения схем их приема, стараются скрыть не только субъективные, но и двигательные проявления акатизии, что ограничивает их полноценное участие в медико-социальной реабилитации, в перспективе снижая социальное функционирование во всех сферах жизни (Phan S.V., 2016; Weiden P.J., 2016). Антипсихотик-индуцированная акатизия может актуализировать суицидальные мысли и действия, а также и гетероагрессивное поведение у больных шизофренией, что ведет к ограничению вовлеченности больных шизофренией в реабилитационные программы (Seemüller F., 2013; Urzúa A., 2016). Например, наличие суицидального поведения, обусловленного антипсихотик-индуцированной акатизией как потенциально обратимого двигательного нарушения, не всегда верно оценивается врачом-психиатром, что приводит к неадекватной тактике её лечения и профилактики в дальнейшем, приводя к удлинению сроков пребывания пациентов в стационаре (Любов Е.Б., Носова Е.С., 2017), оказывая отрицательное влияние не только на психическое, но и соматическое состояние больных шизофренией, и в значительной мере снижает адаптационные возможности больных шизофренией (Красик Е.Д., Логвинович Г.В., 1983).

Цель: выявить уровень социальной адаптации у больных шизофренией с антипсихотик-индуцированной акатизией.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 234 пациентов с верифицированным диагнозом шизофрении в соответствии с критериями МКБ-10 рубрики F2, находящихся на стационарном лечении в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ и ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница». Средний возраст – $41,4 \pm 11,6$ года. Возраст манифестации – $25,8 \pm 8,8$ года. Длительность заболевания – $15,6 \pm 10,5$ года. Все пациенты были обследованы с использованием международных психометрических шкал: шкала акатизии Барнса (BAS) (Barnes T.R., 1989) использовалась для диагностики акатизии, шкала самооценки социальной адаптации (SSAS) (Bosc M., 1997; Popр B-S., 2014) – для определения уровня социального функционирования и социальной адаптации.

На момент проведения исследования все пациенты получали базисную антипсихотическую терапию.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Statistica for Windows (V. 12.0).

Результаты и обсуждение. Большая часть пациентов с антипсихотик-индуцированной акатизией были холосты – 56 (63,6%), 72 (81,8%) имели инвалидность по психическому здоровью и только 4 (4,6%) среди них были работающими. Антипсихотик-индуцированная акатизия была выявлена у 88 (37,8%) обследованных. Показатели SSAS в целом свидетельствуют о неудовлетворительной субъективной оценке качества жизни и низком уровне социального функционирования у данной категории пациентов – 34 [26,5; 41]. Выраженное снижение субъективной оценки качества жизни обнаружено у 12 пациентов (13,6%), неудовлетворительную субъективную оценку жизни имели 43 пациента (48,9%), высокая субъективная оценка выявлена у 33 пациентов (37,5%).

Заключение. Такие показатели как социальный статус и семейное положение у пациентов с антипсихотик-индуцированной акатизией демонстрируют низкий реабилитационный потенциал, характерный для данной категории больных, что находит свое отражение в субъективной оценке уровня социального функционирования в социуме и снижении качества их жизни. Таким образом, перспективным направлением является разработка адекватных мер и технологий не только профилактики нежелательных явлений антипсихотической терапии, а именно акатизии, но и создание новых программ медико-социальной реабилитации для пациентов с данным нежелательным явлением антипсихотической терапии.

МАТЕРИНСКОЕ ОТНОШЕНИЕ К СИБЛИНГАМ С РАЗНЫМ СТАТУСОМ ЗДОРОВЬЯ

Горлова Е.Л., Кондрашова А.В., Перелыгина И.А.

ФГБОУ ВО «Российский государственный гуманитарный университет, Москва, Россия

По данным Росстата, численность детей с инвалидностью на протяжении последних нескольких лет в России увеличивается: на 10 тысяч детей в возрасте до 18 лет в 2011 г. было 201,7 человек, в 2016 г. – 212,6, в 2017 г. – 215, 1 и в 2018 г. – 217,2 детей.

В нашем исследовании изучен вопрос о том, каким образом выстраивается отношение матери к детям, когда один из них в семье здоров, а второй ребенок болен.

В современной литературе материнское отношение к детям разных возрастов – хорошо разработанная тема. Однако недостаточно изучен вопрос о том, как строится родительская позиция по отношению к сиблингам с разным статусом здоровья.

Методологической основой нашего исследования является культурно-историческая психология, в которой показано, что общение с близким взрослым является источником психического и личностного развития ребенка (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, О.А. Карабанова, Г.Г. Кравцов, Е.Е. Кравцова, Д.Б. Эльконин). Родительское общение мы изучали со стороны трех его важнейших характеристик: эмоциональное отношение к ребенку, соотношение личностного и нормативного начал родительской позиции и стили взаимодействия.

Е.И. Захарова рассматривает родительство как новый этап социальной ситуации развития взрослого человека, связанного с формированием новообразования взрослости – внутренней позиции родителя. Освоение роли родителя и принятие её – основная задача этапа вхождения в родительство. Автором показано, что зрелость матери и отца способствуют развитию их эмоциональной чувствительности, отзывчивости, умению распознавать и понимать чувства ребенка. Родитель осваивает новые формы эмоциональных отношений – обеспечения безопасности, психологической поддержки индивидуальности ребенка. Е.И. Захарова разработала опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ), который содержит 66 утверждений и направлен на выявление выраженности 11 параметров эмоционального взаимодействия матери с ребенком, объединенных в три блока: чувствительности, эмоционального принятия, поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия (Захарова Е.И., 2014, 2017).

Другой важной для нашего исследования основой послужил подход к анализу родительского отношения Е.О. Смирновой и М.В. Соколовой (Смирнова Е.О., Соколова М.В., 2007). В его структуре авторы условно выделяют два начала – личностное и предметное (нормативное). Специфика родительской позиции основывается на амбивалентности и противоречивости отношения родителя к ребенку. С одной стороны, в связи с изначальным единством, глубокой зависимостью ребенка от матери материнская любовь является проявлением альтруистического, бескорыстного, т.е. личностного отношения. В силу этого рождается безусловное принятие, эмпатия к ребенку, неделимая эмоциональная детско-родительская связь. С другой стороны, ответственность за будущую жизнь ребенка порождает оценочную позицию, контроль за его действиями, превращение ребенка в объект воспитания. Эта двойственность, по мнению авторов, и предполагает последовательную ре-

ализацию определенной воспитательной стратегии, включающей тот или иной выбор направленности родительских воздействий на развитие в ребенке ценных для родителей качеств.

Поскольку личностное и нормативное начало априори присуще каждому типу родительского отношения, авторы предлагают рассматривать их как структурные составляющие родительского отношения. Выбор варианта отношения может быть определен относительной выраженностью и содержательным наполнением нормативного и личностного начала. Касательно родительского отношения личностное начало проявляется в целостной чувствительности к состояниям и переживаниям ребенка, абсолютной любви к нему. Нормативное (предметное) начало родительского отношения выражается в ориентации на становление конкретных качеств, черт личности, в определенных ожиданиях и оценочной позиции к своему ребенку.

Итак, личностное начало – это отношение родителя к ребенку как целостной и самооценной личности, а предметное – отношение к ребенку как к объекту воспитания, оценки, контроля, управления. Специфика родительского отношения и стили взаимодействия определялись на основе методики Е.О. Смирновой «Нормативно-личностное отношение» (НЛО), которая построена по типу «Незаконченных предложений». Контент-анализ позволяет провести подсчет слов, характеризующих личностное, предметное начало и стили взаимодействия родителя с каждым из сиблингов.

Мы предположили в нашем исследовании, что как эмоциональное отношение к ребенку, так и соотношение предметного и личностного начала и стиль взаимодействия матери могут быть связаны в семье со статусом здоровья ребенка.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе познакомились с семьями, проводили беседу с матерями для установления сотрудничества и доверия в отношениях. В процессе беседы экспериментатор задавал вопросы из опросников, предлагая рассказывать о здоровом ребенке. На втором этапе, по прошествии полутора-двух недель, экспериментатор опрашивал мать о ребенке с нарушениями здоровья. На третьем этапе все результаты обрабатывались с помощью методов математической статистики (значимость различий определяли с помощью U-критерия Манна–Уитни) и проводился анализ.

Материал исследования. В исследовательскую выборку вошло 25 матерей с двумя детьми, один из которых имел нарушения здоровья (например, детский аутизм, детский церебральный паралич, задержки интеллектуального развития и др.), а второй ребенок бы здоров.

Кратко представим только те результаты, по которым получены значимые различия.

Обсуждение результатов. В блоке «чувствительность» методики ОДРЭВ получили различия по шкале «способность воспринимать состояния ребенка». Для матерей, воспитывающих сиблингов с разным статусом здоровья, характерны более низкая способность воспринимать состояние ребенка с инвалидностью, сложности в понимании его чувств и выбора своей реакции (среднее значение 3,05 при максимальном балле 5). Тогда как общение со здоровым сиблингом характеризуется большим пониманием и принятием его эмоционального состояния (среднее значение 3,74). Различий в этом блоке не обнаружили по шкалам: «понимание причин состояния» (среднее значение 2,8) и «способность к сопереживанию» (2,97), т.е. получены средние результаты в отношении к обоим сиблингам. Матери стремятся к пониманию своего ребенка, оценке его состояния, могут включаться в со-переживание и оказывать эмоциональную поддержку сиблингам, независимо от их статуса здоровья.

По блоку «эмоциональное принятие» по трём шкалам выявлены различия в отношении матери к сиблингам с разным статусом здоровья в семье. В частности получены более высокие результаты по отношению к здоровым детям по шкалам: «отношение к себе как родителю» (здоровые – 3,63, больные – 2,96), «безусловное принятие» (здоровые – 3,66, больные – 3,03), «чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком» (здоровые – 4,16, больные – 3,09). Только по одной шкале получены идентичные результаты вне зависимости от статуса здоровья ребенка: преобладающий эмоциональный фон взаимодействия (средний уровень – 3,38).

По блоку «поведенческие проявления эмоционального взаимодействия» наиболее выраженные различия обнаружены по шкале «ориентация на состояние ребенка при взаимодействии». Опять же зарегистрированы более высокие значения у матери по отношению к здоровому ребенку (3,13 против 2,7). По двум шкалам данного блока различий не обнаружено, т.е. результаты имели значения, близкие к высоким: «стремление к телесному контакту» (3,76), «оказание эмоциональной поддержки» (3,76) и «умение воздействовать на состояние ребенка» (3,48).

Итак, согласно полученным результатам, можно сделать заключение, что большую благосклонность матери проявляют по отношению к здоровому сиблингу, причем по целому ряду показателей эмоциональных отношений в семье.

По методике Е.О. Смирновой обнаружены ожидаемые различия в соответствии с гипотезой о разных пропорциях предметного и личностного отношения матерей к детям с разным статусом здоровья. Определено соотношение средних значений нормативной и личностной составляющих: преимущественно личностное начало выражено к здоровым детям 33:67(%) и предметное начало – к больным 86:14(%). Различия статистически значимы по критерию Манна–Уитни.

Методика Е.О. Смирновой позволяет выявить 7 стилей взаимодействия матери с детьми: строгий (родитель действует директивно); объяснительный (словесное пояснение); автономный (позволяет ребенку самому действовать, предоставляется максимум свободы ребенку); компромиссный (ребенку предлагается что-то взамен на выполнение действия); содействующий (стремится помочь, разделить трудности); потакающий (потребности и интересы ребенка ставятся выше родительских); ситуативный (решение принимается в зависимости от ситуации). Более высокие результаты получены по содействующему стилю, но по отношению к ребенку с инвалидностью этот стиль у матерей встречается значимо чаще. Второй по частоте стиль в описаниях родителей – объяснительный, различия выявляются лишь на уровне статистической тенденции (чаще в отношении детей с инвалидностью). Третье место приходится на ситуативный стиль (не выявлено различий в отношении по статусу здоровья детей). На четвертом месте находится строгий стиль, причем с достоверной значимостью чаще этот стиль матери используют по отношению к здоровому ребенку, чем к больному. Остальные стили редко используются родителями. Таким образом, достоверно значимые различия обнаружены только по двум стилям – строгому и содействующему.

Выявленные конфигурации содержания материнской позиции по отношению к детям с разным статусом здоровья имеют внутреннее противоречие. Так, в отношениях со здоровым ребенком мать оценивает себя как эмоционально принимающую, проявляет личностное начало, но при этом достоверно значимо реже использует содействующий стиль, чаще прибегая к строгому стилю. И наоборот, при меньшей эмоциональной чувствительности и выраженном предметном начале мать использует содействующий стиль по отношению к ребенку. Мы считаем, что ответственность за будущую жизнь ребенка-инвалида порождает оценочную позицию, повышенный контроль за его действиями, на уровне установок превращая его в объект воспитания. Содействующий стиль в данном случае может в ещё большей степени инвалидизировать ребенка с нарушениями здоровья, так как мать старается быть во всем ему опорой.

Таким образом, мы можем говорить, что, воспитывая здоровых сиблингов, матери чаще положительно оценивают собственное отношение к ребенку и свою родительскую позицию. Можно предположить, что такие показатели связаны с хроническим стрессом, переживаемым при воспитании ребенка с ОВЗ, с сомнениями в правильности тех или иных действий, с неуверенностью в будущем. Все это порождает множество различных чувств и эмоциональных состояний у родителей, но препятствует установке отношений эмоциональной близости и поддержки ребенка с нарушениями здоровья.

РОЛЬ СЕМЬИ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ РАКА КИШЕЧНИКА, ЛЕГКИХ И ЖЕЛУДКА

Гураль Е.С.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Актуальность. В настоящее время большое количество исследований посвящено изучению психического здоровья не только пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, но и членов их семей. На процесс адаптации к болезни влияют многие факторы, в том числе семейная обстановка. В англоязычной литературе широко используется термин «caregiver», или опекун, который включает в себя супругов, родственников, друзей, то есть опекун – это человек, осуществляющий регулярный уход за пациентом с онкологическим заболеванием, вне зависимости от степени родства.

В ряде публикаций отмечается, что повышенный уровень тревоги, психическое и физическое состояние у пациентов, страдающих раком, напрямую соотносится с таким же повышенным уровнем тревоги, психическим и физическим состоянием у опекунов (Bambauer K.Z., Zhang B., Maciejewski P.K. et al., 2006; Kershaw T., Ellis K.R., Yoon H., Schafenacker A., Katapodi M., Northouse L., 2015).

Роль стресса и жизненных событий в этиологии, прогнозировании течения онкологического заболевания, выживании онкологических пациентов является областью дебатов и острых противоречий. За прошедшие годы накоплены данные о роли основных жизненных событий, предшествующих возникновению рака, рецидивах онкологического процесса (Chaturvedi S.K., 2012). Большое количество исследований посвящено роли семьи, стрессовых ситуаций при раке молочной железы (Бехер О.А., 2007; Сухотерин И.В., Павлова Н.В., 2011, Запесоцкая И.В., 2016; Hermelink K., Berndt U., Haidinger R., 2015) в отличие от пациентов с раком кишечника, желудка и лёгких.

Материалы и методы. Нами обследовано 70 человек (43 мужчины и 26 женщин), страдающих злокачественными новообразованиями определенной локализации (лёгких, желудка, и кишечника). Возраст обследованных – от 28 до 85 лет, средний возраст пациентов составил $58,2 \pm 1,5$ года. В исследование были включены пациенты, готовящиеся к оперативному лечению, находившиеся в торакальном и абдоминальном отделениях НИИ онкологии Томского НИМЦ РАН. Среди обследованных у 15 (21,4%) диагностирована IV стадия рака, у 30 (42,8%) – III стадия, у 23 (32,9%) – II стадия и только у 2 – I стадия.

Результаты исследования. У пациентов с раком лёгких, кишечника и желудка были выявлены следующие психические расстройства: аффективные расстройства – у 15 человек (21,4%), расстройства, связанными со стрессом – у 25 человек (35,7%), органические психические расстройства – у 13 человек (18,6%), расстройства личности – у 4 человек (2,%). Не выявлено психической патологии у 13 человек (18,6%). При анализе психосоциальных показателей, связанных с семьёй у обследованных пациентов, получены следующие данные: 32 человек (45,7%) имеют близких родственников с онкологическим диагнозом, из них 16 (22,9%) ухаживали за больными раком близкими, так же и в период их угасания, что оценивается самими пациентами как психотравмирующий фактор. В ходе исследования выявлены особенности родительской семьи пациентов: отношения в родительской семье оценивали как плохие, отчуждённые или авторитарные 9 человек (12,9%). 9 человек (12,9%) пережили смерть отца в детском возрасте, развод родителей – 5 человек (7,14%), смерть обоих родителей – 1 (1,43%). У 6 пациентов (8,6%) отец страдал алкоголизмом, был агрессивным в состоянии алкогольного опьянения по отношению к матери и детям. В настоящее время состоят в браке 60 человек (86%), оценивают свои отношения с партнёром как удовлетворительные 53 человека (75,7%). 19 (27%) человек разведены, из них в настоящее время вступили в повторный брак 9 человек (13%), отношения в новой семье оценивают как хорошие. Оценивают своих детей положительно и отношения с ними как удовлетворительные 60 человек (86%). Отношения с детьми или с одним из детей считают сложными 7 человек (10%). Не имеют детей 3 человек (4%), их отсутствие болезненно для одного из них. У пациентов с выявленными психическими расстройствами отмечают один или несколько неблагоприятных эпизодов в родительской и/или своей семье. Таким образом, можно предположить, что семейная история оказывает влияние на развитие онкологического процесса, что является подтверждением многих исследований и в то же время это утверждение далеко неоднозначно и требует дальнейшего изучения.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, И РАННЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Гусейнзаде Ш.Р.

АНО Центр психолого-педагогической поддержки семьи «Ключи», Москва, Россия

При рождении ребенка в молодой семье наступает нормативный кризис, проявляющийся в виде напряженности в отношениях, недопонимании, а иногда отчужденности. В данном периоде от супругов требуется внести перемены в собственные отношения и адаптироваться к периоду ухода за ребенком. Будущим родителям необходимо найти возможность обеспечить ребенку безопасные условия развития и научиться согласовать личные и семейные цели.

В семьях, где рождается ребенок с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ), наступает не только нормативный кризис, но вдобавок нагружается и ненормативный кризис. Двойной груз кризисной отягощенности дестабилизирует семейные взаимоотношения, появляется тяжелое бремя забот, сказывающихся как на межличностных отношениях, так и при воспитании ребенка с ОВЗ. Чаще всего проблема воспитания и развития такого ребенка является одной из главных причин хронического стресса семьи.

Ребенок с ограниченными возможностями находится в очень сложном эмоциональном и психологическом положении. Такой ребенок нуждается в оказании грамотной специализированной помощи для дальнейшей социализации в общество. В связи с этим на родителей таких детей, естественно, ложатся большие нагрузки. Для того чтобы минимизировать психоэмоциональное напряжение, чувство вины, тревогу и стресс, родителям, так же как и их детям, нужны психолого-психотерапевтическая помощь и социальная поддержка.

В одном из исследований семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, описывается как семья с особым статусом и структурой, в ней имеются специфические трудности, связанные с индивидуально-личностными особенностями членов семьи и характером взаимодействий друг с другом (Зверева О. Л., 2016).

Вместе с тем еще одним распространенным отличием такой семьи является занятость решением проблем ребенка, погруженность в сложное положение в связи с болезнью ребенка, закрытость семьи от внешнего мира, дефицит общения. В последнее время трудности, связанные с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ, приобретают всё большую актуальность в обществе.

Современная семья с ребенком с ограниченными возможностями здоровья претерпела серьезные изменения: во-первых, сократился её численный состав в связи с риском повторного рождения нездорового ребенка. Но самое главное в том, что резко возросло число разводов – распадается практически каждый второй брак. Часто семья обособляется и затворяется от всех, погружаясь полностью в болезнь ребенка. Известны случаи, когда такие проблемы соединяли семью, тем не менее значительно чаще наблюдается её распад (32%), что оказывает отрицательное воздействие на процесс развития личности ребенка.

В связи с этим раннее вмешательство приобретает огромную важность. Одно из направлений раннего вмешательства предусматривает «семейно-центрированность». Профессиональные специалисты служб раннего вмешательства помогают родителям не только в помощи установления качественного контакта с ребенком, но и способствуют в нормализации контактов с родителями, другими членами семьи, людьми из его ближайшего окружения. Благодаря раннему вмешательству семья может стать более стрессоустойчивой и адаптированной к сложившейся ситуации. Показано, что стресс-толерантность личности и выносливость по отношению к стрессорам зависит от поддержки, моральной помощи, солидарности группы, соучастия, сочувствия других людей (Ананьев Б.Г., 1980)

Все трудности, присутствующие в семьях детей с ограниченными возможностями, следует постоянно решать на всех уровнях системы социальной защиты населения и системы образования. Личностные качества родителей определяют их отношение к особенностям детей: часть родителей серьезно обеспокоены отклонениями в развитии ребенка. Другие, проявляя тревогу, ровным счетом ничего не делают для того, чтобы помочь собственному ребенку. Третьи отвергают проблему и не обращают внимания на недостатки ребенка.

Главная цель специалистов в работе с родителями – это создание адекватного и реалистичного взгляда на собственного ребенка, имеющего нарушения развития. Правильная позиция родителя дает возможность ему приобрести новый жизненный смысл, гармонизировать отношения с ребенком, укрепить семейные отношения.

Таким образом, направленное психологическое воздействие качественно меняет роли отца и матери. Они активно включаются в психокоррекционный и в то же время педагогический процесс. Последний оказывает положительное воздействие на формирование адекватных родительско-детских контактов. Своевременно оказанная ранняя помощь улучшает личностное формирование ребенка и содействует устранению психологических трудностей у самих родителей.

ПСИХОЛОГО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В КВАЛИФИКАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Гуткевич Е.В.^{1,2}

¹ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

² Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

Актуальность. Отклонения в психическом здоровье, психические и наркологические расстройства (болезни зависимости), расстройства личности и поведения вследствие их распространенности в семьях и популяциях и обусловленного ими бремени болезни и инвалидности, составляют одну из самых серьезных проблем служб охраны здоровья (WHO Press, 2015; Качаева М.А., Шпорт С.В., Трущелев С.А., 2017). Генетические механизмы здоровья человека разворачиваются в семье, которая фокусирует в себе практически все аспекты человеческой жизнедеятельности, проявляя психолого-социальную и биологическую сущности. Происходящие трансформации семьи и особенности её функционирования в современном мире («новые» семьи и формы семейного устройства), наблюдающаяся в настоящее время тенденция к интегративному знанию в сфере психического здоровья (психиатрия, психология, генетика), использование трансдиагностического подхода в новых методологических контекстах клинической практики (димENSIONАЛЬНЫЕ критерии, домены, психологические феномены), несомненное влияние социальных вызовов (либерализация общественных правил, гендерные и этнические отношения, цифровые технологии и мобильность) определяют актуальность междисциплинарных подходов к решению проблем сохранения психического здоровья.

Цель. Формирование квалификационной системы психолого-генетических феноменов в парадигме трансформации функционирования семьи на разных стадиях онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, связанных с психическим здоровьем, для совершенствования диагностики и оказания помощи при расстройствах психического здоровья.

Методы и материалы. Клинико-генеалогический с составлением родословных и определением психического и соматического здоровья членов семьи («Психогенеалогия»); при подозрении на наследственные заболевания проводили биохимические, цитогенетические методы, молекулярно-генетические исследования полиморфизмов генов-кандидатов («Генетический паспорт»); психодиагностические методы исследования эмоциональных, мотивационных, когнитивных особен-

ностей членов семей; супружеских, родительско-детских и межпоколенческих отношений («Паспорт здоровья семьи»); семейная диагностика («Адаптационно-превентивный потенциал семьи»); методы математической статистики.

Теоретико-методологической базой исследований служили концепции, изложенные в научных монографиях В.Я. Семке и др. («Превентивная психиатрия», 1999; «Основы персонологии», 2001; «Здоровье личности и психотерапия», 2002; «Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств)», 2008), А.В. Семке и др. («Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении», 1995; «Семейные взаимоотношения и наследственная отягощенность шизофренией», 2009; «Соматические расстройства при шизофрении, 2009), Н.А. Бохана и др. («Коморбидность в наркологии», 2009; «Психология зависимости и созависимости у женщин из аддиктивных семей», 2011), И.Я. Стояновой и др. («Прагматические образования в адаптивно-защитной системе у больных с психическими расстройствами непсихотического спектра и в норме (психологическая модель)», 2009), Е.В. Гуткевич и др. («Медико-генетические основы превентивной психиатрии», 2004; «Клинико-генеалогический метод в психиатрической практике», 2011; «Семейные системы в адаптации больных шизофреническими расстройствами», 2012; «Семья и психические расстройства: генетика, превенция, этика, 2014).

Материал исследования. Исследовали 326 детей и подростков от 1 года 7 месяцев до 18 лет, в том числе 161 лиц, посещающих детские дошкольные образовательные учреждения и общеобразовательные школы, и 271 их родителей и других родственников; 165 человек с психическими расстройствами детского возраста (умственная отсталость, специфические расстройства речи и навыков, детский аутизм, гиперкинетические расстройства, тревожные, фобические расстройства и др.) и их 109 родителей; 87 больных шизофреническими расстройствами и 36 их родственников в возрасте от 23 до 64 лет; 677 здоровых лиц в возрасте от 18 лет, 377 семей из регионов Сибирского федерального округа Российской Федерации и Казахстана.

Результаты. Проведены исследования функционирования семей на разных стадиях онтогенетического цикла, в том числе «молодых». Например, изучение различий эмоциональной выразительности мужчин и женщин разных возрастов показало, что у женщин доминирующей является психомоторная и коммуникативная эмоциональность, в то время как у мужчин – интеллектуальная эмоциональность, что важно учитывать при выборе партнера и создании семьи.

Получена отрицательная корреляция (-0,79) между степенью развития интеллекта и уровнем удовлетворенности супружеством. В данных супружеских парах присутствуют 25% пар с некомплементарными темпераментами. Все супружеские пары отнесли свой брак к категориям удачного брака или брака с определенными сложностями, с которыми они справляются. Большинство молодых супружеских пар высказали удовлетворенность своим браком (полностью удовлетворены – 30%), причем супруг и супруга. У 75% супругов определяется негативная реакция на возникающие в семейной паре конфликты и при этом пассивный характер поведения. Молодые семьи, не способные иметь детей, тем не менее оценивают свои брачные союзы как удачные и счастливые. Они находят оптимальные способы общения друг с другом и выстраивают гармоничные отношения со своими любимыми. Более половины респондентов (56,25% супругов) удовлетворены отношениями с партнером, их супружеские отношения можно отнести к благополучным.

Нарушение привязанности передается от старшего поколения к младшему в расширенной семье и у всех пробандов усиливается интенсивность проявлений нарушений взаимоотношений в собственной семье. Усиление нарушения привязанности проявляется в V поколении, которое характеризуется снижением числа членов данного поколения, несмотря на детородный возраст IV поколения. Нарушение привязанности взаимосвязано с адаптивными, мотивационными процессами и субъективным отношением к семье и прослеживается в нескольких поколениях российской семьи. При нарушении функционирования семьи в роду наблюдается репрезентация травмы нарушения привязанности, усиление травматизации и ослабление ресурсной чуткой связи между близкими родственниками. Критической точкой нарушения привязанности является завершение рода, а именно невозможность или нежелание индивида продолжать свой род, что может быть представлено как модель «песочных часов» травматизации.

Проведенное исследование позволяет представить семью больных шизофреническими расстройствами как систему, причем сбалансированными и среднесбалансированными оказались около двух третей семей. Функциональный ресурс семьи как высокоположительный оценили почти половина пациентов, в то время как родственники только в незначительном числе случаев, а супруги пробандов выделили и низкоположительный ресурс. Медико-социальное бремя болезни члена семьи связано с различными оценками семейного функционирования, «семейного бремени» и затрат родственниками.

Полученные балльные оценки параметров семейного функционирования, сравнение социально-демографических и психологических характеристик пациентов и их родственников позволили выделить три уровня адапционно-превентивного потенциала семей больных шизофренией (низкий, средний и высокий), как предиктора приспособительного поведения к хроническому патологическому процессу, включая ресурсы, ограничения, мишени и механизмы воздействия.

Выявление ассоциаций психических расстройств с врожденной патологией и менделирующими признаками в семьях показало три основные группы коморбидных генетических состояний. В первую группу можно отнести врожденные пороки развития у пробандов (поперечный редуцированный порок конечностей; киста средостения, дивертикул пищевода; гипоплазия передней доли гипофиза). Вторая группа включает хромосомную патологию в семьях (47, XY, + 16 у плода; 46, XY, del 22q11.2). В третью группу входят семьи с наличием определенных генетических мутаций (гена, кодирующего медь-транспортирующую АТФазу; гена *FBN1* – фибриллина 1; дефицит альфа-галактозидазы А). Клинический полиморфизм нарушений индивидуального здоровья связан с клинико-генетическим континуумом и внутрисемейном ядром как психопатологического синдрома, так и особенностей соматического здоровья, вероятно, определяемым «полем действия» генов.

Психолого-генетические феномены характеризуют поведение и адаптацию индивида, здорового и страдающего от психической болезни, и семейной системы в условиях семейно-генетического кризиса. Технология их квалификации представлена как: 1) определение уровня психического здоровья пробанда – психическое здоровье, психоадаптивное-психодезадаптивное состояние – предболезнь (донозологические формы, инициальный период), клинические формы психического расстройств; 2) выявление коморбидных состояний, генетической предрасположенности; 3) установление стадии онтогенетического цикла семьи пробанда и формы семейного устройства; 4) диагностика индивидуально-личностных и межличностных внутрисемейных и метасемейных отношений нуклеарной семьи пробанда в условиях семейно-генетического кризиса; 5) изучение межпоколенных взаимодействий в родительской и расширенной семье пробанда; 6) формулирование психолого-генетического статуса и уровня адаптации семьи пробанда, программы оказания помощи; 7) проведение интервенций в рамках семейно-генетической превенции и адаптации, психосоциальной реабилитации; 8) динамическое наблюдение и оценка эффективности оказания помощи.

Обсуждение и заключение. Семейное функционирование и адаптация являются в определенной степени интегральным критерием, учитывающим многомерную совокупность показателей психического здоровья. Генетическое тестирование дает информацию об уникальных особенностях генотипа человека, а выявление коморбидных наследственных заболеваний – корреляции между молекулярными изменениями генома и особенностями их фенотипического проявления (выделены три группы). Психогенеалогия позволяет определить здоровье членов семьи и предоставляется возможность выделения групп конкретного биологического риска. Диагностика и квалификация триединных отношений в семье – супружества, родительства, межпоколенных связей определяют психологические особенности и проблемы на разных стадиях жизненного цикла семьи. Адаптационно-превентивный потенциал (три уровня) семьи психически больного определяет биологические (генетические) и социально-психологические возможности семейной системы индивида компенсировать ограничения онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, сформировавшиеся вследствие болезни её члена. Совокупность психолого-генетических феноменов функционирования семьи определяет уровень психического здоровья и адаптационные возможности для его сохранения.

РОДИТЕЛЬСКАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СЕЛЬСКИХ ПОДРОСТКОВ

Дашиева Б.А.¹, Тюлюпо С.В.^{1,2}

¹ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

² Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия¹

Субъективное или психологическое благополучие составляет одно из необходимых условий психического здоровья в любом возрасте. Вместе с этим обнаруживаются различия во взаимосвязи субъективных аспектов удовлетворённости жизнью и объективных (прежде всего, экономических) показателей качества жизни. Так, при опросе на федеральном уровне не более 30% родителей отметили экономическое положение семьи как субъективно удовлетворительное. Однако среди детей из тех же семей субъективную удовлетворённость положением семьи показали 80% опрошенных. В генезе проблемного поведения детей и подростков вклад субъективных факторов также превышает лепту объективных факторов, между ними не существует прямых корреляций.

В 2015 г. в Томской области погибло 5 несовершеннолетних. По заключению экспертов, почти все они «проживали в полных благополучных семьях». Основная причина суицида – проблемы в межличностных отношениях и проблемы с учебой.

Большую роль, чем факторы социально-экономической природы, в прогнозе благополучия ребенка играет родительская компетентность. Это – объект, на оценку и формирование которого сегодня направлен интерес и усилия представителей социальных институтов образования, здравоохранения, охраны семьи, материнства и детства. Между тем многообразие потребностей и матери и отца, несмотря на важность задач социального воспроизводства, в решение которых они вовлечены как родители, вовсе не сводится к воспроизведению потомства и заботе о его благополучии. Их родительскую компетентность следует, прежде всего, рассматривать как средство, с помощью которого они облегчают свою собственную жизнь, решая многообразные задачи родительства с предсказуемой эффективностью и при оптимальных затратах сил, времени и иных ресурсов.

Родительская компетентность обеспечивает решение рутинных воспитательных задач, прогнозирование тенденций их развития, обеспечение информационных оснований и операциональных средств деятельности в этих условиях, контекстуально-точное и своевременное поведение в обстоятельствах, затрудняющих жизнь семьи или осуществление отдельных функций, например, воспитательных. При этом поведение родителей – и в отношениях с ребёнком, и в отношениях с представителями различных социальных институтов – приобретает устойчивый, сбалансированный характер, а их взаимодействие с детьми, базирующееся на взаимном уважении, доверии, доброжелательности и творчестве, становится практически неисчерпаемым источником позитивных эмоций.

Однако любые обстоятельства, затрудняющие нормальное течение жизни семьи, могут привести к конфликту интересов, дефициту родительских компетенций и воспитательного потенциала семьи. При этом следует учитывать, что конституционально-биологическая ослабленность ребёнка, сама по себе, дезорганизует процессы формирования родительской компетенции, блокируя главный механизм этого процесса: циркуляцию позитивной обратной связи в материнско-детской диаде, что приводит к накоплению признаков родительской усталости. Диктует свои условия и современный этап развития общества, характеризующийся как период рисков, турбуленций, новых угроз и критических вызовов.

Индивидуальные возможности против коллективных ценностей; эффективность навигации в информационной среде против риска критической информационной интоксикации; либертизация поведения подростка против ужесточающейся правовой регламентации родительства; академическая успешность против гигиенического режима – вот далеко не полный список дихотомий, с которыми встречаются современные родители в решении рутинных воспитательных задач. Растет число одаренных детей со свойственными им особенностями протекания подросткового возраста: индивидуализацией, критичностью по отношению к взрослым, поиском смысла жизни, утверждением своей уникальности, предъявляющими новые требования к родительству. Приобретает экстремальный характер и разрыв между поколениями детей и родителей в восприимчивости к технологиям.

Между тем беспомощность, переживаемая родителями, – основное звено снижения показателей благополучия ребенка. Под воздействием множества субъективных факторов, характерных для общества риска, в частности страха не справиться с жизнью (обеднеть, потерять работу, заболеть), родители становятся неуверенными и уязвимыми. В последние годы к многочисленным родительским тревогам добавился страх, что ребенок, не справляясь с программой или итоговой аттестацией, может не выдержать конкуренции, потерпеть крушение в своих образовательных и профессионально-практических проектах, остаться без доступа к ресурсам. Родительский страх перед жизнью как будто проецируется на детей и делает атмосферу в семье особенно напряженной. Вместе с тем снижается порог восприятия и определения жестокости в отношении детей. Это выражается, прежде всего, в словесной агрессии родителей.

В 2011 г. силами различных ведомств (здравоохранение, полиция, соцзащита) выявлено 954 семьи по Томской области, в которых имело место жестокое обращение с детьми. В 2015 г. от преступных посягательств пострадало 198 несовершеннолетних, при этом 22 ребенка – со стороны родителей и иных близких членов семьи. Возбуждено 29 уголовных дел по фактам неисполнения родителями обязанностей по воспитанию детей, сопряженного с жестоким обращением (из доклада Уполномоченного по правам ребенка в Томской области). Этот комплекс факторов запускает порочный круг эскалации насилия в семье. Родители, занятые преодолением кризисной ситуации, «забывают» о детях. Из-за отсутствия своевременной и актуальной помощи кризис затягивается. При этом недостаток внимания родителей – самое трудное для ребенка, и он привлекает его к себе любыми доступными способами, в том числе и деструктивными.

Ограниченная компетентность родителей в вопросах воспитания не позволяет выработать конструктивные механизмы поддержания дисциплины, а культурные стереотипы и представления подталкивают к директивным и силовым методам воздействия на ребенка. Силовое решение на время снимает напряженность, но в целом усугубляет ситуацию, ведь на следующем витке эскалации конфликта для восстановления порядка потребуется более суровое наказание и т.д. Таким образом раскручивается маховик насилия в семье. Для того чтобы разорвать этот порочный круг, необходимо оказание своевременной комплексной помощи семье, направленной на преодоление всех перечисленных факторов.

При всём этом сельский социум характеризуется особой уязвимостью своих представителей перед новыми вызовами современности в силу низкого образовательного уровня в массе населения, в связи с высоким риском нисходящей социальной мобильности сельских семей и домохозяйств, накоплением прекариата в пространстве села. Общими характеристиками в описании социальной проблематики жителей села становится не только низкая доступность качественных образовательных и медицинских услуг сельскому населению, но крайне низкая пользовательская культура жителей села. Сельская семья нуждается во всесторонней социальной и педагогической поддержке, направленной на повышение вариативных социально-личностных, в том числе и родительских компетенций. Особая роль отводится педагогическому коллективу и представителям смежных профессий, способных выработать интегративную дорожную карту поддержки семей, имеющих детей.

По нашим данным, полученным в период с 2015 по 2017 г. при опросе старшеклассников из 18 школ Томского района, такие формы проблемного поведения как поведение риска, употребление психоактивных веществ и суицидальное поведение, тесно коррелируют с оценкой учениками поведения учителя как оскорбительного, унижающего достоинство ученика и интенсивностью тревожных переживаний у самих учащихся, связанными с различными ситуациями в школе. При этом поддержку в трудных жизненных ситуациях более половины опрошенных сельских подростков находят именно у членов своей семейной группы, однако не всегда ведущую роль здесь играют родители, чаще помощь они находят у братьев, сестер и других родственников. Парадоксальным является то, что в подавляющем большинстве случаев члены семьи, к которым подростки обращаются за содействием, сами не имеют опыта эффективного разрешения подобных ситуаций.

С этой точки зрения, результаты пятилетнего психологического сопровождения образовательного процесса на базе сельских школ Томского района показали, что наилучших и наиболее стабильных результатов в достижении субъективно приемлемых показателей субъективного благополучия подростков, снижении выраженности проблемного поведения и нормализации показателей психического здоровья возможно добиться только при переходе: 1) от разделения ответственности с семьёй на «Вашу» и «Нашу» к интегрированному подходу: «Что мы можем сделать вместе, в каком порядке мы будем действовать? Чем мы можем помочь Вам, в чём нам нужна Ваша помощь?»; 2) от приоритета формализованной заботы о безопасности ребенка в решении вопросов межведомственного социального сопровождения сельской семьи к учету интересов всей семьи и оценке влияния принятых решений на её целостность; 3) от стигматизации семьи посредством присвоения ей статуса «входящая в группу риска» к качественному анализу предпосылок жестокого обращения и нарушения прав детей в семье и раскрытию возможных механизмов их дезактуализации в конкретном случае; 4) от фрагментации поля задач социального сопровождения сельской семьи на узкопрофессиональные секторы к интеграции усилий работающих с семьёй специалистов институтов здравоохранения, образования, соцзащиты; 5) от формализованной декларации следованию стандарту качества «социальной услуги» в курации случая семейного насилия к актуализации ценностной и профессиональной позиции в отношении эмоциональных и социально-личностных потребностей всех членов семьи; 6) от негативистской парадигмы в обнаружении фактов нарушения прав детей в семье к системной профилактике неблагополучия семьи в целом. При этом родительскую компетентность следует рассматривать не только как результат реализации различных социальных программ, но как фактор, который интегрирует вектор их влияния на благополучие детей и подростков села.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСА НА СФЕРУ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Дмитриева Е.Г., Семке А.В., Юровская Е.М.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Актуальность. Согласно информации Всемирной организации здравоохранения, шизофрения является тяжелым психическим расстройством, которым, по данным на 2018 г., страдают более 21 миллиона человек. Помощь людям, страдающим шизофренией, заключается в лечении фармакопрепаратами и психосоциальной поддержке.

С 2008 г. ВОЗ была развернута программа по ликвидации пробелов в области психического здоровья (mhGAP), в которой одним из основных направлений в помощи лицам с шизофренией было содействие их адаптации, реабилитации, снижению стигматизации и улучшению качества жизни (ВОЗ, 2018). Существует множество факторов, оказывающих влияние на адаптацию таких больных, но, безусловно, успешная адаптация высокого качества возможна только на базе длительных и устойчивых периодов ремиссии заболевания. В связи с этим особое внимание в современном лечении шизофрении уделяется предупреждению рецидивов заболевания. Длительность ремиссий достигается преимущественно за счет регулярного приема пациентами поддерживающего антипсихотического лечения (Гурович И.Я., 2007). Одним из факторов приверженности терапии (комплаенса) является отношение семьи пациента к заболеванию и к необходимости придерживаться поддерживающего лечения. В этой связи взаимоотношения больных шизофренией с семьей и социумом является важной темой для изучения, с целью улучшения адаптированности пациента к социальным условиям и повышения качества жизни.

Цель исследования: изучение влияния комплаенса на на сферу семейных и социальных взаимоотношений у больных шизофренией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН.

Критерии включения: верифицированный диагноз шизофрении согласно МКБ-10, давность катанестического периода не менее 1 года, возраст от 18 лет и старше, способность больного читать и писать на уровне, достаточном для выполнения оценочных процедур, связанных с проведением исследования, а также способность дать письменное информированное согласие.

Критериями исключения являлись: наличие коморбидных психических расстройств, тяжелое соматическое заболевание, требующее госпитализации в профильный стационар, нежелание больного участвовать в исследовании.

В исследование были включены 120 больных. Средний возраст пациентов при обследовании составил $34,8 \pm 10,3$ года, диапазон возрастов находился в промежутке от 22 до 62 лет. По половому признаку пациенты распределились следующим образом: 48 мужчин (40%) и 72 женщины (60%). На момент обследования в исследуемой группе пациентов средняя длительность заболевания составила $16 \pm 9,4$ года. Среднее количество перенесенных приступов к моменту осмотра было равным $14,5 \pm 6,2$. Среднее количество госпитализаций составило $14,5 \pm 5,8$.

Распределение по клиническим формам заболевания показало, что преобладали больные с параноидной формой (51 человек – 42,5%), с простой формой шизофрении – 32 человека (26,7%), с кататонической – 11 человек (9,17%), с гебефренической – 11 человек (9,17%), с недифференцированной формой – 15 человек (12,5%).

Наличие и отсутствие медикаментозного комплаенса у больных определялось с помощью Шкалы оценки соблюдения режима терапии MARS (Medication Adherence Rating Scale – MARS, Thompson K. and al., 1999). Оценка качества жизни в сфере социальных контактов семейных взаимоотношений обследуемых проводилась согласно «Опроснику оценки социального функционирования качества жизни психически больных» (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1998).

Результаты и обсуждение. Согласно шкале MARS (Thompson K. et al., 1999) среди всех обследуемых выявлено 69 некомплаентных пациентов (57,5% от общего числа) и 51 комплаентный пациент (42,5% от общего числа). Удовлетворенность сложившимся семейным образом жизни была выше в группе комплаентных больных. В ней преобладали больные, преимущественно удовлетворенные своим семейным положением, их было 54,9%, что со статистической значимой достоверностью ($p \leq 0,05$) было больше, чем в группе некомплаентных больных (23,2%). В группе же некомплаентных пациентов преобладали больные, неудовлетворенные и преимущественно неудовлетворенные своим семейным положением: 20,3% и 40,6% соответственно; и тех и других статистически значимо ($p \leq 0,05$) было больше, чем в группе комплаентных. По положению в семье группы имели статистически значимые различия ($p \leq 0,05$). Хотя в обеих группах преобладали пациенты, являющиеся равноправными членами семьи, однако в группе некомплаентных больных их доля (69,6%) была выше, чем в группе комплаентных больных (49%). При этом удовлетворенность своим положением в семье в группе некомплаентных оказалась ниже: 20,3% больных были не удовлетворены и 40,6% больных были преимущественно не удовлетворены. В то время как в группе комплаентных больных их доля составила 3,9% и 19,6% соответственно. Так же пациенты из группы комплаентных высказывались о том, что преимущественно удовлетворены положением в семье (54,9%), а из группы некомплаентных число удовлетворенных было в 2 раза меньше – 23,2%.

Отношения с родственниками в группе комплаентных больных носили преимущественно нейтральный характер, о таком типе отношений сообщили 39,2% больных, их доля была статистически значимо больше по сравнению с группой с некомплаентных больных – 5,8%. В группе некомплаентных больных преобладали конфликтный и не-

устойчивый типы отношений: 34,4% и 36,2% соответственно. При этом по конфликтному типу отношений эта группа статистически значимо преобладала по сравнению с группой комплаентных, в ней больных с конфликтными отношениями оказалось в 4,4 раза меньше (7,8%).

Удовлетворенность характером отношений с родственниками встречалась со статистически значимой достоверностью чаще в группе комплаентных больных, удовлетворенных и преимущественно удовлетворенных отношениями с окружающими больных (47,1% и 23,5% соответственно). В то же время удовлетворенность отношениями с родственниками статистически значимо была ниже в группе некомплаентных больных: преимущественно неудовлетворенных и неудовлетворенных в этой группе выявлено 34,9% и 39,1% соответственно. По характеру отношений с окружающими группы так же имелись статистически значимые различия ($p \leq 0,05$). Так, в группе некомплаентных больных преобладали больные с общим фоном недовольства (44,9%), их было в 2 раза больше, чем в группе комплаентных больных (21,6%). В группе же комплаентных пациентов преобладали больные со спокойным типом отношений (39,2%), причем их было статистически значимо в 3,8 раза больше по сравнению со второй группой (10,1%). Обнаружено, что удовлетворенность характером отношений с окружающими была со статистически значимой достоверностью выше в группе комплаентных больных, отметивших удовлетворенность и преимущественную удовлетворенность отношениями с окружающими (17,4% и 44,9% соответственно). Вместе с тем удовлетворенность отношениями с родственниками со статистической значимостью оказалась ниже в группе некомплаентных больных. Так, преимущественно неудовлетворенных и неудовлетворенных пациентов в этой группе зарегистрировано 62,7% и 29,4% соответственно. В группе комплаентных больных преобладали пациенты, сообщившие, что преимущественно не удовлетворены широтой круга общения – 41,2%. И напротив, в группе некомплаентных больных преобладали пациенты, высказавшие мнение, что преимущественно удовлетворены широтой круга общения (49,3%). Однако статистически значимые достоверные различия между группами отсутствовали.

Заключение. Полученные результаты показывают, что комплаентные больные с диагностированной шизофренией испытывают большую удовлетворенность сферой социальных контактов и объективно в более высокой степени адаптированы в сфере семьи и взаимоотношений с окружающими по сравнению с некомплаентными больными шизофренией.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУСТВУЮЩИМ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Дубровская В.В., Мальцева Ю.Л.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

В последнее время большое внимание в психиатрии исследователями уделяется изучению нежелательных явлений в ходе психофармакотерапии. При шизофрении данной проблеме отводится особая значимость, так как антипсихотическая терапия является основой оказания медицинской помощи, а лечение направлено не только на купирование острых состояний, но и на предупреждение рецидивов, улучшение качества жизни и обеспечение психосоциальной реабилитации, поэтому является продолжительным. В исследованиях последних лет среди других нежелательных явлений нейролептической терапии показана высокая частота встречаемости метаболического синдрома (МС) у больных шизофренией. При этом характер обменных процессов у пациентов позволяет говорить об особой предрасположенности страдающих данным психическим расстройством к развитию метаболических нарушений [Незнанов Н.Г. и др., 2013; Полякова О.М. и др., 2014]. Распространенность МС при шизофрении является высокой [Koronen H.J. et al., 2010], хотя результаты различных исследований по данному вопросу весьма разнятся между собой. Например, частота встречаемости метаболического синдрома у больных шизофренией по приводимым S. Eskelinen et al. [2015] данным, в 2 раза выше, чем в общей популяции, и наблюдается у 58,7% больных. Большую часть нежелательных эффектов антипсихотической терапии можно прогнозировать ещё на раннем этапе лечения больных с оценкой предполагаемого терапевтического эффекта от препарата и значимости того или иного побочного действия.

С целью уменьшения риска развития метаболических нарушений, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета второго типа у больных шизофренией тактика подбора и назначения антипсихотических препаратов должна базироваться на принципах персонализированной терапии с учетом различных клинико-динамических и конституциональных характеристик (особенно эндокринной predisposition) пациентов. Рекомендуется проводить динамические клинико-биологические методы обследования как до назначения психофармакотерапии, так и в её процессе. Имеются в виду психометрические, биохимические, гормональные, антропометрические и физикальные способы оценки с обязательным определением веса и роста пациента,

окружности талии, индекса массы тела, проведение неинвазивной биоимпедансометрии и калиперометрии с целью уточнения состава жировой компоненты тела больного, показателей глюкозы крови, липидного спектра и артериального давления. Если у больных развиваются метаболические нарушения (например, увеличение массы тела, артериального давления, уровня глюкозы или липидов), после начала антипсихотической терапии следует рассмотреть перевод пациентов на лечение атипичными антипсихотиками с низким риском развития данных нарушений – zipрасидон или арипипразол [Ли Ю.С. и др., 2014]. Способы коррекции повышенного артериального давления, уровня глюкозы или липидов также должны быть по возможности рассмотрены врачом-интернистом в случаях, когда это будет необходимо. Таким образом, должна проводиться мультидисциплинарная оценка психиатрического и соматического состояний.

Положительный эффект в ведении случаев с шизофренией может оказать внедрение образовательных программ для пациентов и их родственников, ориентированных на формирование здорового образа жизни, необходимость отказа от вредных привычек, важность физической активности, а также информирование о факторах риска обменных нарушений и сердечно-сосудистых заболеваний.

Программы социальной поддержки больных шизофренией должны включать предоставление больным рекомендаций по рациональному питанию и привлечение больных к занятиям физической культурой, в том числе в период их пребывания в стационарах.

На основе литературных данных и результатов собственных исследований нами разработаны и внедрены психотерапевтические программы, в которые включаются пациенты с шизофренией с сопутствующим МС, получающие психофармакотерапию, а также пациенты, только начинающие принимать атипичные нейролептики с целью профилактики набора веса и развития метаболических нарушений.

На начальном этапе проводится информирование пациентов о механизмах действия антипсихотических препаратов, нежелательных явлениях терапии, выборе в пользу их приема, несмотря на нежелательные явления, обсуждаются механизмы набора веса и принципы рационального питания. Часть сессий проводится совместно с родственниками пациентов для формирования «семейных» привычек рационального питания, организации совместно с психотерапевтом режима питания, выбора продуктов, особенностей приготовления еды с выполнением домашних заданий. Проводится обучение навыкам осознанного питания, правильному распознаванию чувства аппетита, голода, насыщения, переедания.

Особое значение придается роли физической активности, соблюдению режима сна и бодрствования в поддержании веса. Проводится работа с «желанием переест» по методикам выявления и устранения триггеров, «серфинг» над данным желанием и альтернативное действие. В процессе терапии осуществляется еженедельный контроль веса с проведением неинвазивной биоимпедансометрии, составление дневника питания с регистрацией уровня физической активности.

Заключение. Персонализированная терапия больных шизофренией и сопутствующим метаболическим синдромом должна носить комплексный характер. Учитывая длительность антипсихотического лечения при шизофрении, важным является правильный подбор базисного препарата с минимальным риском развития метаболических нарушений. Психотерапевтические программы также могут быть эффективны у данной группы пациентов.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ АЛТАЙСКОГО КРАЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НАСЕЛЕНИЕМ

Егорова Н.М., Осипова Н.В., Ятченко Е.В.

**КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»,
Барнаул, Россия**

На сегодняшний день, несмотря на наметившуюся тенденцию к стабилизации, наркологическая ситуация в Алтайском крае продолжает оставаться напряженной. Хотя показатель учтенной распространенности наркологических расстройств по Алтайскому краю постепенно снижается (на 8,4% – с 1919,5 на 100 тыс. населения края в 2016 г. до 1752,3 на 100 тыс. населения края в 2018 г.), он всё же на 14,9% превышает аналогичный показатель как по Российской Федерации (1524,6 на 100 тыс. населения), так и по Сибирскому федеральному округу на 19,2% (1469,7 на 100 тыс. населения). Спектр психоактивных веществ (ПАВ), становящихся объектом потребления среди населения и в Российской Федерации в целом и в Алтайском крае постоянно расширяется, в связи с чем актуальность профилактической работы в настоящее время обозначилась ещё четче. Стратегия государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г., утвержденная Указом Президента РФ от 09.06.2010 г. № 690, определила генеральной целью сокращение немедицинского потребления наркотиков, масштабов последствия их незаконного оборота для безопасности и здоровья личности, общества и государства.

Достижению генеральной цели Стратегии способствует сокращение спроса на наркотики путем совершенствования профилактической, лечебной и реабилитационной работы наркологической службы. Работа ведется в соответствии с планом мероприятий по созданию государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков и совершенствованию системы наркологической медицинской помощи и реабилитации больных наркоманией на 2012–2020 гг., утвержденным распоряжением Правительства РФ № 202-р от 14.02.2012 г. Аналогичные цели ставят нормативные документы по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ, противодействию распространению табакокурения. Работа по первичной и вторичной профилактике потребления ПАВ в Алтайском крае направлена, с одной стороны, на сокращение спроса на них, с другой – на удлинение ремиссий, реабилитацию и ресоциализацию зависимых лиц.

Профилактическая работа в крае ведется и на межведомственном уровне в формате межведомственных профилактических акций (в рамках всероссийских): «Призывник», «Родительский урок», «Всемирный День здоровья», «Всемирный День без табака», «Международный день борьбы с наркотиками, незаконным оборотом наркотиков и алкоголизмом», «Всемирный день отказа от курения», «Всероссийский день трезвости». Специалисты наркологической службы края реализуют такую форму межведомственной профилактической работы как «Единые дни профилактики», молодежная социально-информационная акция «Неделя адаптации первокурсников», месячник «За здоровый образ жизни», работа тематического транспорта «Трамвай здоровья».

Медицинская профилактика является одной из приоритетных задач модернизации медицинской службы. За 2018 г. проведено 14 обучающих семинаров для специалистов наркологической службы, а также врачей кабинетов медицинской профилактики, педиатров, терапевтов по вопросам профилактики наркомании и алкоголизма с целью внедрения технологий раннего выявления несовершеннолетних, относящихся к группе риска.

В рамках реализации информационно-пропагандистской кампании «Алтай против наркотиков» при участии КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» разработана и выпущена полиграфическая продукция – календарь «Я выбираю жизнь», написан сценарий и снят антинаркотический профилактический видеofilm «Непридуманная история», антинаркотический профилактический видеofilm для родителей «Опасность, которая рядом», организована демонстрация данного видеofilmа в образовательных организациях Барнаула.

В рамках реализации регионального проекта «Мужское здоровье» специалистами краевого наркологического диспансера подготовлена видеолекция для «Мед-ТВ», которая использована для просмотра в холлах медицинских учреждений края.

В рамках года добровольца проведено 23 практических семинара (обучающий семинар для волонтеров, акции «Снежный десант», семинар-тренинг по основам антинаркотической работы в молодежной среде» в рамках Международного молодежного управленческого форума «АТР-2018. Алтай. Точки Роста»). Волонтерами ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России организованы мероприятия в отделении для лечения детей и подростков: спектакль в режиме «Форум театра», общая зарядка «Беги за мной, Алтай», мини-тренинги. Совместно с участниками волонтерского движения в Барнауле и Рубцовске организована и проведена антинаркотическая акция «Чистый город», направленная на выявление и уничтожение рекламы сайтов автоматических продаж наркотических средств в жилом секторе Рубцовска. С целью проведения спортивных мероприятий с участием негосударственных реабилитационных центров и групп само- и взаимопомощи наркозависимых сотрудники КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» совместно с Ассоциацией реабилитационных центров «Здоровая Сибирь» приняли участие в организации турниров по боулингу, волейболу, футболу.

За 2018 г. с целью получения консультативно-лечебной помощи от табакокурения к специалистам наркологической службы Алтайского края обратилось 4067 человек. Мотивационная, лечебная помощь оказана 1796 обратившимся. Находятся в ремиссии 826 человек (46%). Подробная информация по вопросам табакокурения предоставляется населению по «Телефону Доверия». За 2018 г. поступило 96 звонков по рассматриваемой проблеме. В 2018 г. специалистами наркологической службы проведены мероприятия в рамках «Всемирного дня без табака» совместно с сотрудниками КГБУЗ «Центр медицинской профилактики», волонтерами ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет». Организация мероприятий включает в себя мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, раздачу памяток и листовок, демонстрацию видеороликов, консультации специалистов, запуск трамвая «Время быть здоровым!».

Регулярно проводятся обучающие семинары по вопросам пропаганды здорового образа жизни для специалистов по работе с молодежью. В последнее время рассматриваются вопросы профилактики потребления электронных сигарет. Огромное внимание уделяется профилактике табачной зависимости среди подростков «группы риска». На

постоянной основе в городах и районах Алтайского края проводятся видеолектории, мини-тренинги и психотерапевтические беседы в детских домах, социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних, центрах временного содержания несовершеннолетних правонарушителей, подростковых клубах на базе комплексных социальных центров, в отделах инспекции по делам несовершеннолетних. На базе медико-реабилитационного центра для детей и подростков «Родник» краевого наркологического диспансера проведено 87 видеолекторий и мини-тренингов с участием 696 человек для профилактики развития табачной зависимости подростков «группы риска».

В рамках приоритетного проекта «Мужское здоровье», реализуемого в 2018 г. Министерством здравоохранения Алтайского края, специалистами КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» создана и размещена на сайте «Краевой центр медицинской профилактики» видеолекция по пагубному влиянию психоактивных веществ, в том числе табака на развитие сопутствующих заболеваний у мужчин. Лекция рекомендована для просмотра в поликлиниках и больницах городов Алтайского края. В Барнауле специалисты КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» совместно с КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики» приняли участие в пропагандистской акции «Трамвай здоровья». Специалистами КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» организованы пресс-конференция с участием главного нарколога Алтайского края, главного токсиколога Барнаула, главного врача краевого центра медицинской профилактики; «Интервью дня» на Краевом информационном телеканале «Катунь 24», выступление заведующей круглосуточным отделением для лечения детей и подростков на Радио «Маяк».

На базе медико-реабилитационного центра для детей и подростков «Родник», «Центр временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей» проведены мини-тренинги для подростков «группы риска». В ходе социальной акции «Неделя адаптации» для первокурсников КГБПОУ «Алтайский архитектурно-строительный колледж», КГБПОУ «Барнаульский лицей железнодорожного транспорта», КГБПОУ «Алтайский государственный колледж» и КГБПОУ «Алтайская академия гостеприимства» освещены правовые и социальные последствия табакокурения.

Таким образом, в целях снижения потребления населением Алтайского края психоактивных веществ и ведения здорового образа жизни профилактическими мероприятиями в 2018 г. охвачено более 200 тысяч жителей края.

ПОИСК АССОЦИАЦИЙ МЕЖДУ ДЕПРЕССИВНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И КАЧЕСТВОМ СНА У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ефремов И.С.¹, Насырова Р.Ф.³, Юлдашев В.Л.¹,

Асадуллин А.Р.^{1,2,3}, Ахметова Э.А.^{1,2,3}

¹ **ФГБОУ ВО «Башкирский государственный**

медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия

² **Республиканский наркологический диспансер № 1 МЗ РБ,**

Уфа, Россия

³ **ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия**

Нарушения сна при алкогольной зависимости продолжают оставаться одной из нерешенных проблем в современной наркологии. Некоторые авторы (Полужтков М.Г. и др., 2015) называют алкоголизм психическим расстройством, ассоциированным с нарушениями сна, и указывают на негативное влияние приема алкоголя даже в малых дозах на систему сна и бодрствования, выражающееся в инсомнии, дневной сонливости, сокращении времени сна, раннем пробуждении и др. Ряд зарубежных ученых связывают указанные нарушения с изменениями обмена мелатонина, происходящими при приеме алкоголя. Было выявлено, что концентрация мелатонина снижается как при абстинентном синдроме (Fonzi S. et al., 1994), так и после прекращения употребления, не менее 3 недель (Stevens R.G. et al., 2000).

Также опубликованы данные об инверсии циркадных ритмов у некоторых лиц с алкогольной зависимостью (Danel T. et al., 2009). В 2011 г. другим коллективом авторов (Peres R. et al., 2011) экспериментально подтверждено изменение суточного мелатонина, а именно снижение его концентрации в ночное время у крыс после употребления 10% алкоголя в течение 35 дней. У людей, не страдающих алкоголизмом, при преднамеренной депривации сна повышается содержание мелатонина в плазме крови (Honma A. et al., 2019)

Под качеством сна в нашем исследовании мы понимаем собирательное понятие, включающее в себя ряд компонентов, характеризующих сон пациента. Другим нарушением, связанным с алкогольной зависимостью, является депрессивный синдром. В зарубежных публикациях принято делить депрессивные нарушения, вызванные употреблением алкоголя, которые самостоятельно купируются спустя несколько недель после прекращения потребления, и депрессивные нарушения, предшествующие употреблению алкоголя (Maj M. et al., 2008; Nunes

E.V. et al., 2006). Независимо от причины возникновения депрессивного синдрома данное состояние является крайне опасным, так как ассоциировано с риском возникновения суицидального риска (суицидальное поведение, антивитаальные мысли) у лиц с хронической алкогольной зависимостью (Sullivan E. et al., 2005). На исследовательской выборке, включавшей 500 человек, показано, что лица, рано начавшие употреблять алкоголь и имеющие симптомы депрессии, подвержены риску возникновения суицидальных мыслей (Wolford-Clevenger C. et al., 2019).

Целью пилотного исследования является установление характера ассоциаций между выраженностью депрессивных нарушений и качеством сна у лиц с хронической алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Методом случайного отбора в исследование были включены 71 пациент, постоянно проживающие в Республике Башкортостан (РБ) и проходившие курс стационарной терапии в Республиканском наркологическом диспансере № 1 г. Уфы в феврале – марте 2019 г. Критерии включения в исследование: наличие верифицированного диагноза F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; подписанное пациентом информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие на момент исследования приема препаратов, влияющих на качество и продолжительность сна, а также дневную сонливость. По половому составу выборка распределилась следующим образом: 21% пациентов (15/71) женского пола, 79% (56/71) – мужского пола. Возраст обследуемых варьировал от 23 до 55 лет (средний возраст составил $41,3 \pm 8,66$ года, медиана – 41).

Для достижения поставленной цели были использованы методы клинического интервьюирования, психодиагностический метод. Для определения выраженности депрессивных нарушений применялась Шкала оценки депрессии Монтгомери–Асберга (MARDS) – признанная клиническая методика с высоким уровнем надежности и валидности (Montgomery S.A., Asberg M.A., 1979). Для определения качества сна был использован Питсбургский самооценочный опросник индекса качества сна (PSQI), который позволяет оценить 7 компонентов, характеризующих качество сна: субъективное качество сна, трудности засыпания, продолжительность сна, эффективность сна, использование медикаментозных средств с целью уснуть, дневная сонливость, а также общее качество сна (Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R., Kupfer D.J., 1989). По результатам исследования выявлено, чем ниже показатель по каждому компоненту и общий глобальный показатель, тем выше качество сна интервьюируемого.

Для статистической обработки данных были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Статистическая обработка результатов проводилась методами непараметрического анализа ($p \leq 0,05$). Выбор непараметрических методов обусловлен отличным от нормального распределением части количественных переменных в выборке, а также относительно небольшим количеством наблюдений в группах.

Результаты. Для определения характера ассоциаций выраженности депрессивных проявлений и качества сна был применен метод ранговой корреляции по Спирмену. В ходе статистической обработки данных были выявлены следующие корреляционные связи. Выраженность депрессии по шкале MARDS положительно коррелирует с компонентами PSQI: субъективное качество сна ($r=0,32$), продолжительность сна ($0,24$), использование медикаментозных средств для сна ($r=0,27$), дневная сонливость ($r=0,25$), общий результат по шкале PSQI ($r=0,36$).

Выводы. Было установлено, что выраженность депрессивных проявлений у лиц с алкогольной зависимостью коррелирует с качеством сна. Чем ниже качество сна пациента, тем более выражены депрессивные переживания. При этом мы не можем указать, связаны ли качество сна и депрессивные проявления напрямую или являются независимыми проявлениями хронической алкогольной зависимости. Полученные результаты позволяют спланировать дальнейшие исследования нарушений сна у лиц, страдающих хронической алкогольной зависимостью. Несмотря на пилотный характер проведённого исследования, результаты позволяют рекомендовать клиницистам обращать большее внимание на нарушения сна у пациентов с целью профилактики депрессивного состояния и связанного с ним суицидального поведения.

АДАПТИВНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА КАК СРЕДСТВО КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Зезуль В.С.

МАДОУ «Детский сад № 13», Томск, Россия

Значимость двигательной активности и физического воспитания для детей дошкольного возраста переоценить невозможно: оно не только оказывает огромное влияние на здоровье ребенка, но и способствует его всестороннему развитию. Важную роль в развитии физического образования играет адаптивное физическое воспитание. В настоящее время количество детей с ограниченными возможностями в состоянии здоровья, в том числе с отклонениями в психическом развитии, неуклонно растет.

Наше учреждение в настоящее время посещают 11 дошкольников, имеющих статус ребенка-инвалида, а также 25 детей с ограниченными возможностями в состоянии здоровья. Ситуация обуславливает необходимость создания специальных условий для обучения, лечения и оздоровления детей, а также организации такой модели воспитательно-образовательного и лечебно-реабилитационного типа, в котором создаются условия, обеспечивающие формирование полноценной личности ребенка с проблемами в развитии, способной обрести свое место в мире здоровых людей. Наиболее распространенные способы реабилитации детей с нарушениями в развитии и инвалидов часто сводятся к применению медикаментозной терапии. К сожалению, такими методами не всегда удается добиться полноценной реабилитации данной категории детей. Занятия адаптивной физической культурой стимулируют детей с особыми образовательными потребностями не прекращать использование физических упражнений.

Для данной категории детей автором статьи (как инструктором-методистом с педагогическим и медицинским образованием) составляется план коррекционных и реабилитационных мероприятий на конкретный вид двигательных нарушений. На каждого ребенка совместно со специалистами разрабатываются индивидуальный образовательный маршрут и индивидуальная адаптированная образовательная программа занятий на учебный период.

Индивидуальная траектория физического развития связана с профилактической, коррекционной, оздоровительной частями программы, учитывающей особенности всех детей, но в большей мере направленной на удовлетворение специальных образовательных потребностей детей с ОВЗ. По индивидуализации физических нагрузок для воспитанников нашего ДОО разработана оптимизация двигательной деятельности с учетом диапазона возможностей для каждого ребенка. Для этого в начале и в течение учебного года совместно с медицинскими работниками составляются списки детей для адекватных индивидуальных дифференцированных физических нагрузок. Применение комплекса реабилитационных мер влечет за собой повышение уровня развития координационных способностей, укрепление вестибулярного аппарата, двигательной памяти, внимания, других психических процессов, что способствует реабилитации ребенка в целом. Своевременное коррекционное вмешательство с помощью адаптивной физической культуры позволяет в значительной степени улучшить общее состояние, способствует успешной коррекции нарушений в развитии, воспитания и обучения, социальной адаптации и интеграции в общество детей с ограниченными возможностями.

В АФК акцент делается как на физическое развитие ребенка, так и на всестороннее развитие и совершенствование интеллектуальной эмоционально-волевой, психической и других сфер в процессе занятий физическими упражнениями. Объектом коррекционной работы являются особые дети, имеющие комплексный характер нарушений в физическом, психическом, интеллектуальном развитии. В задачи индивидуальных адаптированных программ входят нормализация физического состояния и коррекция механизмов психической защиты, раскрытие резервных возможностей организма, предупреждение отставания в психомоторном развитии через развитие координации движений. Ведущим в АФК для детей с нарушениями в развитии является коррекционно-развивающее направление. Разделы программ по адаптивному физическому воспитанию дошкольников содержат корригирующие упражнения, психогимнастику для мозга, дыхательные упражнения, кинезиологию, упражнения для релаксации.

Принципиальной новизной в своей работе с детьми с различными отклонениями в состоянии здоровья обладает инновационная образовательная технология с использованием биологической обратной связи (БОС). Это новый безлекарственный метод исправления нарушений функций организма с использованием электронных приборов, регистрирующих и преобразующих информацию о состоянии органов и систем человеческого организма в доступные пониманию зрительные и слуховые сигналы. БОС – это технология здоровья XXI века, так как она предполагает активное отношение человека к формированию собственного здоровья, дает возможность научиться управлять своим организмом. Метод БОС позволяет учитывать индивидуальные особенности организма, дозированно подбирать каждому ребенку нагрузку для тренировки, контролировать эффективность её выполнения в ходе работы и использовать мультимедийные возможности компьютерной технологии БОС, обеспечивая высокую заинтересованность и нестандартность проведения оздоровительной работы. Инновационные образовательные технологии по биологической обратной связи позволяют выработать навык правильного дыхания, что способствует коррекции психоэмоционального состояния, концентрации внимания, памяти, а также помогает снизить уровень заболеваемости.

За основу физического развития в нашем ДОУ мы используем программу Н.Н. Ефименко «Театр физического воспитания и оздоровления дошкольников». Игровой, сказочный сценарий театрального действия вызывает у ребенка восприятие физических упражнений как чего-то интересного, необычного, привлекательного и ненавязчивого занятия.

Театр, сказка, игра оказывают существенное влияние на качество образовательного процесса и тем самым на общий результат, приближая ребенка к достижению целевых ориентиров, сформулированных во ФГОС. Авторская программа содержит новые инновационные, методические подходы в физкультурно-оздоровительной работе с детьми в ДОУ, которые во многом отличаются от традиционных методик. Физическое развитие в данной программе – лично ориентированная инновационная образовательная область. Содержание и авторский эволюционный метод максимально отражают общие биологические, природные закономерности развития ребенка, обеспечивают возможность построения индивидуальной траектории физического развития для каждого ребенка с учетом широкого диапазона возможностей у детей, находящихся в одном возрастном периоде.

Комплексная реабилитация дошкольников с особыми образовательными потребностями обеспечивает физическое, познавательное, коммуникативное, психическое развитие детей для их дальнейшей успешной интеграции в массовую школу.

Литература

1. Актуальные вопросы физической культуры и спорта : материалы IX Всероссийской научно-практ. конф. (30–31 марта 2006 г.) / [редкол.: С.Б. Нарзулаев – отв. ред. и др.]. – Томск : Томский гос. пед. ун-т, 2006. – 419 с.
2. Ефименко Н.Н., Мога Н.Д. Программа «Адаптивное физическое воспитание и оздоровление дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата». – Одесса, 2013.
3. Сметанкин А. Здоровье на 5+. – СПб.: «Биосвязь», 2007. – 160 с.
4. Сметанкин А., Межевалов А. Будь здоров, малыш. – СПб.: «Биосвязь», 2008.

ЛИЧНОСТНЫЕ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, ПОДВЕРГШИХСЯ НАСИЛИЮ В СЕМЬЕ

Зуева А.В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, Республика Беларусь

Нами проведено исследование личностных, социальных и психологических особенностей женщин, подвергшихся насилию в семье, а также анализ биосоциального статуса жертв насилия в семье. Были исследованы уровень личностной тревожности женщин, подвергающихся насилию; уровень их депрессивного состояния на момент исследования; уровень субъективного контроля жертв насилия в различных жизненных ситуациях.

Объектом исследования послужила выборка, состоящая из 31 женщины, пострадавшей от насилия в семье, в возрасте от 24 до 45 лет. Все они занимали различное социальное положение и обратились за помощью в территориальный центр социального обслуживания населения г. Луницца Брестской области. Контрольная группа была сформирована из 31 женщины, никогда не подвергавшихся насилию в семье, в возрасте от 22 до 48 лет.

Предположительная гипотеза. Женщины, которые подвергались насилию в семье, принадлежат к различным социальным категориям, различного возраста, отличаются повышенным уровнем личностной тревожности, склонны к депрессивному состоянию, имеют личностные особенности.

Результаты. Высшее образование в основной группе имеют 11 женщин, среднее специальное – 18, среднее – 2; в контрольной группе высшее образование – у 10 женщин, среднее специальное – у 20, среднее – у 1. Различий в возрасте и социальном положении в сравниваемых группах не установлено. Следовательно, жертвами насилия в семье становятся женщины из самых различных слоев населения, независимо от занимаемого социального статуса. Проанализировав результаты исследования, мы можем констатировать, что суть отличительных расхождений между двумя группами исследуемых женщин заключается в наличии или отсутствии в их семьях насилия по отношению к ним.

Ситуация насилия в семье в значительной степени способствует повышению личностной тревожности у женщины. Уровень реактивной тревожности, чувство ответственности и внимание к мотивам деятельности не зависят от того, испытывает женщина насилие или нет. Ситуация насилия в семье способствует возникновению депрессивного состояния. Женщины, подвергающиеся насилию в семье, в значительно меньшей степени чувствуют, что могут влиять на значимые события в их жизни по сравнению с женщинами, живущими в браке счастливо. У женщин, подвергающихся насилию в семье, на момент обследования в целом преобладает астеническое настроение. Для женщин, подвергающихся насилию в семье, мотивация одобрения весьма существенно влияет на качество взаимоотношений с другими людьми вообще и со своим спутником жизни в частности, в отличие от женщин, не страдающих от насилия. Для женщин, подвергавшихся насилию, в большей степени характерны внутренняя конфликтность представлений о себе, ранимость и впечатлительность, застенчивость, неуверенность в своих силах, молчаливость, склонность все усложнять, озабоченность, пессимистичность в восприятии действительности, беспокойство о будущем, ожидание неудач, вялость и чрезмерная чопорность.

Таким образом, женщины, подвергающиеся насилию в семье, различного социального положения и возраста, с повышенным уровнем личностной тревожности, склонные к депрессивному состоянию, неуверенные в себе, с недостаточным самоконтролем, не способные придерживаться принятой линии поведения, зависят от внешних обстоятельств и оценок с высоким уровнем мотивации одобрения.

СПЕЦИФИКА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Зуйкова А.А.¹, Ерофеева М.А.²

¹ **Государственный социально-гуманитарный университет, Коломна, Россия**

² **Московский университет МВД России им. В.Я. Кикотя, Москва, Россия**

Реабилитация наркозависимых лиц в условиях специализированных центров представляет собой сложный процесс, включающий ряд компонентов. Одной из таких составляющих является оценочная часть, которая позволяет выявлять эффективность процесса реабилитации как на всем его протяжении, так и на его завершающих этапах. Анализ литературы последних лет, посвященной изучению оценки эффективности реабилитационного процесса зависимых лиц, показывает, что в большинстве случаев результаты, полученные исследователями, несопоставимы между собой. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах авторов к пониманию ими целей, задач и механизмов реабилитационного процесса, но и недостаточно четкое определение критериев эффективности, а следовательно, не в полной мере обоснованный выбор изучаемых переменных.

Так, например, в отечественной наркологии в настоящее время наиболее часто используемым показателем успешности реабилитации является стойкость, длительность и качество достигаемых ремиссий (Гузиков Б.М., Риббшлегер М., Ерышев О.Ф., 1989; Иванец Н.Н., 1999; Рыбакова Т.Г., 2002; Евдокимов В.И., Цветкова Т.Н., 2007; Винникова М.А., 2009). В научной литературе довольно часто встречаются такие определения, как «формирование ремиссии», «стабилизация ремиссии», «этап становления ремиссии», «длительные ремиссии» и др., однако важно отметить, что определение данного понятия, границы этапов и их длительность понимаются весьма условно, нет четких, клинических определений, отсутствуют общий методологический подход и систематика имеющихся научных наблюдений.

Кроме того, наряду с вышеуказанным подходом, эффективность реабилитации рассматривают через оценку реабилитационного потенциала зависимого. Согласно данному подходу, реабилитационный потенциал – это диагностическая комплексная оценка, позволяющая получить достоверный медицинский прогноз о возможности больного человека приводить в действие биологические и социально-психологические резервы, мобилизовать реституционные, компенсаторные и адаптивные процессы и другие механизмы, лежащие в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса и положения в обществе (Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А., 2001; Кошкина Е.А., Борисова Е.В., 2008; Дубинина Л.А., 2012). Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного развития и социальном статусе больных, в результате чего присваивается высокий, средний или низкий уровень реабилитационного потенциала.

Несомненно, определение конкретного уровня реабилитационного потенциала позволяет решать проблему формирования однородных реабилитационных групп, однако процедура определения данного уровня предполагает комплексную, в том числе и медицинскую, оценку, что не представляется возможным в условиях реабилитационных центров, не имеющих медицинской лицензии. Таким образом, в немедицинских (психологических) реабилитационных центрах для наркозависимых лиц отсутствует разделение наркологических больных по уровням реабилитационного потенциала, что приводит к определенному обезличиванию больных и нарушению принципа дифференцированной и индивидуальной работы.

На наш взгляд, решение данной проблемы возможно через осуществление комплексной оценки ряда психологических показателей, которые могут помочь сформировать представление о прогнозе, о возможности объекта реабилитационного процесса активировать психофизиологические резервы и мобилизовать психологические механизмы, столь необходимые для восстановления его психического, физического и социального здоровья.

Анализ литературы по изучаемой проблеме позволил выявить и описать факторы, которые могут оказывать влияние на успешность реабилитации. Так, в интересах оценки психофизиологических резервов наркозависимого, на наш взгляд, необходимо осуществлять оценку его личностного адаптационного потенциала.

Данное предположение строится на методической платформе многочисленных авторов о том, что снижение уровня психической адаптации личности может вызывать нарушения копинг-функции – механизмов совладения со стрессом, что может проявляться в таких негативных реакциях, как повышенный уровень тревожности, ощущение неуверенности в себе и своих силах, постоянное чувство напряженности, апатия или гнев и т.д. (Selye G., 1936; Аджимолаев Т.Д., 1989; Агаджанян Н.А., Торшин В.И., 1994; Павлов С.Е., 2000; Налчаджян А.А., 2010 и др.). Именно данные негативные реакции зачастую выступают причинами различных форм зависимого поведения. Адекватным диагностическим инструментом для оценки личностного адаптационного потенциала (ЛАП) А.Г. Маклаков считает использование методики «Многоуровневый личностный опросник (МЛО) «Адаптивность», позволяющий оценивать ресурсные возможности психики, обнаруживая и описывая один из четырех уровней ЛАП.

Следующий фактор, который необходимо учитывать при оценке реабилитационного потенциала наркозависимого, это детско-родительские отношения. Семья является главным институтом социализации личности, возникающие в ней различные негативные факторы оказывают влияние на успешность протекания процесса социализации, что в свою очередь может привести к формированию девиантного поведения, одним из проявлений которого выступает аддиктивное (зависимое поведение). К таким негативным факторам относят тяжелое материальное положение семьи, неполную семью, деструктивные отношения между родителями, наличие судимых членов семьи, аддикции родителей, различные виды притеснения ребенка в семье и т.д. Исследователями доказано, что, несмотря на внешнее благополучие семьи, определенные типы семейных отношений так же влияют на формирование наркозависимости, а именно гипоопека или гиперопека над ребенком, использование подростка для манипуляции и давления супругами друг на друга, как «психологической» мести и др. (Д. Боулби, Л.И. Божович, Ф. Траутманн, Ю.В. Валентик, Т.Н. Дудко, А.Е. Логунцева, Н.И. Зенцова и др.). Учет данного фактора необходим, поскольку среда, в которую после проведенной реабилитации пациент вернется вновь, будет оказывать влияние на стойкость и продолжительность ремиссии. Для оценки детско-родительских отношений существует ряд общепринятых методов, в частности методика «PARI E. Шеффера и Р. Белла» (в адаптации Т.В. Нещерет), различные варианты методики «Незавершенные предложения», методика Р. Жилия, методика «Рисунок семьи», опросник родительских отношений Варги–Столина, опросник эмоциональных отношений в семье Е. И. Захаровой и др.

Еще один важный фактор, позволяющий, по нашему мнению, оценить реабилитационный потенциал наркозависимого, – это мотивация пациента к реабилитации (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 2005; Должанская Н.А., 2009; Колпаков Я.В., 2011; Бузина Т.С., 2015; Зенцова Н.И., 2015; Nosyk V. et al., 2014; Ferreira A.C. et al., 2015). Оценку данного фактора возможно проводить при помощи диагностической методики И.Л. Соломина «Психосемантическая диагностика скрытой мотивации».

Следующий фактор, оценка которого может входить в систему оценки реабилитационного потенциала наркозависимого, – это уровень его духовно-нравственного развития. Оценка данного фактора связана с диагностикой ценностно-смысловой сферы личности зависимого, его морально-нравственных ориентиров. Для создания ценностно-смыслового пространства и картины мира пациента возможно использование нескольких диагностических методик: «Репертуарные решетки» Дж. Келли (1954), «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах» (УСИД) Е.Б. Фанталовой (2001), «Ценностные ориентации» М. Рокича (1968).

Изучение реабилитационного потенциала наркозависимого предполагает различные степени оценки: высокий уровень, средний и низкий.

Обсуждение результатов. Мониторинг, который осуществлялся в течение года (сентябрь 2017 г. – октябрь 2018 г.) показал, что у пациентов с высоким уровнем адаптационного потенциала наблюдается стойкая ремиссия, 2 пациента стали ведущими терапевтических групп. У пациентов со средним реабилитационным потенциалом отмечалась высокая степень включения в реабилитационный процесс, зарегистрированы высокий процент длительной ремиссии (88% – 22 пациента) и низкий процент срыва и ухода из реабилитационного центра (12% – 3 пациента). Для группы пациентов с низким реабилитационным потенциалом характерны постепенное увеличение активности включения в реабилитационный процесс, высокий процент ухода из реабилитационного центра на начальных этапах реабилитации и возвращение к употреблению ПАВ (40% – 5 человек). Анализ полученных данных позволяет сделать вывод о возможности прогнозирования эффективности реабилитационного процесса наркозависимых лиц на основе оценки их реабилитационного потенциала, что в свою очередь будет способствовать дифференциации наркологических больных и персонализации реабилитационных программ.

Проведенное исследование позволило сформулировать нам ряд выводов:

1. В условиях немедицинских (психологических) реабилитационных центров для наркозависимых лиц отсутствует разделение наркологических больных по уровням реабилитационного потенциала, что приводит к определенному обезличиванию больных и нарушению принципа дифференцированной и индивидуальной работы.

2. Для решения задач по прогнозированию эффективности реабилитационного процесса наркозависимых лиц, а также его индивидуализации необходимо осуществлять оценку реабилитационного потенциала наркозависимого.

3. В структуру оценки реабилитационного потенциала наркозависимых лиц в условиях психологического реабилитационного центра необходимо включить такие факторы, как оценка личностного адаптационного потенциала, диагностика детско-родительских отношений, мотивации на излечение, а также ценностно-смысловой сферы наркозависимого.

4. Изучение реабилитационного потенциала наркозависимого предполагает различные степени оценки: высокий уровень, средний и низкий, что дает возможность как прогнозирования эффективности реабилитационного процесса, так и дифференциации наркологических больных и персонификации реабилитационных программ.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАТТЕРНЫ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Игумнов С.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

Цель исследования – разработка системы комплексных мер профилактики аддиктивного поведения молодежи и его последствий

Задачи исследования: 1) выявить негативные психосоциальные последствия реализации формирующегося аддиктивного поведения (употребление с вредными последствиями «новых психоактивных веществ» – синтетических каннабиноидов, синтетических катинонов), развившегося на фоне алекситимических особенностей личности; 2) осуществить сбор эмпирических данных (факторов развития алекситимии в молодежной среде) в соотнесении с особенностями аддиктивного поведения; 3) разработать практические рекомендации по профилактике аддиктивного поведения современной молодежи и его последствий.

Материал и методы. Проведены социально-демографические, биографические, экспериментально-психологические, клинико-психопатологические исследования и изучены предикторные факторы формирования аддиктивного поведения в когорте лиц 15–24-летнего возраста.

Дизайн проекта – мультицентровое аналитическое кроссекционное исследование с применением методов наблюдения и «случай – контроль». Проведена рандомизация обследуемых лиц в количестве 150 человек в возрасте 15–24 лет на 3 группы: 1) основную (лица с наличием склонности к систематическому употреблению «новых» ПАВ – синтетических каннабиноидов, синтетических катинонов) (ОГ); 2) группу сравнения (лица из группы риска по развитию «нехимических» форм зависимости (интернет-аддикции) (ГС); 3) контрольную группу (представители молодежи, характеризующиеся нормативным поведением, не имеющие аддикций и девиантного поведения) (КГ). Уточнены критерии включения и исключения (лица с тяжелым органическим поражением ЦНС; с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии обострения; с наличием алкогольной зависимости; отказавшиеся предоставить информированное согласие на проведение исследования).

Проведено экспериментально-психологическое исследование (во всех указанных группах) посредством адаптированных для русскоязычной популяции психодиагностических методик: опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса; Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-26-R); методика «Диагностика потребности в поисках ощущений (М. Цукерман). Для описания особенностей клинической картины употребления ПАВ с вредными последствиями использовались исследовательские диагностические критерии V раздела (Психические и поведенческие расстройства, кластер F1) МКБ-10.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным результатам исследования способов совладающего поведения, в категории «Поиск социальной поддержки» ОГ, ГС и КГ достоверно различны между собой (вероятность случайного сходства $p=0,036934$, однофакторный дисперсионный анализ, критерий Тьюки, ошибка между $MS=279,13$, $df=147,00$). Выявленные показатели свидетельствуют о значимости поддержки социальным окружением в случае как возникновения зависимости от ПАВ, так и в процессе осуществления лечебно-профилактических и реабилитационных программ. Таким образом, респонденты основной группы имеют более ярко выраженную потребность в нахождении в группе и в получении обратной связи. В то время как участники контрольной группы имеют тенденцию к автономности и готовности к принятию индивидуальных решений.

Согласно полученным результатам по Торонтской Алекситимической Шкале (TAS-26-R), общие суммы баллов ОГ (среднее значение 67,66) и КГ (среднее значение 58,92) достоверно различны между собой, а показатели выраженной алекситимии заметно преобладают в ОГ, что может выражаться в значительных затруднениях в области распознавания и выражения собственных чувств и эмоций, рефлексии, затруднении эмпатии, а также в нарушениях построения эмоционально стабильных отношений с окружающими, что также может быть причиной употребления ПАВ.

В категории «Диагностика потребности в поисках ощущений, общее количество баллов» ОГ и КГ достоверно различны между собой (вероятность случайного сходства $p=0,028773$, однофакторный дисперсионный анализ, критерий Тьюки, ошибка между $MS=6,4812$, $df=147,00$). Зарегистрированные показатели могут характеризовать респондентов из группы риска по аддикции как ищущих новые ощущения, готовых к неоправданным рискам и пр.

Выводы. 1. Лица подросткового и молодого возраста (15–24 лет), склонные к аддиктивному поведению в форме злоупотребления НПАВ, отличаются стремлением к уходу от реальности с помощью химического и нехимического аддиктивного агента и стойкой, сильной эмоциональной фиксации на воздействии, изменившем дискомфортное психическое состояние. 2. У данной категории лиц велика роль поддержки социальным окружением в случае как возникновения зависимости от «новых» ПАВ, так и в процессе осуществления лечебно-профилактических и реабилитационных программ. 3. Среди лиц, употребляющих «новые» ПАВ с вредными последствиями, при сопоставлении с контрольной группой и лицами, склонными к нехимическим формам аддикции, выявлено преобладание проявлений алекситимии, что может выражаться в значительных затруднениях в области распознавания и выражения собственных чувств и эмоций, рефлексии, затруднении эмпатии, а также в нарушениях построения эмоционально стабильных отношений с окружающими. 4. Респонденты, употребляющие «новые» ПАВ с вредными последствиями, характеризуются как «искатели новых ощущений», готовые к неоправданным рискам, имеющие потребность в «испытании себя и своих возможностей», что приводит на поведенческом уровне к участию в рискованных авантюрах и мероприятиях.

Полученные и проанализированные материалы исследования явились базой для разработки комплексной программы профилактики и реабилитации при зависимости от «новых ПАВ» среди подростков и молодежи.

АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

Игумнов С.А.¹, Зарецкий В.В.^{2,3}

¹ **Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения России, Москва**

² **ГБУ «Городской научно-практический центр по защите прав детей “Детство“» Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы**

³ **ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»
Министерства просвещения России, Москва**

Аутодеструктивное (саморазрушительное) поведение представляет серьезную угрозу для здоровья (физического и психического) не только самих обучающихся, но и тех, кто их окружает, становится реальной проблемой межличностных отношений, что негативно отражается на развитии личности и общества в целом.

Показатели смертности детского населения от самоубийств в РФ в 2017 г. составили 1,6 на 100 000 населения в возрастной группе от 5 до 14 лет и 8,4 – в возрастной группе от 15 до 19 лет (данные Росстата, 2018). По статистике ВОЗ, на 1 случай завершеного суицида в подростковом возрасте приходится порядка 40 случаев покушений на самоубийство, не закончившихся смертью (но их регистрация во многих регионах России должным образом не налажена).

Необходимость оперативного решения проблем профилактики аутодеструктивного поведения среди обучающихся образовательных организаций РФ нашла отражение среди важнейших положений Указа Президента Российской Федерации № 240 от 29 мая 2017 г. «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства» (2018–2027 гг.), других законодательных и нормативных актов.

Профилактика аутодеструктивного поведения среди обучающихся образовательных организаций РФ может осуществляться в различных сферах жизни. Вместе с тем образовательная среда выступает в качестве системообразующей в сфере превенции аутодеструктивного поведения подростков, что обусловлено рядом присущих ей значимых характеристик. К таковым относятся имманентная гуманность педагогического процесса, выраженная социальная ответственность специалистов, сформированная система управления педагогической деятельностью (планирование, оценка, контроль и рефлексия), позволяющая алгоритмизировать профилактическую работу, а также вариативность форм и методов целенаправленного воздействия на развивающуюся личность.

Не вызывает сомнения значимость школы как основного института социализации, которая практически единственная в ряду других институтов может выступить субъектом решения проблемы превращения большинства индивидуальных психологических девиаций (в том числе аутодеструктивного поведения) в массовые социальные негативные явления с соответствующими трансформированными характеристиками. В связи с этим остро стоит вопрос о состоянии профилактической работы в области аутодеструктивного поведения в подростковой и молодежной среде образовательных организаций РФ.

Цель – научно-аналитическое обеспечение вопросов детской безопасности и совершенствования системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних, обучающихся образовательных организаций РФ. Достижение поставленной цели осуществлялось последовательным решением следующих **задач**: 1) анализ состояния работы по профилактике аутодеструктивного поведения среди несовершеннолетних обучающихся образовательных организаций РФ; 2) анализ основных показателей обеспечения вопросов детской безопасности и совершенствования системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних; 3) анализ работы по обеспечению вопросов детской безопасности и совершенствованию системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних обучающихся образовательных организаций.

Научная и практическая значимость результатов заключается в получении массива данных о состоянии работы в регионах РФ по обеспечению вопросов детской безопасности, совершенствованию системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних, модернизации системы профилактической работы среди обучающихся. Практическая ценность состоит в том, что результаты анализа позволили выявить эффективные формы и методы работы, обобщить имеющийся в педагогической практике опыт в данном направлении, который в последующем можно использовать в процессе повышения квалификации педагогических кадров, в том числе психологов. Исходные материалы для выполнения исследования – данные мониторинга по субъектам РФ; показатели реальной ситуации в области обеспечения вопросов детской безопасности и совершенствования системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних – обучающихся образовательных организаций РФ.

Результаты исследования. В ходе выполнения НИР создана комплексная программа мониторинга профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних в образовательных организациях РФ; осуществлен анализ полученных в мониторинге данных, отражающих

количественные и качественные показатели состояния работы по обеспечению вопросов детской безопасности и совершенствованию системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних, обучающихся образовательных организаций РФ.

Создана база данных, отражающая состояние работы по обеспечению вопросов детской безопасности и совершенствованию системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних, обучающихся в образовательных организациях РФ. Разработаны информационно-методические материалы для педагогических работников и психологов образовательных организаций в виде методического пособия «Вопросы детской безопасности: основы профилактики», в котором представлены понятие детской безопасности, ее виды и факторы ее обеспечения; нормативно-правовая база (обзор федеральных и региональных правовых актов по проблеме детской безопасности; классификация опасных ситуаций, риски их возникновения и направления обеспечения детской безопасности; направления обеспечения безопасности детей и подростков в ситуациях суицидального риска; детально описаны методические подходы к обеспечению психологической безопасности детей и подростков с учетом факторов взаимодействия в детском коллективе (на модели профилактики буллинга и кибербуллинга). Осуществлен анализ программно-методического обеспечения работы по обеспечению вопросов детской безопасности и совершенствованию системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних, обучающихся в образовательных организациях РФ по итогам 2017/2018 учебного года.

Материалы проекта размещены на странице ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» в Интернет – <http://www.fcprc.ru>

На специализированной странице «Ответственное поведение – ресурс здоровья» представлены методические материалы для специалистов, информационные материалы для родителей, статьи и публикации, видеоматериалы, полезные ссылки. На специализированной странице «Ценность жизни» приводятся действующие нормативно-правовые документы, направленные на обеспечение безопасности обучающихся в образовательных организациях РФ; образец примерного плана мероприятий по предотвращению кризисных ситуаций в образовательной организации; сборник материалов по правовой защите от кибербуллинга в РФ (впервые разработанный в России); методические рекомендации по проведению уроков (по безопасному отдыху в летний период; по мерам безопасности с учетом рисков холодного и весеннего периодов; по адаптации детей после летних каникул в рамках Дня знаний); по проведению родительских собраний «Детство без опасности»

и «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков»; по проведению педсовета «Профилактика интернет-рисков и угроз жизни детей и подростков». Дальнейшее развитие научно-аналитического обеспечения вопросов детской безопасности и совершенствования системы профилактики аутодеструктивного поведения несовершеннолетних представляется возможным в рамках межведомственного подхода к разработке комплексных медико-психолого-педагогических программ, направленных на его профилактику, с участием профильных федеральных учреждений системы Минздрава: Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского (отделение клинической и профилактической суицидологии Московского НИИ психиатрии и отдел клинической наркологии Национального научного центра наркологии), Минпросвещения, Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы и других заинтересованных министерств и ведомств.

Результаты исследования могут быть использованы в работе органов исполнительной власти, осуществляющих управление в сфере образования; школах при организации диагностико-профилактической работы психологов; системе общего и дополнительного профессионального образования в рамках повышения квалификации специалистов (медиков, психологов, специалистов по социальной работе), занимающихся профилактикой аутодеструктивного поведения несовершеннолетних. Это обеспечит совершенствование межведомственного взаимодействия по профилактике аутодеструктивного поведения несовершеннолетних, обучающихся в образовательных организациях РФ.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ищенко О.С.

**ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»
Пенза, Россия**

Одной из важных причин нарушения психологического равновесия у подростков являются напряженные отношения с родителями, ровесниками, учителями. Конфликты в семье являются для подрастающего поколения сильным стрессом. Суицидальное поведение связано с внутренним переживанием трудной жизненной ситуации. Специалисты нашего учреждения (детские врачи-психиатры, медицинские психологи) интересовали личностные особенности и механизмы совладания у подростков с суицидальным поведением.

Материал исследования. Обследовано 20 подростков (14 девочек и 6 мальчиков) 11–17 лет, находившихся на стационарном лечении в Антикризисном центре ГБУЗ ОПБ им. К.Р. Евграфова в 2018 г.

Обсуждение результатов. Все подростки госпитализировались с суицидальными действиями (самопорезы, прием медикаментов, самоповешение) или с суицидальными высказываниями шантажного характера. Причинами суицидального поведения являлись конфликтные отношения в семье и школе, неудачи в личной жизни. Определены возрастные характеристики парасуицидентов: 11 лет – 3 человека (15%), 12 лет – 2 (10%), 13 лет – 1 (5%), 14 лет – 5 (25%), 15 лет – 4 (20%), 16 лет – 2 (10%), 17 лет – 3 (15%). По нозологической структуре выявлено следующее распределение: смешанное расстройство поведения и эмоций F92.8 – 6 человек (30%), социализированное расстройство поведения F91.2 – 4 (20%), расстройство адаптации F43.2 – 4 (20%), острая реакция на стресс F43.0 – 3 (15%), депрессивное расстройство поведения F92.0 – 1 (5%), депрессивный эпизод умеренный F32.1 – 1 (5%), развитие личности по шизоидному типу F60.1 – 1 (5%).

При психодиагностическом исследовании обнаружено: эмоциональная неустойчивость – у 5 подростков (25%), возбудимый тип личности – у 4 (20%), сенситивность – у 4 (20%), лабильный тип акцентуации – у 2 (10%), по 1 случаю (5%) – истероидно-неустойчивый, шизоидно-эпилептоидный, шизоидно-истероидный, сенситивно-шизоидный и гипертимный типы; умеренный и высокий уровни тревожно-депрессивных переживаний – у 13 пациентов (65%). У 6 подростков предпочтительные копинг-стратегии исследованы по опроснику И.М. Никольской, Р.М. Грановской. В трудных и неприятных ситуациях респонденты чаще выбирали стратегию спокойного реагирования («стараясь расслабиться, оставаться спокойным») стратегию «стараясь расслабиться – 5 выборов, «стараясь забыть» – 4, по 3 выбора – утверждения: «кусаю ногти или ломаю суставы пальцев», «плачу, грущу», «думаю об этом», «смотрю телевизор, слушаю музыку».

Определены стратегии, используемые подростками, чтобы справиться с напряжением и беспокойством: по 4 выбора – «мечтаю, представляю себе что-нибудь» и «рисую, пишу или читаю что-нибудь», по 3 выбора – «остаюсь сам по себе один», «обнимаю или прижимаю к себе кого-то близкого, любимую вещь или глажу животное (собаку, кошку и пр.)», «стараясь расслабиться, оставаться спокойным», «смотрю телевизор, слушаю музыку». Таким образом, в трудных и неприятных ситуациях подростки чаще стремились снизить напряжение (продуктивная копинг-стратегия), старались забыть (средняя мера эффективности, используются механизмы подавления или вытеснения).

Обычно помогала справиться с напряжением и беспокойством стратегия «Мечтаю, представляю себе что-нибудь», основанная на развитом воображении школьников, замещении, дальнейшем снижении беспокойства и напряженности. «Рисую, пишу или читаю что-нибудь» – уход в замещающие занятия и/или способ искупления вины. «Обнимаю, прижимаю, глажу» – возможность отреагирования через отношения привязанности. К непродуктивным копинг-стратегиям относят игнорирующие проблемы: «Смотрю телевизор, слушаю музыку» – для современных подростков это самый доступный способ отстраниться от проблем. «Остаюсь сам по себе один» – избегание помощи со стороны. «Кусаю ногти» – аффективный тип реакции с аутоагрессией. «Плачу, грущу» – склонность к отрицательным переживаниям. Выбор копинг-стратегии способен повлиять на эффективность адаптации.

Пациентам наряду с психофармакотерапией проводили психокоррекцию и начальный этап реадaptации, направленные на снижение уровня тревоги и депрессии, разрешение внутри- и межличностных конфликтов, рост адаптивности, отреагирование агрессивных тенденций, расширение диапазона совладающего поведения, активизацию антисуицидальных факторов; повторное психодиагностическое исследование и консультирование семьи. По выписке из стационара подростка с родителями направляли в амбулаторную службу Антикризисного центра и под наблюдение участкового детского/подросткового врача-психиатра. Развитие личности подростка и осознанных стратегий совладания с трудностями происходит в семье под воздействием взрослых. Важным для гармоничного развития подрастающего поколения является формирование адекватного поведения для преодоления стрессовых ситуаций, учет типа личности в процессе воспитания, что в дальнейшем позволит лучше адаптироваться в социуме и послужит фактором профилактики суицидального поведения.

РАБОТА С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА С ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЧАСТЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Карауш И.С.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Основа успешной социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья – мультимодальный подход, сочетающий медицинское, психолого-педагогическое и социальное вмешательство и учитывающий ресурсы личности самого ребёнка и его микроокружения – семьи, общества сверстников и образовательного пространства.

Цель – разработать основные направления и определить «мишени» работы с семьей детей и подростков с инвалидирующими заболеваниями сенсорной сферы.

Материал исследования. Методом сплошной выборки обследовано 368 учащихся 7–18 лет специальных (коррекционных) школ, включая 186 учащихся с нарушениями слуха (слабослышащие и глухие) и 182 слабовидящих учащихся; 280 родителей учащихся специальных школ. 100% учащихся с нарушениями слуха и 45% с нарушениями зрения имеют статус инвалида.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психологический, статистический. Родителям предлагались: опросник качества жизни (Гундаров И.А., 1985) и шкала тревоги Гамильтона.

Результаты и обсуждение. Психические расстройства выявлены у 79% учащихся; общим патогенетическим звеном для большинства из них является психический дизонтогенез – нарушение созревания психических свойств, функций и/или компонентов личности (Шевченко Ю.С., Северный А.А., 2009). У слабослышащих и глухих детей чаще обнаруживались смешанные специфические расстройства развития (64%), умственная отсталость (21,5%). У учащихся с нарушениями зрения с более высокой частотой встречались гиперкинетические (13%), органические (19%) расстройства и психодезадаптационные состояния (22,5%). Особенности клинического статуса детей с дефектами слуха и зрения является сочетание когнитивных, интеллектуальных, речевых нарушений, расстройств эмоционально-волевой сферы, поведения, искаженным восприятием собственного дефекта (неадекватной внутренней картины болезни).

В контексте понимания возможности адаптации ребенка с инвалидирующим заболеванием к социальной среде изучалась внутренняя картина болезни (ВКБ) – отношение ребенка к своему дефекту, особенности его восприятия на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. В соответствии с содержанием ВКБ и степенью соответствия этого содержания объективным данным выделены три типа отношения детей и подростков с сенсорными нарушениями к болезни/дефекту: диснозогнозия/анозногнозия – у 17% детей с нарушениями зрения и 23% детей с нарушениями слуха; диснозогнозия с амбивалентным отношением к болезни (дефекту) – у 10% и 26% соответственно, чаще у детей с нарушением слуха ($p=0,0001$), нормозногнозия при сохранном интеллекте – у 67% и 4% соответственно, чаще у детей с нарушением зрения ($p=0,0000$) и при интеллектуальных нарушениях – у 6% и 47% соответственно, чаще у детей с нарушением слуха ($p=0,0000$).

Наряду с другими значимыми факторами – возраст, наличие нарушений психической сферы и сопутствующих хронических соматических заболеваний – на формирование ВКБ существенное влияние оказывает восприятие болезни ребенка его родителями. Родители зачастую формируют информационное поле, которое является источником неадекватных представлений ребенка о своем заболевании, лежащих в основе искаженной внутренней картины болезни.

Изучение структуры семьи показало, что 50% детей воспитываются в полных семьях, 29,6% – в неполной семье, 10,6% детей – неродным родителем, 5,4% – опекунами. В исследуемой группе в целом выявлен относительно низкий образовательный уровень родителей (доля родителей со средним специальным/техническим образованием достигала 50%, со средним – 25%), а также высокий процент безработных – 11%. 13% матерей и 35% отцов злоупотребляли психоактивными веществами. Патологические типы воспитания определялись в 70% семей, из них чаще гипопека, причем статистически значимо чаще в семьях, воспитывающих детей с нарушениями слуха ($p=0,045$), и гиперопека.

Родители оценивали свой уровень качества жизни в диапазоне «умеренное – достаточное» и имели низкий/средний уровень тревоги. Семейная отягощенность по основному заболеванию выявлена у 16% детей. 12,5% родителей имели психические расстройства, из них родители детей с нарушениями слуха (17,2%) статистически значимо чаще ($p=0,0058$). При наличии семейной отягощенности по основному заболеванию у детей с нарушением слуха определяется достоверно значимое ($p\leq 0,01$) повышение частоты алекситимии, а у детей с нарушениями зрения – частоты повышенного уровня тревоги ($p\leq 0,05$) и страхов ($p\leq 0,01$). У детей, родители которых страдают психическими расстройствами, чаще зафиксированы алекситимия ($p\leq 0,01$) и признаки аддиктивного поведения, такие как табакокурение ($p\leq 0,001$) и регулярное употребление спиртных напитков ($p\leq 0,05$).

Медико-психологическое консультирование выявило следующие основные группы проблем родителей: отсутствие адекватного представления о заболевании ребенка – как о сенсорном дефекте, так и об имеющемся психическом расстройстве, что проявлялось как пассивное отношение к болезни ребёнка, отрицание болезни, «стыдящееся» поведение; трудности взаимодействия с ребёнком из-за речевых нарушений; гиперопека, результатом которой является ещё большая инфантилизация ребёнка; рентные установки, алекситимические черты у родителей и собственные проблемы родителей (проблемы взаимоотношения с супругом или другими родственниками, производственные конфликты, психические или соматические заболевания).

Таким образом, анализ клинико-биологических и социально-психологических характеристик семей детей с сенсорными нарушениями выявляет изменения функционирования семей на психологическом, биологическом и социальном уровнях. Эти изменения требуют активной работы с семьей как основной средой, формирующей психическое здоровье ребенка.

Реабилитационные мероприятия осуществлялись с учетом принципов многоуровневости, мультидисциплинарности, ориентации терапии на конкретные изменения психического статуса и общего функционирования (поведение, активность, коммуникация, успеваемость, патопсихологические симптомы, уровень качества жизни), которые подлежат мониторингу и динамической оценке; вовлечения значимых лиц (родителей и педагогов), проведения терапии в естественных условиях (семья, школа-интернат) и ориентации на развитие. Работа с ребёнком в «естественных условиях» – образовательной среде с привлечением семьи (не в условиях медицинского учреждения) – обеспечивала психосоциальную направленность реабилитации, возможность разработки долгосрочных рекомендаций, охватывающих все сферы жизни ребёнка и целенаправленное изменение условий социальной ситуации развития ребенка. Реабилитационные программы разрабатывались с учетом уровня психического здоровья ребенка и включали медицинскую, психологическую и социальную составляющие.

В контексте работы с семьей ребенка с сенсорным расстройством медицинское сопровождение включало консультирование родителей в отношении психического здоровья их детей (наличие психического расстройства, отклоняющегося поведения, включая суицидальное, страхов, депрессивных тенденций), оказание психофармако- и психотерапевтической помощи при выявлении психических расстройств у родителей. Психологическая составляющая работы с семьей включала работу по повышению родительской компетентности, коррекцию детско-родительских отношений (включая «принятие» дефекта ребенка). Основную часть социального направления реабилитации занимала работа с семьей (встречи родителей, обмен опытом, проведение совместных мероприятий и т.д.). В контексте профилактики суицидального поведения детей и подростков значимая роль отводится работе с семьей. Имеется в виду формирование антисуицидальных факторов личности, снижающих риск совершения суицида – эмоциональной привязанность к близким людям, семейные традиции, наличие актуальных жизненных ценностей и целей, проявление интереса к жизни, планирование ближайшего будущего и перспектив жизни, наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов.

Аспекты работы с внутренней картиной болезни детей с сенсорными нарушениями включали коррекцию отношения родителей к дефекту ребенка (семейная терапия), психокоррекционные и психообразовательные мероприятия, направленные на обеспечение достоверной информации о психических расстройствах, способах их преодоления, возможных прогнозах и способах терапии; обучение принципам и техникам взаимодействия с ребенком, имеющим сенсорный дефект и психическое расстройство, а также информирование о правовых и этических аспектах психиатрической помощи.

В контексте коррекции формирующихся алекситимических черт ребенка семье рекомендуется обучение навыкам определения эмоций и чувств у себя и окружающих, воспитание навыков описания эмоций, выражение любви и принятия ребенка (на словах, тактильно, с помощью жестов), формирование эмоциональной лексики.

Таким образом, основными направлениями работы с семьей ребенка, имеющего сенсорное расстройство, являются: 1) формирование адекватного образа ребенка, адекватной картины болезни ребенка, принятие семьей дефекта или заболевания ребёнка с пониманием роли семьи в реабилитации, формирование активной жизненной позиции в лечебно-реабилитационном процессе; 2) коррекция родительских ожиданий и воспитательных установок в отношении ребёнка, что способствует нормализации семейного микроклимата и позволяет избежать декомпенсации состояния ребенка; 3) психотерапия – работа со страхами, тревогой, депрессивными проявлениями детей и их родителей; 4) упорядочивание отношений внутри семьи; 5) помощь в преодолении самоизоляции и самостигматизации; 6) формирование антисуицидальных факторов личности.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Касинская М.Д.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Минск, Республика Беларусь

Психическое здоровье является неотъемлемой частью и важным компонентом здоровья. В Уставе ВОЗ отмечается: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Т.е. психическое здоровье – это не только отсутствие психических расстройств и форм инвалидности, а состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным

жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования общества.

В настоящее время психическое здоровье принадлежит к числу наиболее серьёзных проблем, стоящих перед всеми странами, поскольку в тот или иной период жизни такие проблемы возникают, по крайней мере, у каждого четвёртого человека. За последние 10 лет распространенность нарушений психического здоровья увеличилась примерно на 16%. В дальнейшем ожидается продолжающийся рост в силу воздействия неблагоприятных факторов (таких как вооруженные конфликты и миграционные процессы), а также в связи со старением населения во многих странах. Показатели распространённости нарушений психического здоровья в Европейском регионе очень высоки: в 2015 г. данный показатель составил 110 млн (12% от общей численности населения региона). По данным ВОЗ, в мире к 2020 г. психические расстройства войдут в первую пятерку заболеваний, ведущих к потере трудоспособности.

Заболеваемость является одним из главных показателей, характеризующих общественное здоровье населения. Без анализа этого показателя невозможны планирование и разработка профилактических мероприятий, стратегий управления здравоохранением, оперативное руководство системой охраны здоровья населения. В частности дети и подростки являются основным ресурсом человеческого общественного и экономического развития. Они также относятся к наиболее уязвимым группам, подверженным последствиям того, что их нужды в области здоровья остаются неудовлетворенными.

Ежегодно в Республике Беларусь регистрируется около 3,8 млн случаев заболеваний детей в возрасте 0–17 лет, из них 3,2 млн случаев, установленных впервые. По данным официальной статистики, отмечается неуклонный рост заболеваемости детей до 17 лет включительно. Так, за пятилетний период (с 2013 по 2017 г.) общая детская заболеваемость увеличилась с 211 586,3 до 215 315,2 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, т.е. на 0,02%. Первичная заболеваемость к 2017 г. возросла на 0,03% (с 177 736,5 до 182 714,7 на 100 тыс. соответствующего населения).

На сегодняшний день психические расстройства являются одной из ведущих инвалидирующих патологий среди детей 0–17 лет, занимая второе ранговое место в нозологической структуре первичной инвалидности. В структуре общей заболеваемости психические расстройства занимают 2,0%, составляя в 2017 г. 4 254,3 на 100 тыс.

соответствующего населения. С 2013 по 2017 г. произошло снижение показателя как общей детской заболеваемости на 0,05% (с 4 837,7 до 4 254,3 на 100 тыс. соответствующего населения), так и первичной детской заболеваемости (с 1 384,0 до 1 245,7 на 100 тыс. соответствующего населения).

Одной из причин как первичной, так и общей заболеваемости выступает умственная отсталость. Отмечается стабильное снижение показателя как общей заболеваемости, так и первичной. В 2013 г. показатель общей заболеваемости по причине умственной отсталости среди детей составил 686,3 на 100 тыс. соответствующего населения. С 2014 г. показатель стал постепенно снижаться – 651,4, в 2015 г. – 628,4, в 2016 г. – 602,6, к 2017 г. наблюдалось снижение показателя до 588,1 на 100 тыс. детского населения (темп убыли по сравнению с 2013 г. составил 14,3%). В свою очередь уровень первичной заболеваемости уменьшился на 13,0%, составляя в 2013 г. – 63,9 на 100 тыс. соответствующего населения против 55,5 на 100 тыс. соответствующего населения в 2017 г.

Исходя из вышеизложенного, можно говорить о тенденции снижения показателей общей и первичной детской заболеваемости в Республике Беларусь вследствие психических расстройств, в частности снижения умственной отсталости. При этом вопрос заболеваемости психическими расстройствами находится на контроле у специалистов соответствующих служб системы здравоохранения республики.

В Республике Беларусь действуют долгосрочные комплексные программы профилактики и лечения психических расстройств, однако во многом психическое здоровье зависит от самого пациента. Психическое здоровье детей и подростков обусловлено многими факторами: воспитанием, окружением, сферой занятий ребенка. Осознанно контролируя эти элементы подростковой жизни, можно эффективно способствовать нормальному психологическому развитию детей. Родители должны внимательно следить за эмоциональным фоном ребенка и не подвергать его чрезмерным нагрузкам.

Заболевания и расстройства, относящиеся к пограничной группе психических нарушений, требуют обязательного психотерапевтического лечения, часто длительного, в виде индивидуальных занятий и семейной терапии. Без вовлечения ближайшего окружения ребенка (родители и другие члены семьи) в психотерапевтический процесс прогноз успешности терапии невысокий. Психика детей и подростков нестабильна и находится на стадии становления, поэтому очень важно постараться уберечь их от негативных воздействий.

ФАКТОРЫ НАРУШЕННЫХ СЕМЕЙНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СТРУКТУРЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Катан Е.А.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет», Оренбург, Россия

Введение. Для подтверждения предположения о взаимосвязи детских психотравмирующих событий и здоровья взрослых (Фелитти В., Анда Р., 1998) был разработан опросник неблагоприятных событий детства (Adversive Childhood Exposure, ACE). Методика изучения неблагоприятных событий детства объединила несколько групп факторов: физическое насилие (ФН), психологическое насилие (ПН), сексуальное насилие (СН), психологическое пренебрежение (ПП), физическое пренебрежение (ФП), серьезные нарушения внутрисемейных отношений (СНВО): партнерское насилие над матерью или сиблингами (ПНМС), психические расстройства членов семьи (ПРЧС), употребление ими психоактивных веществ (УЧСПАВ), развод или разлука с родителем (РРР), тюремное заключение родителей (ТЗР). Предложенная методика отличалась от предыдущих исследований, которые были сосредоточены на отдельных видах жестокого обращения, преимущественно сексуальном насилии и связанных с ними психопатологическими расстройствами.

В последующем предложенная методика оценки неблагоприятных событий, пережитых в детском возрасте, позволила исследователям структурировать широкий спектр тяжелых и болезненных переживаний и определить три основные группы патологизирующих факторов. К числу таковых были отнесены: злоупотребление, пренебрежение, внутрисемейная дисфункция, в целом выделив понятие «неблагоприятный детский опыт» (НДО) (Adversive Childhood Experience, ACE), как термин, собирательно описывающий все вышеперечисленные факторы.

Согласно разработчикам (Международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire ACE-IQ), дизайн опросника неблагоприятного детского опыта предполагает перекрестное распределение вопросов на 13 категорий, имеющих непосредственное отношение к неблагоприятному детскому опыту.

К ним относятся: физическое насилие (A3, A4); эмоциональное насилие (A1, A2); сексуальное насилие (A5, A6, A7, A8); употребление ПАВ родителями и опекунами (F1); криминальное поведение родите-

лей и опекунов (F3); хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей и опекунов (F2); партнерское внутрисемейное/домашнее насилие (F6, F7, F8); развод, разлука, смерть родителей (F4, F5); эмоциональное пренебрежение (P1, P2); физическое пренебрежение/пренебрежение основными потребностями (P3, P4, P5); буллинг, издевательства со стороны сверстников (V1, V2, V3); коллективное насилие (V4, V5, V6); общественное насилие (V7, V8, V9, V10).

Цель: изучение латентной нагрузки переменных, определяющих нарушенные семейные взаимоотношения в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Оренбургского областного клинического диспансера. Подбор больных осуществлялся из числа готовящихся к выписке при наличии информированного согласия о целях исследования.

Критериями включения в выборку являлось соответствие состояния пациентов диагностическим критериям МКБ-10: алкогольная зависимость, а именно психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (F10.2x); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости (F11.2x); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов, синдром зависимости (F12.2x); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психостимуляторов (F15.2x); психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением табака, синдром зависимости (F17.2x); психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ (F19.2).

Общее число участников исследования составило 432 стационарных пациента, однако 30 пациентов по разным причинам не выполнили полный объем инструкций, в окончательном варианте итоговая выборка составила 402 наблюдения (304 мужчины и 98 женщин). Статистический анализ проведен с помощью программы IBM SPSS-17.0.

Результаты. При оценке интенсивности событий НДО были получены следующие результаты: НДО отсутствовал у 57 человек (14,3%), из них у 8 женщин (2,1%) и 49 мужчин (12,2%). Выявлено по 1 фактору НДО из числа приведенных: «Насилие в сообществе» (Violence, V), «Общественное насилие (V4, V5, V6), «Буллинг, издевательства» (V1, V2, V3), «Проблемы семейного окружения» (Family Question, F), «Разлука, развод между родителями, утрата родителя в возрасте до 18 лет» (F4, F5) – у 137 человек (34,1%), в том числе у 46 женщин (11,4%) и 91 мужчины (22,7%).

Обнаружено до 4 факторов НДО, включая такие как: «Взаимоотношения с родителями/опекунами» (Parents/Guardian Question, P), «Пренебрежение потребностями» (P3, P4, P5), «Эмоциональное пренебрежение (P1, P2), «Семейные проблемы» (Family Question, F), «Хронические психические заболевания, депрессии, суициды родителей опекунов» (F2); «Утрата родителя в возрасте до 18 лет или их развод» (F4, F5), «Внутрисемейное/партнерское насилие» (F6, F7, F8) – у 125 человек (31,2%), из них у 60 женщин (15,1%) и 65 мужчин (16,1%).

Несколько реже отмечалось более 4 факторов НДО из числа следующих: «Злоупотребление детского периода жизни» (Abuse Question, A), «Физическое насилие» (A3, A4), «Сексуальное насилие» (A5, A6, A7, A8) – у 82 человек (20,4%), из них у 51 женщины (12,8%) и 31 мужчины (7,6%).

Регрессионный факторный анализ результатов оценки НДО среди наркологических больных позволил сгруппировать латентные переменные, использованные в опроснике, и определить факторную структуру детских переживаний у респондентов. Было выделено 4 фактора, содержащих 24 латентных переменных, которые были представлены следующим образом.

Первый компонент можно интерпретировать как фактор «Жестокое обращение», так как наиболее высокие значения по нему зафиксированы по переменным, отражающим физическое (внутрисемейное) насилие (A3 $r=0,951$, A4 $r=0,908$), физическое (внутрисемейное) пренебрежение (P3 $r=0,907$, P5 $r=0,867$), эмоциональное (внутрисемейное) насилие (A1 $r=0,759$, A2 $r=0,556$), домашнее/партнерское насилие (F7 $r=0,573$, F $r=0,449$).

Второй компонент был связан с фактором «Общественное насилие» и включал вопросы, связанные с эмоциональным (буллинг, издевательства) (микросоциальным) и физическим (микросоциальным) (драки, избиение сверстниками, представителями силовых структур) насилием. Логично появление в этом блоке переменных, связанных с эмоциональным (внутрисемейным) пренебрежением: P1 «Ваши родители разделяли ваши проблемы и переживания?» ($r=0,684$) и P2 «Ваши родители/опекуны владели реальной информацией о том, где вы проводите время, свободное от учебы или работы?» ($r=0,885$).

Третий компонент включал переменные, отражающие фактор «Сексуальное насилие» (A7, A8, A6, A5). Виктимизацией и предрасположенностью к сексуальному насилию как следствию психологического (внутрисемейного) насилия объяснимо появление в этом блоке вопроса F6 «Вы видели или слышали родителей/опекунов/домочадцев, которые кричали, проклинали, оскорбляли или унижали вас?» ($r=0,770$).

Четвертый фактор «Семейная дисфункция» включал переменные, определяющие нарушения внутрисемейного взаимодействия. Наибольшая нагрузка легла на переменные F1 ($r=0,879$) и F2 ($r=0,860$), отражающие психические заболевания в семье и случаи употребления ПАВ членами семьи. Переменные F4 ($r=0,849$) и F5 ($r=0,828$) были связаны с разводом родителей, разлукой с родителями или смертью родителей, тюремным заключением родителей.

Подтверждающий факторный анализ выявил конвергентное влияние всех факторов на формирование неблагоприятного детского опыта.

Определены корреляции НДО с неблагоприятными медико-социальными последствиями. Во взрослом возрасте для наркологических пациентов с НДО характерны сложности семейных взаимоотношений. Пациенты третьей (НДО4) и четвертой (НДО4+) групп чаще имеют распавшиеся семьи или всегда были холосты и бездетны. Пациентам второй группы (НДО1) в целом удается сохранить относительно благополучный семейный статус, социальный дискомфорт у них связан с трудностями трудоустройства и нестабильной способностью к заработку денег. Пациенты, не имевшие НДО, характеризуются устойчивыми семейными отношениями.

Заключение. Неблагоприятный опыт детства, включая эмоциональное насилие, злоупотребление психоактивными веществами в семье, раздельное проживание или развод родителей, физическое насилие, насилие в отношениях между взрослыми, психические заболевания в семье, сексуальное насилие или лишение свободы члена семьи, оказывает глубокое воздействие на здоровье и благополучие во взрослом возрасте.

ПЕСОЧНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ЗВЕНА АНТИКРИЗИСНОГО ЦЕНТРА

Кибиткина О.Е., Маслянюк О.Е.

**ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова»,
Пенза, Россия**

Метод песочной психотерапии существует более 100 лет и давно уже перешел границы психоаналитического подхода, в рамках которого был сформирован. В настоящее время песочная терапия нашла свое применение в различных психотерапевтических подходах и школах, таких как когнитивно-поведенческая психотерапия, гештальттерапия, консалтинг, педагогика.

Антикризисный центр Пензенской областной психиатрической больницы психиатрического отделения № 3 использует этот метод с 2017 г. Комплект оборудования для кабинета песочной терапии представляет собой лучшие традиции данного метода (два подноса для работы с сухим и влажным песком и коллекция символических фигур, составленная более чем за 20 лет работы психоаналитика). Метод позволяет психологу решать следующие задачи: диагностическую, коррекционную, терапевтическую. Как правило, пациенты АКЦ – это люди, самостоятельно обратившиеся за психотерапевтической помощью, либо пациенты отделения интенсивной психиатрии, направленные в отделение с незавершенной суицидальной попыткой или суицидальными мыслями с целью реабилитации.

Во всех случаях терапия подразумевает комплекс медикаментозного лечения и психокоррекционных мероприятий, одним из которых является индивидуальная работа с психологом с привлечением метода песочной терапии. Пациент, оставаясь наедине с подносом, наполненным песком, создает творческую композицию. В этот процесс человек вовлекается полностью: его телесное, психическое и духовное начало связаны. Практическое взаимодействие с песком, формирование рельефа вызывает тактильные ощущения, пространство песка рождает образы, образы с помощью фигур обретают символическое значение, открывается доступ к бессознательному содержанию психического. Пациент отмечает для себя что-то из появившегося в символах, несмотря на то что значение их не может быть полностью обработано и объяснено с помощью интеллекта, обнаженное с помощью фигур внутреннее пространство открывает доступ к мотивам, побудившим человека к патологическому проживанию сложного жизненного периода. Лечение должно предусматривать создание безопасных условий для чувственного проживания образов песочной композиции и последующей переработки возможных способов реагирования, сохраняющих соматическое здоровье и снижение внутреннего эмоционального напряжения, снижающего риск повторного суицида.

За анализируемый период из 202 пациентов антикризисного центра песочная терапия проведена 110 взрослым больным со следующими нозологиями: F40–45 (51%), F30–33 (32%), F60 (9%), F06 (8%). По половому признаку выявлено преобладание женщин над мужчинами (82 против 28). С каждым пациентом проводилось от 1 до 5 сессий. Приоритетными показаниями для терапии являлись неспособность пациентов объяснить словами то, что чувствует, ограничение в проявлении чувственных переживаний, потрясение от экзистенциального кризиса, психологические травмы на сексуальной почве.

Противопоказаниями для участия в песочной терапии выступали высокий уровень тревожности, поведенческая импульсивность, обсессии и компульсии, медикаментозная седация, аллергические реакции на пыль, кожные заболевания, порезы и трещины ладоней. Для клинической оценки эффективности терапии проводилось психологическое тестирование до и после лечения (опросники уровня тревоги и депрессии Бека, HADS, оценка суицидального риска) и объективная оценка состояния пациента.

По окончании занятий методом песочной терапии у 94,5% пациентов отмечалась позитивная динамика, в частности значительное улучшение психического состояния выявлено у 51 пациента антикризисного центра, у 53 человек психопатологические симптомы стали менее выраженными. В то же время у 3 человек не отмечалось какой-либо динамики, 3 человека (мужчины) отказались от данного метода. Следует отметить, что последующая психотерапия (рациональная, духовно-ориентированная, патогенетическая) со второй группой пациентов проходила более эффективно, чем до проведения песочной терапии.

Таким образом, можно обоснованно сделать выводы о том, что песочная терапия как направление психокоррекции позволяет проработать психотравмирующую ситуацию на символическом уровне, включить в сознание «вытесненное и подавленное бессознательное», способствует разрешению вытесненных интрапсихических конфликтов, снижению уровня тревоги и уровня депрессии, освобождает от накопленного внутреннего напряжения, формирует новые копинг-стратегии, снижающие риск повторных суицидальных действий.

СОВРЕМЕННАЯ ПАРАДИГМА ПЛАНИРОВАНИЯ СТРАТЕГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Кирчагло О.В.¹, Бабенко А.И.², Макашева В.А.¹, Бабенко Е.А.²

¹ ГБУЗ «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер», Новосибирск, Россия

² ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний», Новокузнецк, Россия

Современное развитие общества ориентировано на приоритет социального капитала, где формирование человеческого капитала (ЧК) тесно связано с качеством жизни населения. При этом ЧК рассматривается как накопленные в населении способности восстанавливать и развивать в поколениях людей социально-биологические свойства, здоровье, образ жизни, знания, созидательный труд и т.п.

Главным элементом (стратом населения) формирования ЧК является семья, которая в отличие от других страт общества (индивид, коллектив, контингент) выполняет ряд только ей присущих функций: репродуктивную, воспитательную, экономическую, хозяйственно-бытовую, досуговую, психоэмоциональную и т.п. Именно она в современных условиях обеспечивает эффективное развитие такой составной части ЧК, как капитал здоровья, т.е. генерирование потока доходов в виде воспроизводства здоровья новых поколений.

Одним из важнейших критериев адекватного развития общества, его членов является психическое здоровье. Объем и структура психических расстройств в каждом поколении людей отражает адекватность их социально-биологической адаптации к быстро меняющимся условиям и темпам жизни. В этой связи стратегия здравоохранения относительно развития психиатрической помощи должна учитывать особенности прохождения поколений людей (в первую очередь подрастающего) через отдельные компоненты социального пространства, где семья обеспечивает психосоциальную гармонизацию и адаптацию ребенка в социуме. Насколько это эффективно, можно судить по распространенности таких психических расстройств и расстройств поведения среди подрастающего поколения, как дезадаптационное проявление аутоагрессивного (суицидального) и агрессивного поведения, криминальности и делинквентности, употребления ПАВ и т.д.

По данным официальных статистических отчетов Минздрава РФ, уровень обращаемости детей за медицинской помощью в России по поводу психических расстройств и расстройств поведения в среднем составляет за 2016–2017 гг. 28,1 на 1000 детского населения. Показатель обращаемости подростков выше в 2,0 раза и находится на уровне 57,3%. В Сибирском федеральном округе (СФО) уровни общей заболеваемости данных контингентов населения значительно выше, чем среднереспубликанские.

Так, в среднем по СФО в эти же годы заболеваемость детей и подростков выше в 1,5 раза (соответственно 42,2 и 82,9%). Это предопределяет более высокую нагрузку на психиатрическую службу в данном регионе. Среди отдельных территорий СФО наиболее значительные показатели заболеваемости отмечены в Алтайском крае (соответственно 85,1 и 132,5%), а также среди детского населения Томской области (43,8%) и подростков Новосибирской (93,0%) и Кемеровской (89,2%) областей. Эти регионы имеют среди территорий СФО соответственно и наибольшую востребованность медицинских и медико-социальных технологий, имеющих свою специфику при распространенности тех или иных нозологических форм психических расстройств.

Так, в Новосибирской области среди детей 48,7% приходится на нарушения развития речи и поведения, 25,7% – органические расстройства, 10,0% – легкая и 7,0% – тяжелая формы умственной отсталости, 4,6% – расстройства аутистического спектра, 3,4% – невротические расстройства и дезадаптации, 0,5% – аффективные нарушения, 0,1% – шизофрения. У подростков несколько изменяется структура заболеваемости и соответственно востребованности медицинских, клиничко-психологических и медико-социальных технологий. Если удельный вес органических расстройств (23,9%) существенно не изменяется, то увеличивается доля подростков с легкой (19,4%) и тяжелой (8,5%) формами умственной отсталости, невротическими расстройствами (7,0%), расстройствами аффективного спектра (1,6%) и шизофренией (0,5%). В то же время имеет место сокращение удельного веса больших аутизмом (1,0%) и лиц с нарушениями поведения (38,1%).

Сложившаяся ситуация предопределяет новый этап развития психиатрической и медико-социальной помощи детско-подростковому контингенту населения. В современных социально-экономических условиях, когда возрастает значимость и роль семьи в воспитании и сохранении здоровья детей, актуальной становится разработка медико-организационных механизмов реализации эффективных технологий диагностики, лечения, реабилитации, профилактики психических расстройств.

По данным научной литературы, многие исследователи при совершенствовании организации психиатрической помощи исходят из традиционного подхода к планированию (анализ заболеваемости, обращаемости за медицинской помощью, оценка материальных, кадровых, финансовых ресурсов учреждений), который далеко не всегда позволяет прогнозировать распространенность патологии среди населения и определять перспективу востребованности медицинских технологий. Здесь важен персонализированный учет психического здоровья на всем протяжении жизни подрастающего поколения, что вполне приемлемо при наличии современных информационных технологий в деятельности психоневрологических диспансеров и детских поликлиник.

Формирование стратегии подразумевает использование и субъективной информации (социологические и экспертные оценки). В этом случае целесообразно изучить мнение родителей, педагогов, врачей и прочих специалистов по организации и качеству реализуемых медицинских технологий. Это требует комплексных и более совершенных подходов к оценке психических расстройств, медицинской и медико-социальной помощи детям с учетом фундаментальных познаний о формировании психики у подрастающего поколения.

Исследования по формированию здоровья новых поколений с учетом изменений демографических, социальных и экономических процессов, семейной структуры, приоритетов реализации её функций являются важнейшим ориентиром в развитии здравоохранения, медицинской и медико-социальной помощи больным с психическими расстройствами. Разработка методических подходов к решению этой проблемы, а также информационно-аналитических моделей по работе с базами детских психоневрологических диспансеров является актуальной. Это предоставит возможность формировать стратегические позиции в развитии широкого спектра технологий по профилактике и восстановлению психического здоровья у данных контингентов населения для реализации необходимых функций в обществе (репродуктивной, трудовой, обороноспособной).

СОРБЦИОННАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ КОМПЛЕКСЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ЖЕНЩИН

**Кисель Н.И., Ветлугина Т.П., Мандель А.И.,
Ляшенко Г.П., Аболонин А.Ф.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Государственная семейная политика направлена на поддержку, укрепление и защиту семьи, сохранение традиционных семейных ценностей, на преодоление кризисов, обусловленных экономическими, социальными и психологическими аспектами жизни семьи. Одним из факторов кризиса семьи является женский алкоголизм. Многими исследователями подчеркивается тяжелое течение зависимости, позднее обращение за лечением и крайне негативные последствия злоупотребления алкоголем женщинами при низкой эффективности лечения и реабилитации.

В связи с этим актуальной задачей является разработка способов повышения эффективности терапии больных алкоголизмом женщин. Известно также, что длительное употребление этанола приводит к острой и хронической интоксикации, накоплению в организме токсических высоко- и среднемoleкулярных веществ пептидной природы, утяжеляющих течение заболевания и снижающих защитные функции организма. Эти положения определяют обоснованность применения способов сорбционной детоксикации в реабилитационных программах больных алкоголизмом женщин.

Целью исследования было изучение эффективности терапии больных алкоголизмом женщин с включением в комплекс лечения метода сорбционной детоксикации (энтеросорбции).

В основе метода лежит связывание на сорбенте и извлечение токсических и балластных веществ из крови с дальнейшим их выведением из организма через желудочно-кишечный тракт.

Материал исследования. В группу обследования включены 18 женщин с диагнозом «Психические расстройства и расстройства поведения связанные с употреблением алкоголя. Синдром зависимости» (F10.2). Средний возраст пациенток составил $46,75 \pm 8,44$ года; 11 пациенток поступили на лечение в состоянии синдрома отмены алкоголя (F10.30), 4 пациентки поступили в постабстинентном состоянии (F10.23). Пациенткам на фоне базисной терапии назначался перорально энтеросорбент энтерумин 2 раза в день, за 1–1,5 часа до еды или через 1–1,5 часа после еды и приема лекарств; суточная доза препарата – 0,3–1 г на кг веса пациента; курс терапии составил 7–10 дней.

Результаты исследования. В структуре синдрома отмены у обследуемой группы женщин регистрировались аффективные нарушения (58,6%), представленные депрессивными, тревожно-фобическими и дисфорическими симптомокомплексами; нарушения сна с трудностью утреннего пробуждения, чувством вялости и длительной остаточной сонливостью (82,3%), нарушением засыпания и волнообразным характером сна с частыми пробуждениями (70,6%); различной степени выраженности вегетативно-неврологической симптоматикой (84%), проявляющейся тремором, тахикардией, гипергидрозом, жаждой, нарушенным аппетитом. Соматические нарушения, как результат нейровисцерального токсического эффекта этанола, у обследуемых женщин характеризовался различной степенью печеночно-клеточной недостаточности, гипертензией, краниалгией, миалгией, желудочно-кишечными расстройствами.

На фоне комплексной терапии с включением энтеросорбента энтерумина в ускоренном темпе редуцировалась соматоневрологическая составляющая алкогольного абстинентного синдрома – уже на вторые сутки улучшалось общее состояние пациенток, появлялся аппетит, уменьшались тремор рук, потливость, головная боль, заметно нивелировались субдепрессивные и тревожные проявления аффективного компонента синдрома отмены. Полная редукция абстинентной симптоматики наступала на 3–4-е сутки, тогда как при базисной терапии без включения энтеросорбента нормализация психосоматического статуса происходит на 7–10-й день терапии.

Применение энтеросорбента энтерумина в терапии больных алкоголизмом женщин на фоне традиционной дезинтоксикации способствовало ускоренной нормализации соматовегетативного состояния у большинства пациенток.

Таким образом, сорбционная детоксикация с применением энтеросорбента энтерумина является эффективным и безопасным средством в реабилитационном комплексе больных алкоголизмом женщин. Комплекс терапии с включением энтеросорбента, воздействуя на гомеостатические системы организма и основные клинические проявления соматоневрологических нарушений при алкогольной зависимости, способствует ускоренной редукции абстинентной симптоматики, сокращению сроков лечения, повышению социального функционирования женщин в обществе и в семье.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН РЕСПУБЛИКИ ТЫВА

Кисель Н.И.¹, Мандель А.И.¹, Бадырғы И.О.²

¹ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

² РГУЗ «Реснаркодиспансер», Кызыл, Республика Тыва

Социальные изменения последних десятилетий привели к обострению проблемы женского алкоголизма (Киржанова В.В., 2010; Кисель Н.И., Бохан Н.А., Мандель А.И., 2011; Бохан Н. А., Анкудинова И.Э., Мандель А. И., 2013; Дудко Т.Н., Овдиенко В.Б., 2015; Шайдукова Л.К., Гиляева Г.А., 2017). Вместе с тем в соответствии с некоторыми данными в последние годы отмечается тенденция к уменьшению различий между мужской и женской заболеваемостью. Отмечается отчетливая тенденция к росту удельного веса женского алкоголизма по отношению к мужскому от 1:12 до 1:5 (Сиволап Ю.П., 2009; Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., 2010; Меринов А.В., 2013).

Распространенность и модели потребления алкоголя, последствия его потребления различаются в зависимости от местных условий – этнического состава населения, культуральных особенностей, социально-психологических факторов, характеризующих отношение населения к потреблению алкоголя (Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырғы И.О. и др., 2013; Анжиганова Л.В., Ак-Лама С.М., 2016; Бохан Н.А., Мандель А.И., Бадырғы И.О., 2016; Монгуш А.С., 2018).

Проблема взаимодействия клинических и социально-биологических аспектов патоморфоза алкоголизма с учетом влияния регионального фактора является актуальной и недостаточно изученной. Отдельного внимания требует тот факт, что хотя в целом алкоголизм обнаруживает более высокую распространенность среди мужчин, всё же в последние годы наблюдается тенденция к росту числа женщин, страдающих алкоголизмом, причем с более выраженными последствиями на социальном, психическом и соматическом уровнях.

В последнее десятилетие в Республике Тыва наблюдается рост потребления алкоголя среди населения. По данным официальной медицинской статистики, наркологическая ситуация в Республике Тыва по состоянию на 1 января 2018 г. характеризуется тем, что общее число больных алкоголизмом и алкогольными психозами, зарегистрированных наркологической службой Республики Тыва, составило 3 735 человек, или 1 183,3 в расчете на 100 тыс. населения, что составляет 1,2% от общей численности населения. По сравнению с 2016 г. средний показатель распространенности алкоголизма, включая алкогольные психозы, по Республике Тыва снизился, но при этом на 9,1% превышает показатель РФ (1 184,7) и на 5,6% выше такового показателя по СФО (1 121,0). Из числа всех состоящих на диспансерном учете доля мужчин характеризуется ежегодным снижением и составляет 58% (2015 г. – 61,6%, 2017 г. – 58,6%) от общего числа больных. В то время как численность женщин с диагностированным алкоголизмом, наоборот, имеет отчетливую тенденцию к росту и составляет 42% (2015 г. – 38,4%, 2016 г. – 41,4%, 2017 г. – 41,4%).

Целью исследования явилось изучение клинико-динамических факторов становления алкогольной зависимости у женщин тувинской этнической принадлежности.

Материал и методы. Было проведено клиническое обследование 30 женщин со второй стадией алкогольной зависимости (F10.2 по МКБ-10), проходивших лечение в ГБУЗ РТ «Республиканском наркологическом диспансере». При обследовании применялись клинико-психопатологический и клинико-динамический методы.

Результаты и обсуждение. Изучение клинико-анамнестических данных относительно условий воспитания обследованных женщин показало, что в половине случаев (50%) пациентки проживали и воспитывались в полной семье, 66,6% женщин на момент обследования не имели постоянного места работы или были заняты неквалифицированным трудом. 76,7% женщин неоднократно меняли места работы (трижды и более раз, причиной смены работы в большинстве случаев являлось употребление алкоголя).

При анализе наследственной предрасположенности к возникновению алкогольной зависимости у обследованных нами женщин выявлен высокий уровень алкоголизации со стороны отца – в 57,6% случаев; матери обследованных женщин страдали алкогольной зависимостью лишь в 1,1% случаев, что объясняется социокультуральными особенностями тувинского этноса, неприемлемостью употребления женщинами алкоголя вследствие религиозных ограничений.

При анализе психического состояния у обследованных женщин было выявлено следующее. На момент обследования у женщин чаще регистрировались сниженное настроение, пессимистичность, ощущение безысходности (41,2%), что может быть обусловлено возникшими негативными социальными последствиями пьянства в виде лишения родительских прав или угрозы этого лишения (45% обследованных женщин состояли на учете в комиссии по делам несовершеннолетних).

Изучена динамика клинической картины алкогольной зависимости у обследованных женщин. Первая проба алкоголя состоялась в среднем в возрасте $18,2 \pm 3,1$ года. Систематически (не реже 1–2 раз в неделю) женщины начинали употреблять алкоголь с $25,6 \pm 4,4$ года. Возраст манифестации амнестических форм опьянения составил $32,2 \pm 7,4$ года. В клинике алкогольной зависимости синдром отмены формировался к $34,4 \pm 8,1$ года. В подавляющем большинстве случаев (83,3%) у обследованных женщин пьянство носило псевдозапойный характер. Выявлена высокая частота встречаемости измененной картины опьянения в виде укорочения периодов эйфории, появления раздражительности, эмоциональной лабильности, депрессивных и истерических реакций.

Впервые за наркологической помощью женщины обращались в $36,9 \pm 8,0$ года. В 70% случаев женщины обращались за наркологической помощью повторно. На момент первого обращения к наркологу продолжительность систематического употребления алкоголя в 53,3% случаев составляла от 5 до 10 лет и более. Мотивы прекращения алкоголизации в 43,3% случаев были обусловлены выраженным ухудшением соматического здоровья и снижением работоспособности, в 33,3% – напряженными ситуациями в семье или на работе. 16,7% женщин госпитализировались в порядке скорой помощи из-за психотических проявлений (алкогольного делирия, алкогольного галлюциноза), только в 6,7% – в связи с осознанием болезни и необходимостью лечения.

Из всех обратившихся 36,7% женщин лечились под давлением окружающих и рассчитывали на кратковременное пребывание в стационаре, 33,3% обследованных были намерены прекратить употребление алкоголя на определенный срок (как правило, не более года), 30% после прохождения дезинтоксикационного курса лечения намеревались совершенно прекратить употребление алкоголя.

Заключение. Проведенное исследование показало высокую частоту встречаемости семейной отягощенности алкоголизмом, чаще по отцовской линии, большой процент повторных госпитализаций, низкую мотивацию на лечение и дальнейшую трезвость, а также негативные социальные последствия алкоголизации тувинских женщин в виде снижения профессионального статуса и лишения родительских прав.

СОВРЕМЕННЫЕ АРТТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ С СЕМЕЙНЫМ ОПЫТОМ

Кокоренко В.Л.

**ФГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия**

Современный этап развития арттерапевтической практики в России характеризуется разнообразием профессионального опыта, вариативностью подходов к организации работы с личностью и семьей.

В своей работе и в авторских программах дополнительного профессионального образования в области арттерапии мы знакомим участников с различными художественными материалами, каждый из которых имеет свои возможности и ограничения. Предлагая для творческого процесса фольгу, глину, бумагу, проволоку, льняную нить и др., мы целенаправленно создаем условия, в которых глубину проживания и осмысления проблематики усиливают свойства художественного материала в сочетании с формулировкой темы, что расширяет возможности и стимулирует активность клиента в изменениях себя, семьи и жизненных обстоятельств.

Для работы с семьей или семейной проблематикой в масштабе индивидуально-личностной истории нами используются различные техники, художественные материалы и темы, например, льняная нить (шпагат) и одноразовые тарелки из плотной бумаги (картона). Это натуральные материалы, они легко доступны и экономичны по финансовым затратам, количество тарелок и длину нити клиент может регулировать в зависимости от идеи и выбранного способа творческой работы. Взаимодействие с этими материалами дает интересные тактильные ощущения, что погружает в творческий процесс и определенные психические состояния, усиливает осмысление и проективность в работе над заданной темой. Важно отметить, что «осмысление» здесь идет *вместе* с руками (*за* руками... *вперед* рук... *параллельно*...).

Клиенту предлагается поразмышлять о семье (что представляет семья для человека) или о собственном семейном опыте (вынесенном из родительской семьи, из детства; актуальном опыте своей семьи) и создать из льняной нити в технике орнамента некий образ, используя в качестве основы бумажную тарелку. Способы закрепления нити могут быть разные: нить приклеивается (клеевой карандаш или клей ПВА), подвязывается через отверстия (ножницы), образ-рисунок может даже просто выкладываться на тарелке.

После того, как творческий процесс завершен, традиционно для арттерапии следует обсуждение, рефлексивный анализ, в котором разговор идет о том, какие мысли, чувства, состояния сопровождали работу над этой темой (по Юнгу – внутренний план художественной работы); как появилась идея, образ и как удалось его воплотить этими художественными средствами; как созданный образ связан с семейным опытом автора, в какой мере в нем отражаются жизненные реалии и желаемое (род, женская и мужская линии рода, семейное наследование; семейная история, поколенческие различия, традиции, ценности и мировоззрение, образ жизни; ролевая структура, функции, периоды жизненного цикла и кризисы семейной системы; потребности; дом – совместное жизненное пространство семьи, границы и особенности взаимодействия и т.д.).

Работы, которые появляются в творческом осмыслении темы семьи, и интерпретации очень разные, как и сами представления авторов, наполненные разным опытом и значимыми эмоциональными переживаниями. Большинство участников сообщают о том, как предложенные для творческого процесса материалы и техники *ведут* авторов.

Льняная нить (грубая, неровная, шершавая, колючая, некрашенная) мгновенно погружает в архаику и соответствующие ассоциации: «натуральное – естественное – природное – родное – родство – род», «женщины, пряжущие пряжу натруженными руками», «нить – то, что связывает (людей, семью, поколения)», «нить – как разные бесконечные пути конечной жизни», «узлы, петли», «отрезать – завязать», «начало – конец – начало», «сплести прочно (коса, канат)», «нить Ариадны».

Бумажная тарелка – как материал и форма для основы: «круг, бесконечность, мандала»; сторона крашенная белая («лицевая») и некрашенная цвета льна («изнаночная») – «...как это всегда бывает в любой семье – то, что показывается людям и миру, и то, что не показывается, а знают только свои, семья, близкие». Тарелка – что может быть более символическое для семейного быта – «еда» (ежедневная потребность, забота, проявление любви и власти...), «посуда» (хозяйственно-бытовая функция семьи, будни и праздники, уровень материального достатка семьи и социальный статус, передача по наследству, любимая вещь, память...), «разбитая тарелка» (несогласие, конфликт, протест, эмоции, разрушительная активность...), «склеенная разбитая тарелка» (было, прошло, осталось написанием...).

Техника орнамента задает *ритм и повторение* (частей, фигур, узлов, петель, линий), направление движения, центр и периферию, симметрию, символически отражая закономерности, жизненные события

и ситуации, судьбоносные решения, сделанный выбор, границы и дистанцию, стабильное и изменчивое, периодичность и хронический характер проблем семейного функционирования, синхронизацию фаз, интервалов, циклов жизни личности и семьи.

На эти и многие другие ассоциации наслаиваются индивидуальные смыслы и значения. Дальнейший анализ может идти на разных уровнях обобщения: от конкретно-ситуативного до трансгенерационного и этнокультурного, опираясь на созданный творческий продукт и контекстуальное поле участников. Всегда продуктивен диалог с автором, фокусировка внимания на процессе объективизированном (деятельностном, творческом) и субъективном (чувствую, думаю, хочу, могу, надо...), деталях и особенностях пространственно-ритмической организации образа. Крайне важны направляющие и уточняющие вопросы, высокая чувствительность к формулировкам, которыми автор выражает свои представления, к самостоятельному и/или совместному поиску слова – как форме, в которой наиболее точно и полно воплощено главное.

Исследователи данной проблемы единодушно отмечают, что тема семьи – значимая и актуальная в своем постоянстве для каждого человека. Представленная авторская арттерапевтическая технология работы с семейным опытом (Кокоренко В.Л., 2019) обладает большим ресурсом для индивидуального, семейного и группового осмысления темы семьи – сложной, противоречивой, болезненной, счастливой, жизненно важной – такой, какая она есть.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ С НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Коргожа М.А.

ГБУ социального обслуживания населения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Калининского района», Санкт-Петербург, Россия

Охрана здоровья матери и ребенка в последние годы является приоритетным направлением в развитии современной российской социальной политики и здравоохранения. По данным отчета Федеральной службы государственной статистики о состоянии здоровья новорожденных, за последние 10 лет на 43% увеличилось количество недоношенных детей на фоне выросшей в полтора раза частоты преждевременных родов. В Санкт-Петербурге, несмотря на стабильность показателя рождения недоношенных детей, ежегодно около 1% новорожденных имеют недоношенность III и IV степени тяжести.

Задержка развития недоношенных детей затрагивает все аспекты психического здоровья, обнаруживается с первых месяцев жизни, проявляется в медленном темпе когнитивного развития и особенностях психологических взаимоотношений с внешним миром в виде негативных ответов на воздействие сенсорных стимулов, нарушения поведения, трудностей социальной адаптации (Панина О.С. и др., 2014; Brydges C.R. et al., 2018; Milgrom J. et al., 2019). В раннем возрасте недоношенные дети имеют специфические особенности поведения, такие как напряжение при взятии на руки, тенденцию к отстранению от взрослого, к избеганию зрительного контакта, отсутствие постуральной адаптации, которые могут быть связаны в целом с незрелостью нервной системы и длительной госпитальной депривацией в первые месяцы жизни.

Показано, что в раннем возрасте, наряду с основными психофизическими особенностями у недоношенных детей, возрастает риск развития вторичных осложнений и задержки психического развития, связанных со специфическими чертами их семей. Преждевременное рождение ребенка может быть ненормативным семейным кризисом, затрагивающим детско-родительские и супружеские взаимоотношения (Амирова В.Р. и др., 2014; Wheeler S. et al., 2018; Nist M.D. et al., 2018; Dimitrova N. et al., 2018).

Разные этапы и особенности переживания партнерами стрессовой ситуации преждевременного рождения ребенка, отсутствие психоэмоциональной поддержки и взаимопонимания между родителями, неадекватные взаимоотношения в диаде «мать-дитя», формирование дезадаптивных типов привязанности, влияние иррациональной установки родителей в виде «стереотипа недоношенного» могут в целом усугублять задержку психофизического развития недоношенного ребенка в первые несколько лет жизни. Слабая чувствительность родителей к сигналам ребенка, несвоевременное и некачественное удовлетворение его потребностей, как компоненты родительской некомпетентности, несомненно, требуют коррекции со стороны специалистов служб ранней помощи.

Многие отечественные исследователи указывают на особое значение в комплексных реабилитационных мероприятиях для недоношенных детей обязательного включения самой семьи как равноправного участника терапевтического процесса в систему ранней помощи, оказываемой специалистами на междисциплинарной основе (Ворошина О.Р., 2015; Муц Е.Ю., Ермашев М.А., 2016; Зиборова М.И. и др., 2016; Суренкова И.Н. и др., 2016).

В отделении раннего вмешательства для детей в возрасте до 3 лет СПбГБУСОН «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Калининского района» одним из ключевых направлений социальной реабилитации является обслуживание и оказание своевременной социальной и психолого-педагогической помощи семьям с недоношенными детьми. За последние 6 лет для 45 недоношенных детей и их семьям оказана комплексная психосоциальная и педагогическая помощь в рамках программы ранней помощи. Подавляющее большинство этих детей имели недоношенность III и IV степени тяжести, значительно ограничивающие возможности здоровья. Все они имели сопутствующие нарушения в развитии разной специфики и степени тяжести, большинство из них – дети-инвалиды с рождения (78%). Наиболее частыми нарушениями являлись детский церебральный паралич (18 детей) и перинатальное поражение центральной нервной системы (9 детей), включая резидуальную энцефалопатию. В некоторых случаях на фоне недоношенности у детей были обнаружены ретинопатия, мышечная гипотония, бронхолегочная дисплазия и различные нейровирусы. Учитывая сложное психофизическое состояние и значительные ограничения возможностей здоровья таких детей, в отделении разработан специальный индивидуальный маршрут социально-реабилитационных мероприятий для недоношенных детей.

Годовая программа психосоциальной помощи семьям с недоношенными детьми начинается с глубокой первичной оценки функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья ребенка, которая осуществляется командой специалистов: педагогом-психологом, учителем-дефектологом, социальным педагогом и инструктором по адаптивной физической культуре. Данная оценка осуществляется методами диагностических проб и стандартизированными методиками KID/RCDI-2000 и др.

В зависимости от возраста и выявленных нарушений в развитии недоношенного ребенка подбираются соответствующие модули программы ранней помощи, которые реализуются специалистами в индивидуальной и групповой формах регулярных коррекционно-развивающих занятий. Занятия программы направлены на содействие оптимальному психофизическому развитию недоношенного ребенка раннего возраста, создание условий для развития крупной и мелкой моторики, когнитивного, психоэмоционального и речевого развития. Особое внимание при проведении занятий уделяется развитию у недоношенного ребенка необходимых навыков повседневной жизни и социально-бытовой адаптации, которые позволяют ребенку по достижению трехлетнего возраста успешно адаптироваться к дошкольной об-

разовательной среде. Психологическая помощь и поддержка родителей, содействие в создании безопасного развивающего пространства для ребенка в домашних условиях через организацию среды с максимально насыщенными сенсорными стимулами также являются важнейшими компонентами психосоциальной помощи семьям с недоношенными детьми раннего возраста.

Комплексный подход в реализации социально-реабилитационных мероприятий недоношенных детей в системе ранней помощи показал высокую эффективность. Из 45 недоношенных детей раннего возраста комплекс мероприятий ранней психосоциальной помощи позволил у 20 детей (44% от всех недоношенных детей) достичь уровня возрастной нормы по нескольким показателям уровня развития. У 16 детей (36% от всех недоношенных детей) по завершении программы удалось сократить отставание в развитии до легкого уровня. Положительная динамика затронула все сферы в развитии детей: значительные улучшения выявлены в коммуникативной сфере (28% от всех показателей), в познавательном понимании и крупной моторике (по 17%), тонкой моторике и социальной сфере (по 14%), в навыках самообслуживания (10%). У 9 детей (20% от всех недоношенных детей) по завершении программы раннего вмешательства была выявлена слабая положительная динамика, и их отставание в развитии являлось устойчивым в связи с объективно тяжелым состоянием здоровья. Однако после прохождения семьями программы ранней помощи специалистам удалось повысить родительскую компетенцию и улучшить взаимодействие ребенка с родителями в естественных жизненных ситуациях, что будет содействовать всестороннему развитию недоношенного ребенка с учетом его особых потребностей.

Несмотря на значительные качественные результаты психосоциальной помощи недоношенным детям в системе раннего вмешательства, необходимо отметить следующие проблемные поля.

1. Раннее выявление детей целевой группы. Семьи с недоношенным ребенком поздно узнают о возможностях обслуживания и получения услуг в службах ранней помощи.

2. Своевременность услуг ранней помощи. В связи с особенностями психофизического состояния недоношенного ребенка вовремя оказанная услуга ранней помощи увеличивает риск развития вторичных отклонений в развитии.

3. Доступность услуг в условиях длительной госпитализации. С учетом сложного психофизического состояния недоношенного ребенка и его периодических медицинских реабилитаций семья может надолго выпасть из системы мероприятий раннего вмешательства.

4. Алгоритм межведомственного взаимодействия при сопровождении семьи с недоношенным ребенком. Существует острая необходимость в координации информационного и организационного взаимодействия учреждений психолого-медико-социальной помощи семьям с недоношенными детьми.

Таким образом, своевременная и качественная психосоциальная помощь семьям с недоношенными детьми в раннем возрасте показала свою важность и эффективность. Комплекс своевременных мероприятий раннего вмешательства содействует оптимальному психофизическому развитию, препятствует развитию вторичных осложнений у недоношенного ребенка и социальной изолированности его семьи. Наличие проблемных полей в системе раннего вмешательства требует комплексного решения на межведомственном уровне.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У КОМПЬЮТЕРНЫХ АДДИКТОВ В РЕМИССИИ ШИЗОФРЕНИИ

Короленко В.В., Овчинников А.А.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск, Россия

Публикуемые сведения о частоте депрессии на этапах течения шизофрении противоречивы (Симуткин Г.Г., 2007), частота депрессивных расстройств в структуре заболевания колеблется в достаточно широких пределах – по различным данным от 20 до 80% (Бубнова Ю.С., Бохан Н.А., Счастный Е.Д., Смуглевич А.Б. и др., 2014), данных о компьютерной зависимости у больных шизофренией так же немного (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. и др., 2016), не выявлена прогностическая значимость депрессии в структуре шизофрении – всё это объясняет актуальность проведенного нами исследования.

Материал и методы. В условиях клинической практики было обследовано 20 больных с параноидной формой шизофрении и компьютерной аддикцией, которые наблюдались и получали лечение амбулаторно в среднем возрасте 40 ± 5 лет, из них 18 мужчин и 2 женщины. Давность заболевания составляла от 3 до 15 лет. Инвалидность по психическому заболеванию имели 13 человек (65%).

В исследовании использовались психометрический и психопатологический методы, шкала Калгари, шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS). Ремиссия шизофрении устанавливалась по международным критериям, а наличие компьютерной зависимости в соответствии с опросником К. Янг.

В ходе полугодового наблюдения депрессия развилась у 15 больных (75%) и у 25% обследованных депрессивного эпизода не возникло, суицидальная попытка имела импульсивный характер. Из 15 у 9 человек (60%) диагностирован легкий депрессивный эпизод (F32.0 по МКБ-10), в то время как у 6 человек (40%) развился депрессивный эпизод средней степени тяжести (F32.1 по МКБ-10). Ведущими в структуре депрессии являлись идеи самоуничтожения и гипотимия.

В группы сравнения входили лица до 40 лет, но во второй группе (без депрессии, где суицидальная попытка носила импульсивный характер) достоверно преобладали лица молодого возраста, в этой же группе находились обе женщины. В первой группе большая часть приходилась на лиц более старшего возраста. Среди пациентов с депрессивным эпизодом были случаи отягощенной наследственности такими заболеваниями, как алкоголизм (46,66%) и биполярное аффективное расстройство (20%). У родственников обследованных пациентов суицидальное поведение имело место в обеих группах (13,33% и 20%).

Во второй группе у компьютерных аддиктов в ремиссии шизофрении преобладал параноидный тип ремиссии, а у компьютерных аддиктов первой группы ведущим был астенический тип ремиссии. Кроме того, у 2 пациентов первой группы выявлен ипохондрический тип ремиссии. Всем пациентам оказывалась позитивная психотерапия, психосинтез для коррекции компьютерной зависимости. В основном пациенты с диагнозом депрессии в ремиссии шизофрении получали в качестве монотерапии традиционные нейролептики. Части пациентов в связи с некомплаентностью, характеризующейся большой частотой побочных эффектов, нейролептическую терапию не назначали. Таким образом, 11 пациентам проводилась монотерапия, а у 4 пациентов вследствие побочных эффектов монотерапия отсутствовала.

В группе лиц с депрессией у 6 человек (40%) выявлены психогении, предшествовавшие депрессии. Само суицидальное поведение в этой группе характеризовалось различными высказываниями, в основном это были размышления о том, что «жить не стоит ради того, чтобы существовать», «жизнь бессмысленна и пуста», «реальная жизнь только в сети». Подобные антивитальные размышления-переживания были без четкой характеристики смерти, сами суицидные мысли носили скорее пассивный характер (такой как «если я засну, то можно было бы и не просыпаться») и были представлены у 11 больных первой группы.

Также в группе лиц с депрессией были выделены типичные и атипичные варианты эндогенной депрессии (60% и 40%, $p \leq 0,005$). У 60% пациентов имела место типичная суточная динамика, сознательная установка на лечение, так как депрессивное состояние их тяготило.

У пациентов с тревожной и меланхолической формами депрессии отмечались пассивные суицидальные мысли. Степень выраженности депрессии по критериям депрессивного эпизода (МКБ-10) соответствовала легкой и средней. Так, у пациентов с меланхолической формой преобладала средняя степень выраженность депрессии. При этом пассивные суицидальные мысли имели место в 35% случаев, антивитаальные переживания – в 13,33%.

У 40% пациентов депрессия характеризовалась атипичным течением и проявлялась различной выраженностью частей триады депрессии. Не обнаружено типичной суточной динамики, витализация аффекта отсутствовала. Наблюдались раздражительность, нечеткость тимического компонента и апатия. В моторном компоненте преобладали адинамичность и астеничность. Проявлялись идеаторные нарушения, которые характеризовались деперсонализацией/дереализацией, имели место расстройства мышления и интеллектуальное снижение. Критика к своему состоянию была снижена. Больные уклонялись от лечения либо принимали его пассивно. В структуре депрессии встречались сочетания симптомов депрессии с резидуальными психотическими расстройствами, в то же время выявлены отрывочные параноидные идеи, что не соответствовало по МКБ-10 критериям депрессивного эпизода. У нескольких пациентов с «атипичным» течением депрессии суицидальные высказывания имели истерическую направленность, само поведение носило демонстративно-манипулятивный характер.

Психотравмирующие факторы, такие как трудности в производственном коллективе, семейные проблемы, неудачи в профессиональной сфере, сложности в межличностном взаимодействии, отмечались у 11 человек. Во второй группе у 3 пациентов психогении были обнаружены только в одной из сфер (будь то профессиональная или семейная). В первой группе психотравмирующие факторы, нашедшие отражение в структуре депрессивного переживания, наблюдались у 13 человек. Самыми частыми сочетаниями оказались конфликты на работе и семейные разногласия и непонимание, их наслоение обуславливало материально-бытовые трудности (76%). Семейные проблемы нашли отражение у всех пациентов второй группы, однако не доходили до уровня депрессии.

Выводы. На этапе поддерживающей терапии больных шизофренией и компьютерной аддикцией важно акцентировать внимание самих пациентов и их родственников на психотерапию и психосоциальную реабилитацию в рамках профилактики суицидального поведения.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

Костин А.К.¹, Рудницкий В.А.^{1, 2}, Сазонова О.В.¹, Никитина В.Б.¹, Иванова А.А.¹, Гарганеева Н.П.², Цыбульская Е.В.¹

¹ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», Томск, Россия

В настоящее время отмечается отчетливая тенденция к увеличению распространенности невротических, связанных со стрессом и тревожных расстройств. Доля лиц с соматоформными расстройствами в населении оценивается от 0,2 до 2,0% (Kaplan G., Sadock B., 2000). По данным международного эпидемиологического исследования ВОЗ, на материале пациентов общемедицинской практики распространенность соматоформных расстройств составила 21,0% (Gureje O., Simon G.E., 1999). Роль психологических особенностей, психогенных и семейных факторов в генезе психических, психосоматических и соматоформных расстройств подчеркивалась многими исследователями (Семке В.Я., 1988; Авдеенок Л.Н., 1996; Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., 2001).

В исследовании существенное внимание уделено соматоформным расстройствам, поскольку они возникают, протекают и видоизменяются в тесной взаимосвязи с личностью пациента, на формирование и функционирование которой существенное влияние оказывает семья.

Цель исследования: изучить влияние семейных факторов на формирование и течение соматоформных расстройств, отношение пациентов и членов их семей к терапии.

Материал и методы. На базе отделения пограничных состояний обследовано 150 больных (53 мужчины, 97 женщин), средний возраст 40,4±4,5 года, с установленным диагнозом соматоформного расстройства в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Нами использованы методы: клинико-психопатологический (оценка симптомов, синдромов и состояний больных в условиях воздействия семейных психогенных факторов), клинико-динамический (изучение особенностей формирования и динамики психосоматических расстройств), клинико-катамнестический (ретардированная оценка динамики клинических характеристик заболевания), экспериментально-психологический (шкала Спилбергера–Ханина, тест ММИЛ (Методика многостороннего исследования личности), тест «АПС» (Актуальное психическое состояние), Торонтская шкала алекситимии), статистический.

Результаты. Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. Так, аномальные формы воспитания обнаружены у 92,7% пациентов. Среди пациентов с соматоформными расстройствами выделены 3 клинико-патогенетических варианта течения: 1) конституциональный, при котором пациенты изначально предъявляли соматоформную симптоматику в ответ на воздействие психогений; 2) патохарактерологический, отличающийся изменениями личности в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферах; 3) критический, возникавший остро с появлением соматоформной симптоматики, как признака дезадаптации, декомпенсации.

В клинике мы часто наблюдали хороший эффект назначаемого лечения на первоначальных этапах терапии, но с течением времени он уменьшается, что особенно выражено после выписки пациента из стационара. Пациенты с соматоформными нарушениями не имели склонности к прерыванию процесса лечения, однако вносили в него изменения без согласования с врачебными рекомендациями, что сопровождалось самостоятельным снижением доз препаратов с возвращением прежней симптоматики или повышением доз препаратов, полипрагматией, нарастанием побочных эффектов терапии либо противоречивыми неадекватными назначениями курсов несогласованной терапии различных заболеваний различными врачами.

Отмечались недостаточность терапевтического альянса и искаженное представление о болезни, лечении и роли пациента в процессе терапии. Около 70% больных всех групп фактически не считают лечение своей задачей, а делигируют её врачу; испытывают проблемы со своей идентификацией, не осознают пациентами какого профиля они являются и сомневаются в том, больны ли они вообще. По крайней мере, существует большой разрыв между формальным признанием себя пациентом и готовностью взять на себя ответственность за реализацию процесса диагностики и лечения. Частично это связано с регрессией пациентов в ходе лечения, отчасти – с изначальными когнитивными искажениями.

По данным экспериментально-психологического обследования по методике ТОБОЛ у пациентов выявлены ипохондрический, тревожно-мнительный и смешанный типы реагирования на заболевание. В структуре личности, определяемой по методике, преобладали эмотивные, истероидные, застревающие и тревожно-мнительные черты. Балл по ТАС в среднем составлял 78 ± 3 , что указывало на выраженную степень алекситимии.

Кроме того, у большинства пациентов на момент поступления в отделение имел место высокий уровень ситуативной тревожности. По методике «Актуальное психическое состояние» почти у всех пациентов отмечались сниженные показатели по шкалам Активности и Работоспособности и повышены показатели по шкалам Тревожности и Напряженности.

Феномен возрастной регрессии проявлялся у большей части пациентов в процессе терапии, отличались лишь степень выраженности, глубина психологической регрессии и период пребывания в этом состоянии. Стоит отметить, что его возникновение обусловлено самим болезненным состоянием с дефицитом личностных и средовых ресурсов и бессознательной попыткой их восполнения посредством демонстрации инфантильного поведения, что дополняется принятием значимыми близкими людьми позиции родителя (по терминологии Эрика Берна). Преобладало эмоциональное реагирование с фиксацией на своем состоянии «здесь и сейчас» и предьявлением непосредственных реакций с жалобами и склонностью к манипуляции с целью получения внимания и заботы. Когнитивные процессы реципрочно подавлялись, что соотносилось со степенью психологической регрессии и препятствовало осознанию пациентом своего состояния, формированию адекватных внутренних представлений о болезни, установлению рационального терапевтического альянса и проведению рациональной психотерапии, особенно на кризисном этапе пребывания в стационаре. Поэтому на данном этапе наиболее важным являлось принятие эмоций пациента, подтверждение их значимости, переключение его внимания на позитивно окрашенные события. В процессе разъяснения симптоматики психических расстройств играла роль не только информационная составляющая, но были важны стиль и манера изложения материала, вербальные и невербальные признаки уверенности врача, его отношение к состоянию пациента.

В клинической практике есть негативные представления о рентных установках, их всячески стараются избегать или игнорировать. На самом деле рентные установки встречаются довольно часто в повседневной жизни и представляют собой один из распространенных мотивов человека, подвигают его к поиску внимания и заботы. Отсутствие рентных установок приводит к тому, что пациент не обращается за помощью, пытаясь справиться со всем сам, «берет себя в руки» по рекомендации родных и знакомых. На самом деле чаще всего это ведет только к усугублению состояния, и в данном случае возрастная регрессия позволяет без ущерба для самооценки требовать помощь от окружающих.

При этом отсутствуют какие-либо представления о мере и границах личности, при попытке их установления пациент занимает позицию обиженного ребенка. Обилие негативных эмоций снижает у него понимание болезненного состояния, ощущения становятся недифференцированными. Данный эмоциональный настрой сопровождается проекцией негативного образа взрослых на врача, поскольку такая проекция является более безопасной, чем адресация подобных чувств к «реальным виновникам» и членам семьи, которые вскоре присоединяются к обвинениям пациента в сторону врача.

Для пациентов с устойчивым соматоформным болевым расстройством было характерно формирование созависимых, симбиотических отношений со значимыми людьми. Такой факт можно рассматривать в качестве варианта ранней травмы, когда родители воспринимали ребенка либо как часть себя, либо как внешний мешающий объект. В силу этого эмоции и потребности ребенка игнорировались, любое их проявление жестко подавлялось и, таким образом, проявление эмоций, интересов и потребностей становилось опасным, родители осуществляли свои желания, реализовали себя за счет ребенка и единственной разрешенной стратегией становилось нарастание алекситимии, формирование представлений о неприемлемости, разрушительности собственных эмоций и предъявление соматической симптоматики как способа адаптации к патологической ситуации. Возможно говорить о «семейной алекситимии» и передаче паттернов психосоматического реагирования по наследству, когда алекситимичные родители не могут научить ребенка показывать эмоции и взаимодействовать с ними, а предъявление соматической симптоматики становится частью семейного и социального функционирования.

Восприятие родственниками состояния пациента обычно проявлялось в преувеличении его тяжести с усилением контроля за пациентом, окружением его заботой, усилением его зависимости от себя с разрушением любых других социальных взаимодействий и альянсов, в том числе и терапевтического, к чему были склонны тревожные контролирующие личности. Второй вариант был представлен обесцениванием состояния пациента, описываемого как его «придуманная болезнь», что позволяло избегать необходимости понимания состояния пациента и порождающих его причин, что особо значимо для «тонкой материи» психических расстройств, любых проявлений ответственности за него и, следовательно, каких-либо действий. Встречался и третий вариант, когда декларировалась необходимость обращения за помощью, обещалась поддержка и подчеркивалась активная роль самого пациента в лечении заболевания, но при этом амбивалентно акцентировалось его

внимание на вредность назначаемого лечения, недопустимость длительного курса терапии, приема больших доз препаратов. При этом родственники продолжали жить прежней жизнью, своими интересами, чувства и переживания пациента отрицались. Вследствие чего у пациента на этом фоне нарастала дистимическая, соматоформная и сенистопатическая симптоматика, непонимание складывающейся ситуации, что вело к саботажу проводимой терапии, ухудшению самочувствия пациента и закономерному обвинению медицинских работников в оказании некачественной помощи.

Выводы. Психологические, личностные особенности пациентов, особенности их семейного воспитания и функционирования вносят существенный вклад в психическую дезадаптацию, оказывают существенное влияние на формирование и течение соматоформных расстройств, определяют показания для длительного психотерапевтического сопровождения пациентов. Необходима разработка реабилитационных и превентивных мероприятий, направленных на коррекцию патологических семейных отношений и предотвращение «передачи по наследству» паттернов психосоматического реагирования.

СКРИНИНГ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В БОРЬБЕ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ (СПАЙСОВ)

Кутарев Ф.Л., Игумнов С.А., Соболев Н.А.

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

В настоящее время в нашей стране на фоне тенденции к снижению числа наркопотребителей и большинства показателей наркологической заболеваемости наблюдается увеличение числа лиц, потребляющих новые психоактивные вещества (далее – НПВ). Возможно, эта тенденция связана с масштабным поступлением на рынок НПВ и отставанием законодательства в вопросах установления контроля над оборотом новых субстанций. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения данной проблемы и особенно вопросов раннего выявления потребителей ПАВ (Кутарев Ф.Л., 2006, 2017; Игумнов С.А., 2018).

Распространение НПВ во многом напоминает вирусную эпидемию. Изучение распространённости НПВ имеет определённые трудности. Они не обнаруживаются рутинными методами исследования. Их состав постоянно обновляется, многие из них продолжают распространяться через интернет-сайты.

В поле зрения специалистов такие пациенты попадают лишь в случаях клинических осложнений или уже на запущенных стадиях заболевания, когда самостоятельно прекратить потребление уже невозможно.

Материал и методы. Учитывая вышеперечисленные тенденции, нами было выполнено анонимное исследование учащихся первых курсов государственных учебных заведений Смоленска в возрасте от 16 до 20 лет в количестве 327 человек. Работа проводилась на базе подросткового отделения Смоленского областного наркологического диспансера (СОНД) при научно-методическом обеспечении Национального научного центра наркологии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» Министерства просвещения России.

Использовался клинико-психопатологический метод исследования, основанный на данных анамнеза и объективного наблюдения за пациентами по утвержденному клиническому протоколу, одобренному Этическим комитетом, в соответствии с правилами GCP. В тематический контингент не были включены лица, которые не дали письменного информированного согласия на участие в исследовании. При этом сплошным методом с помощью модифицированной анкеты, созданной на основе Мичиганского теста (CAGE) – теста-опросника, нацеленного на скрининг-выявление алкогольной зависимости, нами были изучены данные учащиеся. Мы изменили данный тест возможностью дополнительного объема проводимых исследований.

Данные, полученные при помощи модифицированного нами опросника, для анализа искренности (достоверности) ответов были сопоставлены со шкалой IX (открытость) личностного опросника FPI, созданного главным образом для прикладных исследований с учетом опыта построения и применения таких широко известных опросников, как 16PF, MMPI, EPI и др. Высокие оценки свидетельствуют о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности.

Обсуждение результатов. Все обследованные сплошным методом 327 студентов первых курсов в зависимости от результатов теста-опросника были разделены на две группы.

Первая группа студентов (основная или резистентная к потреблению психоактивных веществ группа) включала 189 человек (57,8%). Из них 142 – лица женского пола, 47 – мужского. Данная категория учащейся молодежи, которая, по данным теста-опросника, не выявила значимого уровня злоупотребления ни одним из основных психоактивных веществ. По данным теста респонденты набрали 0 баллов.

Вторая группа студентов (группа риска) состояла из 138 человек (42,2%), в том числе 98 – лица женского пола, 40 – мужского. Представители данной группы – группы риска, по данным модифицированного теста-опросника, употребляли с той или иной частотой различные виды ПАВ.

Сложность структурно-динамических отношений, многофакторность влияний предопределили применение в настоящем исследовании комплексного подхода, включающего в себя использование системы STATISTICA версия 6.0 – универсальной интегрированной системы, предназначенной для статистического анализа и обработки данных. При расчете цифровых данных, в частности при сравнительном анализе числовых характеристик, использовался критерий Стьюдента (t-критерий) сравнения средних. При этом р-уровень значимости t-критерия составлял меньше 0,05 (Сидоренко Е.В., 2003).

При сравнении основной группы с группой риска были получены следующие результаты. Средний возраст студентов в изученных группах составил 17,5 и 17,3 года ($t=1,38$ при $p=0,17$). Курение табака имело место у 20,5% обследуемых студентов (67 человек: 47 девушек и 20 юношей). Злоупотребление алкоголем было отмечено в 12,8% случаев (42 подростка: 34 девушки и 8 юношей). Употребление наркотиков, которое стало выявленной проблемой, имело место в 11,6% случаев (38 студентов: 24 девушки и 14 юношей). В 2,7% случаев (9 человек) отмечалось длительное, сочетанное употребление как минимум двух психоактивных веществ, чаще всего опрошенные употребляли алкоголь и табак. По данным теста, балльная оценка, отражающая выраженность имеющейся патологической ситуации, колебалась от 1 до 4 баллов. Риск существования проблемы зависимости от конкретного вида ПАВ (1 балл) имеется у 28,4% (у 93 студентов). Проблема зависимости от конкретного вида ПАВ вероятна (2–3 балла) у 42,5% (у 139 студентов). Высокая вероятность наличия зависимости от конкретного вида ПАВ (4 балла) зарегистрирована в 12,8% случаев (у 42 студентов).

Новые психоактивные вещества, к которым относятся синтетические каннабиноиды, – это новый вызов, брошенный нашему обществу, а поэтому важно встретить его, вооружившись не только современными медицинскими знаниями. Врачи-психиатры, психотерапевты, медицинские психологи, социальные работники, педагоги должны быть готовы предложить детям и подросткам понятную и достоверную информацию, которая развеет мифы о безвредности приема этих якобы «безопасных» веществ.

Выводы. Полученные нами результаты позволяют нам сделать следующие практически важные перспективные выводы.

1. Многофакторность причин развития аддиктивного поведения у подростков, связанного с приемом психоактивных веществ, позволяет говорить о необходимости поиска новых подходов в ранней диагностике и выявлении подростков группы риска.

2. Модифицированный нами тест-опросник, созданный на основе Мичиганского теста (CAGE) и нацеленный на скрининг-выявление алкогольной зависимости, успешно может быть адаптирован для комплексной, ранней диагностики различных форм зависимого поведения от ПАВ в среде учащейся молодежи.

3. Значимая часть подростков (42,2% учащихся первых курсов) относится к группе риска по потреблению различных видов ПАВ.

4. Основным видом ПАВ, которым злоупотребляют учащиеся, является курение табака, которое было выявлено у 20,5% опрошенных.

5. Вызывают серьезные опасения подростки (11,6%), употребляющие с разной частотой вещества, отнесенные к группе наркотиков.

Проведенное исследование показывает нам новые, перспективные направления в совместной работе с регионами с целью дальнейшего проведения профилактических мероприятий, в частности связанных с адресным использованием медико-психолого-педагогических мер воздействия.

СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Куфтяк Е.В.

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке грантов РФФИ № 18-013-01101 А, № 18-413-440001р-а.

Изучение семьи как социального ресурса адаптации, благополучия и здоровья – одно из ведущих направлений современной психологии на протяжении последних десятилетий. Понимание роли семьи ещё в прошлом веке вышло за рамки ресурсных теорий. По мнению ведущих отечественных исследователей, семейные факторы оказывают влияние на чувствительность к стрессовому событию, переработку травматического опыта, формирование способов совладания с трудными ситуациями (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2008; Никольская И.М., 2010). Семейные факторы рассматриваются как самые мощные в плане влияния на психологическое благополучие и психическое здоровье ребенка (Слободская Е.Р., Гудман Р., Рябиченко Т.И., 2006; Слободская Е.Р., Ахметова О.А., Кузнецова В.Б., Риппинен Т.О., 2012).

Цель работы – изучение характера влияния семейных факторов на уровень эмоциональных проблем и отклонений в поведении детей и подростков в условиях современной России.

В нашем исследовании семейные факторы были условно разделены на три категории: 1) структурные особенности семьи (полная/неполная семья, наличие сиблингов, наличие прародителей); 2) психологические особенности семьи (взаимодействие родителей с ребенком, эмоциональная связь ребенка с матерью); 3) индивидуально-психологические особенности матери и бабушки.

Материал и методы. В первой серии исследования приняли участие 75 человек (представители трех поколений семьи: 25 бабушек (Мвозр.=56,7 года), 25 матерей (Мвозр.=32,4 года), 25 детей (Мвозр.=6,2 года). Во второй серии приняли участие 97 дошкольников (55% девочек) 6–7 лет (Мвозр.=6,6 года). В третьей серии участвовало 177 младших школьников (52,5% девочек) от 10 до 12 лет (Мвозр.=10,4 года).

Для изучения семейных факторов и индивидуально-психологических особенностей матерей применялись следующие методики: Опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми (Марковская И.М., 1998), Методика диагностики межличностных отношений (Лири Т., 1954), адаптированная Л.Н. Собчик (1990), Опросник оценки типов привязанности к матери (Пупырева Е.В., Бурменская Г.В., 2007). Оценка психического здоровья детей была проведена с использованием: скринингового опросника «Сильные стороны и трудности» (CCT) (Goodman R., Slobodskaya H.R., Knyazev G.G., 2005). Субъективное качество жизни детей изучалось с использованием Опросника Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™ 4.0), Шкалы оценки своей компетентности (Хартер С., 1981) в адаптации Н.С. Чернышевой (1997). Обработка результатов исследования осуществлялась с помощью статистического пакета SPSS 19.0.

Обсуждение результатов. Выделены общие и частные эффекты влияния семейных факторов на психическое здоровье детей. Остановимся на наиболее значимых результатах исследования.

Полученные результаты свидетельствуют о наличии взаимосвязи между показателями психологического здоровья ребенка, характером взаимодействия с ним взрослых и личностными особенностями матерей и бабушек. Наиболее явно прослеживается сопряженность параметров психологического здоровья ребенка с личностными особенностями матери и преобладающими в их отношениях стратегиями взаимодействия. Необходимо обратить внимание на ряд наиболее интересных результатов.

Выявлена отрицательная взаимосвязь самопринятия ребенка с авторитарностью ($r=-0,52^{**}$) и доминированием матери ($r=-0,41^*$), что может свидетельствовать о негативном влиянии данных характеристик личности матери на самооценку ребенка и его уверенность в себе. Подозрительность матери сопряжена с познавательной компетентностью ($r=-0,57^{**}$) и самопринятием ребенка ($r=0,42^*$). Положительная взаимосвязь подозрительности матери с самопринятием ребенка отражает его готовность «быть не таким как все», а отрицательная взаимосвязь – с познавательной компетентностью (трудности в усвоении знаний, пониженная познавательная активность). Выявленные взаимосвязи компетентности во взаимодействии ребенка со сверстниками с эгоистичностью ($r=0,45^*$) и доминированием ($r=0,47^*$) матери, по-видимому, играют компенсаторную роль в ситуации жестких внутрисемейных границ (в диаде «мать – ребенок»), отсутствия эмоционально близких отношений с матерью с её авторитарностью.

Сопряженность психологического здоровья ребенка с личностными особенностями бабушки и преобладающими в их отношениях стратегиями взаимодействия выражена в меньшей степени, что наблюдается, возможно, в связи с отдаленностью проживания бабушек. Вместе с тем прослеживается взаимосвязь требовательности бабушек во взаимодействии с ребенком с его познавательной компетентностью ($r=0,41^*$). Это отражает ресурсность взаимодействия ребенка с прародителями для поддержания его психологического здоровья.

На следующем этапе нашего эмпирического исследования было определено регрессионное влияние с целью выявления того, какие показатели привязанности ребенка к матери наиболее предсказательны в отношении показателей психологического здоровья дошкольников.

Первоначально обратимся к рассмотрению регрессионного влияния изучаемых показателей в группе детей с надежным типом привязанности к матери. Так, нами было выявлено, что эмоциональная близость дошкольников с матерью и совместная с ней деятельность оказывают совокупное влияние на тревожность ребенка ($R=0,54$, $R^2=0,29$ при $p=0,023$, $F=11,803$). В то время как эмоциональная близость оказывает отрицательное влияние на тревожность дошкольника ($\beta=-0,420$ при $p=0,000$), а совместная деятельность оказывает положительное влияние на показатель тревожности ($\beta=0,263$ при $p=0,023$). Полученные данные показали, что эмоциональная близость с матерью оказывает влияние на просоциальные навыки ребенка ($R=0,31$, $R^2=0,09$ при $p=0,015$, $F=6,215$), взаимосвязь носит положительный характер ($\beta=0,309$ при $p=0,015$).

Регрессионный анализ показал, что эмоциональная близость с матерью и потребность в её присутствии оказывают совокупное влияние на проявление гиперактивности у ребенка, причем эмоциональная близость оказывает отрицательное влияние ($\beta=-0,346$ при $p=0,004$), а потребность в присутствии матери – положительное ($\beta=0,280$ при $p=0,020$).

Далее в группе детей с ненадежным типом привязанности было обнаружено регрессионное влияние привязанности к матери на показатели психологического здоровья дошкольников. Установлено, что эмоциональная близость с матерью оказывает влияние на тревожность ненадежно привязанных детей ($R=0,88$, $R^2=0,77$, $p=0,000$, $F=116,277$). Эмоциональная близость с матерью детей с ненадежным типом привязанности оказывает отрицательное влияние на тревожность дошкольников ($\beta=-0,880$ при $p=0,000$). Выявлено, что такие показатели отношения к матери, как «эмоциональная чуткость матери» и «восприятие матери как источника помощи и поддержки», оказывают совокупное влияние на показатель психологического здоровья детей с ненадежным типом привязанности ($R=0,67$, $R^2=0,45$, $p=0,000$, $F=13,4$).

Проявление эмоциональных симптомов у дошкольников зависит от эмоциональной чуткости матери ($\beta=-0,539$ при $p=0,000$), восприятия близкого взрослого как надежного источника помощи и поддержки ($\beta=-0,296$ при $p=0,033$). Установлено, что проявление гиперактивности у старших дошкольников с ненадежным типом привязанности зависит от эмоциональной чуткости матери, причем данная взаимосвязь носит отрицательный характер ($\beta=-0,713$).

Далее нами была проведена оценка вклада привязанности в изменение показателей психического здоровья, которая была изучена с помощью множественного регрессионного анализа. Использовался шаговый метод (Stepwise), что позволило выявить независимые переменные, оказывающие наибольшее влияние на критерий.

Рост просоциального поведения прогнозируется совместной деятельностью с матерью и социальным благополучием. Мужской пол выступает фактором снижения просоциальной направленности в поведении. Гармоничность совместной деятельности с матерью вносит наибольший вклад в субъективное благополучие (3,5% разнообразия) детей и школьное благополучие, уменьшение проблем со сверстниками (2,2% разнообразия) и физическое благополучие. Гармоничность взаимодействия с матерью и получаемое от него удовольствие являются важным фактором изменений в психическом здоровье детей. Этот результат соответствует закономерностям развития социального поведения.

Взаимодействие с матерью в социальном контексте способствует снижению проблем в поведении (3,2%). Надежная стратегия поведения, когда присутствие матери помогает справиться с чем-то плохим и неприятным, выступает фактором защиты. Помощь матери выступает надежным буфером от нарушений социальных норм или правил, что снижает риск трудностей в поведении. Восприятие матери как источника помощи и поддержки предрасполагает к росту социального благополучия и связано с базовым доверием.

Таким образом, все изученные стороны психического здоровья детей зависят от специфики взаимодействия взрослых с ребенком, эмоциональной связи ребенка с матерью и индивидуально-психологических особенностей близких взрослых (матери, бабушки).

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПОСРЕДСТВОМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Лещинская С.Б.

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

Из года в год число детей, рожденных при помощи экстракорпорального оплодотворения, стремительно увеличивается. Так, в отчетах Российской ассоциации репродукции человека показано, что тогда как в 2012 г. было рождено 15 944 таких детей, к 2016 г. их число возросло практически в 2 раза и составило 30 770 детей. Данные некоторых медицинских исследований свидетельствуют о наличии ряда соматических нарушений у детей, рожденных в результате ЭКО, в связи с чем таких детей относят к группе риска в пре- и постнатальный периоды (Лалаян Т.Н., 2005; Маслянюк Н.А., 2005; Гаджимуратова Н.Д., 2017). Дети от индуцированной беременности часто рождаются недоношенными (Turkgeldi E. et al., 2016), характеризуются незрелостью органов и систем (Максимова В.О., 2011), имеют сниженный иммунитет и, как следствие, высокую заболеваемость, особенно в ранний неонатальный период (Новикова Н.О., 2013). Помимо этого, у них часто диагностируются неврологические нарушения, повышен риск развития ДЦП (Плаксина А., 2011) и задержки развития ЦНС (Маслянюк Н.А., 2005). Тем не менее вопрос обоснованности и целесообразности выделения таких детей в особую категорию является дискуссионным, поскольку по некоторым данным какие-либо значимые отличия состояния здоровья детей, зачатых посредством ЭКО, от детей, зачатых естественным способом, не выявлены (Пивнева Н.Д., 2012; Киселева М.А., 2016).

Данные о психическом развитии детей от индуцированной беременности немногочисленны и противоречивы. Показано, что среди детей, зачатых посредством ЭКО, число детей с уровнем развития, соответствующим норме, ниже, чем среди детей, зачатых спонтанно (Соловьева Е.В., 2016). При этом, чем большее число попыток ЭКО потребовалось для зачатия, тем более высок риск задержки когнитивного развития. Уровень психического развития детей, рожденных в результате 1–3 попыток, возрастает от 1 до 3 лет жизни, чего не происходит у детей, рожденных в результате 4–9 попыток. По данным A.L. Spangmose et al. (2017) дети, рожденные в результате ЭКО, менее успешны в школе, чем их естественно зачатые сверстники. У детей от индуцированной беременности отмечается снижение уровня интеллекта, отставание развития моторных навыков и поведенческие проблемы различного типа (Özbaran B. et al., 2015). Тем не менее P. Schendelaar et al. (2016) выявили отсутствие причинно-следственной связи между процедурой ЭКО и развитием когнитивно-поведенческой сферы детей в возрасте до 4 лет при наличии отрицательной связи времени до зачатия с когнитивным развитием и поведением. Значимые различия в уровне речевого развития у детей, зачатых посредством ЭКО, по данным О. Орловой (2016), также отсутствуют. В лонгитюдном исследовании ЭКО детей 3 и 5 лет были выявлены более высокие вербальные когнитивные способности, чем у спонтанно зачатых детей, что нивелировалось по достижении ими 11-летнего возраста (Barbuscia A. et al., 2017).

Следует отметить, что отсутствует единое мнение относительно того, являются ли указанные выше особенности здоровья и развития детей, зачатых посредством ЭКО, следствием особенностей самой процедуры, или же они обусловлены другими факторами, например, такими как возраст родителей, степень бесплодия, состояние здоровья матери до зачатия, многоплодная беременность, осложненное течение беременности и родов и др. При этом тогда как эти факторы, связанные с физиологической стороной протекания беременности и здоровьем матери, были подробно рассмотрены в некоторых исследованиях (Маслянюк Н.А., 2005; Плаксина А.Н., 2011; Трапезникова Ю. М., 2011 и др.), вне поля зрения ученых оказываются психологические факторы, которые также могут способствовать нарушению здоровья и развития детей от индуцированной беременности. В числе таких факторов можно выделить индивидуально-личностные особенности родителей, особенности семейных взаимоотношений, перенесенные психотравмирующие ситуации во время беременности и др.

Психологические исследования семей, в которых дети были зачаты при помощи ЭКО, немногочисленны, проводятся в отрыве от исследований здоровья и развития детей, большинство из них посвящено только матерям. Например, показано, что такие женщины изначально имеют более высокий уровень психоэмоционального напряжения по сравнению с женщинами, не имеющими проблем с зачатием (Подольхов Е.Н., Ниаури Д.А., Петрова Н.Н., 2009). Женщины, воспользовавшиеся ЭКО, характеризуются импульсивностью и гипертимностью (Кочерова О.Ю. и др., 2016). Многие из матерей, чьи дети после ЭКО были рождены недоношенными, как правило, тревожны (Наку Е.А. и др., 2017) и депрессивны. При этом выраженность тревоги положительно связана с длительностью бесплодия, а уровень депрессии – с количеством неудачных попыток ЭКО (Петрова Н.Н., Подольхов Е.Н., 2011). Кроме того, у них был выявлен гипертрофированный положительный эмоциональный фон беременности (Кочерова О.Ю., 2016) с идеализацией материнства (Захарова Е.И., Якупова В.А., 2015). Вместе с тем показана более высокая способность к контролю своих эмоциональных проявлений родителями, воспользовавшимися ЭКО (Nagy E., Nagy B.E., 2015).

Таким образом, не существует единого мнения относительно того, могут ли дети, рожденные в результате ЭКО, быть рассмотрены в качестве особой категории и включены в группу риска по возникновению соматических и психологических нарушений. Несмотря на то что медицинское направление исследований детей ЭКО разрабатывается достаточно активно, полученные данные являются разрозненными и противоречивыми. Данные о психологическом развитии детей, рожденных в результате индуцированной беременности, немногочисленны и получены в отрыве от медицинских. Психологические исследования преимущественно посвящены изучению характеристик матери и ребенка и не включают отца, что не позволяет составить целостное представление о роли семейной среды в развитии ребенка, зачатого посредством ЭКО. Кроме того, может быть выделена такая проблема, как преобладание срезовых исследований, которые не позволяют проследить становление и развитие психических и физиологических процессов в динамике, выявить факторы риска и компенсаторные факторы на различных возрастных этапах.

Для преодоления указанных выше противоречий необходимо проведение лонгитюдного исследования, посвященного совместному изучению физического и психологического здоровья и развития детей, зачатых посредством ЭКО, в сравнении с детьми от естественной беременности.

Лонгитюдное изучение позволит выявить связь особенностей состояния здоровья детей с их психомоторным развитием в динамике. Необходимо включение в исследование обоих родителей с целью рассмотрения влияния таких факторов, как личностные особенности родителей, их психологическое состояние во время беременности, а также качество и характеристики семейных отношений на развитие детей.

АДАПТАЦИЯ СЕМЬИ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Ли К.В.

Клиника психологии и психотерапии «Анима», Новосибирск, Россия

Современная семья характеризуется изменением традиционных внутрисемейных взаимодействий. Если семейная роль женщины сохранилась практически в неизменном виде – рождение, присмотр, воспитание следующего поколения, то роль мужчины сильно изменилась, что связано с отчетливым направлением в сторону гендерного равноправия. Изначальная базовая роль мужчины в семье – охранять и защищать женщину и потомство, обеспечивать их жизнедеятельность утратила свою уникальность. На сегодняшний день женщина способна не только самостоятельно обеспечивать свою жизнь, но также и жизнь своего ребенка и зачастую не единственного. Мы видим, что при таком перекосе мужчина, воспитанный в традиционной семье с устоявшимися представлениями о распределении ролей, оказывается мало востребованным – женщина довольно успешно наравне с мужчиной берет на себя функцию обеспечения семьи, а угрозы внешнего мира не так выражены, как несколько веков назад.

Также мы видим нарастающую образовательную нагрузку на детей. Рабочий день школьника, а зачастую и дошкольника, вместе с выполнением домашнего задания и внешкольными образовательными, спортивными и развивающими занятиями превышает 8–9 часов в день, не оставляя времени на досуг, игру, общение с членами семьи. В этих условиях родитель зачастую оказывается перевозчиком, логистом, общающимся со своими детьми «на ходу».

Современный мир становится все более цифровым, поток информации давно уже лавинообразный, неисчерпаемый, общение успешно осуществляется не только при личном контакте, но и в огромной доле посредством мессенджеров, обретая новую, лаконичную, унифицированную форму смайлов, эмодзи, призванных одним кликом передавать громадную гамму эмоций. Такая форма общения порождает эмоциональный дефицит, порой полный вакуум общения, что сказывается на обретении навыка распознавания собственных и чужих эмоциональ-

ных состояний, совладания с собственными эмоциями и реакциями, транслировании другим о собственных эмоциональных потребностях, выражении собственных чувств. Зачастую эрзац-заменителем выражения эмоциональных потребностей и эмоциональных состояний подсознательно выбираются соматические симптомы. Именно предъявляемая соматическая симптоматика позволяет напомнить близким о себе, симптом довольно просто монетизировать, на него просто и понятно реагировать – обследование, лечение, поиск специалистов, что должно восприниматься как забота и участие, как сигнал о значимости члена семьи. Таким образом, симптом становится средством, заменяющим эмпатию, обмен эмоциональными состояниями, регулирующим фактором внутрисемейных отношений.

Бесконечный информационный поток и абсолютная доступность информации существенно сказываются на развитии способности к самостоятельному поиску, анализу, критическому осмыслению получаемых новых сведений, снижает именно личное участие в обработке данных, что способствует нарастанию тревоги. Парадоксально, но урбанизация, современные технологии, научные изобретения, вошедшие в жизнь современного человека, породили постоянное чувство дефицита времени не только у старших, но и у младших членов семьи, стремление экономно расходовать время на «несущественные» вещи – игра, совместный отдых, обсуждение прожитого дня. Не получая навыков совладания со стрессом, не зная как избавиться от сильного психологического напряжения от старших членов семьи, не имея возможности сообщить о собственных эмоциональных потребностях в силу слабого их распознавания, ребенок, подросток вынужден вновь обращаться к своему телу. Именно языком тела через нарушения пищевого поведения, соматизацию, самоповреждающее поведение он сообщает старшим членам семьи и миру о своих потребностях.

Современная семья оказалась не готовой к очевидным реальностям нашего времени в виде общественных и научно-технических изменений, с которыми она столкнулась. Рутинно полагаясь на имевшиеся в арсенале традиционной семьи установки, укоренившееся распределение ролей, взаимодействие с внешним, по отношению к семье, миром, игнорируя стремительно меняющийся мир и условия, используя только внешние атрибуты прогресса, семья не может выполнять в полном объеме свои основные функции. А ведь именно они направлены на психологическую и моральную поддержку каждого члена семьи в удовлетворении своих потребностей, особенно эмоциональных, в научении иобретении навыков совладания со стрессом.

ПРОБЛЕМЫ СЕМЬИ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ

Лисовская М.Я., Куприянова И.Е.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Патология беременности вносит существенный вклад в психическое состояние пациенток и формируется порочный круг: усиление проблем психической сферы вызывает ухудшение акушерской патологии и наоборот. При физиологически протекающей беременности установлено наличие широкого спектра психических расстройств (невротических и соматоформных), в меньшей степени – эндогенных и аффективных. Однако вне поля зрения зачастую остаются донозологические состояния, индивидуально-психологические характеристики беременных. Существенный вклад могут оказать сопоставление клинической картины с проблемами в семье, которые усложняют социализацию пациенток, ухудшая психическое здоровье.

Материал исследования. Основная группа состояла из 101 беременной женщины, в возрасте от 19 до 39 лет, средний возраст которых составил $26,75 \pm 2,5$ года, с диагнозом умеренной преэклампсии. Группа сравнения включала 40 беременных женщин в возрасте от 21 до 42 лет, средний возраст которых составил $29,45 \pm 2,5$ года, условно здоровых, без признаков преэклампсии, находящихся в сроке беременности от 30 до 41 недели (3-й триместр).

Обсуждение. В основной группе обследованных выделена группа беременных с выраженными признаками преэклампсии, наличием тревожных или тревожно-депрессивных расстройств невротического уровня, мнительными чертами характера, низкими показателями качества жизни и высоким уровнем тревоги, эта группа квалифицировалась как неблагоприятная.

Диагноз преэклампсии (гестоз, поздний токсикоз беременной) основывался на данных анамнеза и сведений о течении беременности, клинической картины заболевания: артериальная гипертензия – САД 160–140 мм рт.ст. или ДАД 110–90 мм рт.ст., возникшие при сроке беременности более 20 недель; головная боль, фотопсии, перестезии; протеинурия $\geq 5,0 - 0,3$ г/л, олигоурия; сердечная недостаточность, гиповолемия и т.д.

У 8% пациенток с преэклампсией возникла психогенная ситуация развода во время беременности. Дисгармоничные отношения в браке отмечали 5% обследуемых. На конфликты с матерями указали 10% женщин. Конфликты с близкими родственниками наблюдались у 5% пациенток. Алкоголизм матери выявлен у 1% пациенток. Одинокие

матери составили 4% среди обследуемых, Незапланированная беременность, когда в семье имелся старший ребенок до 2 лет, имела место у 3% женщин. Следовательно, у беременных с преэклампсией в 31% случаев наблюдались сложные социально-психологические ситуации, связанные с семьей. Если сравнивать с акушерскими проблемами, то они выявлены в 3 раза реже – у 10% женщин, а социальные (потеря работы, перегрузки) – только в 9% случаев. Следует отметить, что в контрольной группе беременных наблюдались лишь единичные случаи конфликтных ситуаций в семейной сфере.

Таким образом, психическое здоровье беременных с преэклампсией характеризовалось расстройствами невротического спектра. Преобладали тревожные расстройства – 20%. Далее в порядке убывания следовали расстройства адаптации – 16%, неврастения – 14%, донозологические расстройства – 14%, обсессивно-компульсивные расстройства – 9%, специфические фобии – 8%, конверсионные расстройства – 7%, дистимия – 7%, синдром вегетативной дисфункции – 5%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что реабилитационные программы должны включать психотерапевтические методы, в первую очередь направленные на психокоррекционную помощь в решении семейных проблем и стабилизацию семьи.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Актуальность исследования. Множество психологических проблем, возникающих как у всей семьи в целом, так и у отдельных её членов, непонимание и неразделение жизненных ценностей и позиций друг друга ведет к конфликтным взаимоотношениям в условиях социокультурной семейной системы, а впоследствии прерывает её нормальное существование. Т.е. разлад в этой системе зачастую становится причиной кризиса и умирания семьи, а также стресс-фактором в формировании длительных депрессивных состояний, снижая социально-психологическое функционирование и качество жизни пациентов с депрессивными расстройствами.

Материал и методы. В течение 2017–2018 гг. проведено обследование 45 пациенток в возрасте от 35 до 60 лет (средний возраст 47,4 года) с диагностированными депрессивными расстройствами по МКБ-10, проходивших стационарное лечение в отделении аффективных состояний.

Использованы основные (клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, нейропсихиатрический, психометрический, клинико-психологический, статистический) и дополнительные (ЭхоЭГ, ЭЭГ, КТ) методы исследования.

На момент поступления и обследования с целью изучения функционирования и определения уровня дисфункциональности семей пациентам предлагалось заполнить тест семейной динамики (адаптированный А.Б. Холмогоровой).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлено, что более половины (31 – 68,9%) пациенток считают, что «Моя семья могла бы быть счастливее, чем это есть на самом деле», что может свидетельствовать о сниженной возможности семейной системы адаптивно и адекватно реагировать на происходящие перемены в жизни, в частности в связи с болезнью самих респонденток, ожидающих к себе большего внимания и эмпатии со стороны других членов семьи и родственников.

Вместе с тем треть пациенток (15 – 33,3%) выбрали тестовое утверждение «Мы сообщаем друг другу о том, как на самом деле идут дела у каждого», что мы расценили как сбалансированный контакт между членами семьи, равноценность и слаженность во взаимодействии, искреннее общение, открытость ожиданий и совместное обсуждение планов на будущее. С другой стороны, в 1,25 раза реже на уровне тенденции зарегистрировано согласие пациенток с утверждением (12 – 26,7%) «Если в нашей семье что-то не так, мы не имеем возможности обсудить это», что указывает на отсутствие открытости и отчетливой определенности в семейной коммуникации.

Утверждение «Наши мнения о семейных проблемах зачастую не совпадают» встречалось с достоверной значимостью в 3,5 раза чаще ($p \leq 0,05$), чем утверждение «У нас одинаковые представления о том, что плохо или хорошо (правильно и неправильно)» (35 – 77,8% против 10 – 22,2%), что в свою очередь может говорить о преобладании неадекватного эмоционального реагирования в сравнении с гармоничным стилем общения членов семьи в процессе взаимодействия.

Согласие респонденток с утверждением «Семейные обязанности в нашей семье разделены справедливо» было зарегистрировано с достоверной значимостью в 3 раза чаще ($p \leq 0,05$), чем утверждение «Иногда нам приходится напоминать друг другу о том, что должно быть сделано тем или иным членом семьи» (34 – 75,6% против 11 – 24,4%). Полученное распределение мы расценили как преобладание в исследовательской выборке женщин согласованности в распределении обязанностей в быту и домашней работе, разделении общей ответственности за воспитание детей, скоординированности внутренней и внешней семейных стратегий.

При тестировании выразили согласие с утверждением «Когда я спрашиваю, почему у нас существуют те или иные правила, я не получаю удовлетворительного ответа» с достоверной значимостью различий в 4 раза большее число опрошенных ($p \leq 0,05$) по сравнению с утверждением «Если я прошу кого-то в семье объяснить, что он имеет в виду, я получаю открытый и прямой ответ» (36 – 80,0% против 9 – 20,0%). Выявленные показатели позволяют констатировать, что респондентки стремятся найти в своей семье единомышленников, чтобы интересы одного члена семьи разделялись другими (по крайней мере, не отвергались), чтобы общение было удовлетворительным для всех, но с соблюдением личной дистанции. Иными словами, 80% пациенток испытывают недостаток в удовлетворении эмоциональных потребностей всех членов семьи.

Утверждение «В нашей семье каждый может следовать своим интересам без обиды со стороны других» встречалось среди опрошенных практически с такой же частотой, что и утверждение «В нашей семье трудно идти своим путем» (23 – 51,1% против 22 – 48,9%). Т.е. половина респонденток выражают удовлетворенность автономной жизнью взрослых членов семьи, другая половина, напротив, не удовлетворены своей зависимостью от других, испытывают потребность в большей степени самостоятельности и личной свободы.

Заключение. Таким образом, наличие доверительно-эмпатических отношений, чувство единства и способности искренне сопереживать другому являются залогом качества жизни семьи и гармоничной семейной структуры. Семейная стабильность базируется на принятии и одобрении логики поведения других членов семейной системы. Эти принципы были основополагающими в психотерапии пациенток с депрессивными расстройствами при проработке проблем в семье.

ПЕРВИЧНАЯ ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Луцинская С.И.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Минск, Республика Беларусь

Во всем мире все более актуальной становится проблема психического здоровья населения. В последние годы происходит неуклонный рост заболеваемости, а вместе с ней и инвалидности вследствие данной патологии. Специалисты ВОЗ отмечают, что бремя психических расстройств оказывает заметное влияние на системы здравоохранения по всему миру.

Высокая распространенность психической патологии влечет за собой серьезные последствия для социальной сферы, прав человека и экономики. Особую обеспокоенность вызывает рост числа психических расстройств среди детского контингента. Психические расстройства у детей и подростков имеют самые разнообразные проявления и затрагивают различные сферы жизни. Сейчас есть понимание того факта, что психические расстройства в детском возрасте могут приводить к длительным нарушениям во взрослой жизни. Кроме того, психические расстройства являются одной из ведущих причин инвалидности детского населения как во всем мире, так и в Республике Беларусь.

Целью данного исследования стало изучение состояния первичной инвалидности детского населения вследствие психических расстройств в Республике Беларусь.

Для достижения поставленной цели проанализированы данные Республиканской информационно-аналитической системы по медицинской экспертизе и реабилитации инвалидов Республики Беларусь за период 2014–2018 гг., функционирующих в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации». При расчете интенсивных показателей (уровня первичной инвалидности) использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

В 2018 г. доля психических заболеваний среди всех классов болезней, приводящих к первичной инвалидности среди детей, составила 18,3%, что немногим меньше доли детей-инвалидов вследствие врожденных аномалий (23,1%). Всего за последние 5 лет инвалидами вследствие психических расстройств впервые было признано 3 059 детей. При этом число детей-инвалидов ежегодно возрастало. Так, в 2014 г. впервые были признаны инвалидами вследствие психической патологии 472 чел., в 2016 г. – 633 чел., в 2018 г. – 738 чел. Таким образом, с 2014 г. по 2018 г. число признанных инвалидами увеличилось на 266 чел., или на 56,4%. Уровень первичной инвалидности в среднем за год составил 3,35 на 10 000. Уровень первичной инвалидности также ежегодно повышался, а в целом за исследуемый период вырос на 49,4% (с 2,66 на 10 000 населения в 2014 г. до 3,97). Анализ первичной детской инвалидности за 5-летний период с учетом пола показал, что инвалидами вследствие психических расстройств чаще признавались мальчики (2 201 – 72,0%), чем девочки (858 – 28,0%). Уровень первичной инвалидности на протяжении исследуемого периода также был выше среди мальчиков. Так, среднегодовой уровень первичной инвалидности среди мальчиков составил 4,68 на 10 000 населения, превысив таковой показатель в 2,4 раза среди девочек (1,93).

Среди мальчиков и девочек возросли показатели первичной инвалидности вследствие психических расстройств. Однако в контингенте мальчиков темп прироста был выше (57,1%). Уровень первичной инвалидности вырос с 3,55 на 10 000 населения в 2014 г. до 5,58 в 2018 г. Среди девочек уровень первичной инвалидности вырос с 1,72 на 10 000 населения в 2014 г. до 2,27 в 2018 г., темп прироста составил 32,4%.

Анализ первичной детской инвалидности с учетом места проживания выявил преобладание в исследуемом контингенте городских жителей (76,8% – 2 350 чел.) Жителями села являлись 23,2% исследуемого контингента (709 чел.). Однако среднегодовой уровень первичной инвалидности был несколько выше среди сельских жителей – 3,57 на 10 000 сельского населения против 3,28 на 10 000 городского населения. При этом в 2015 г. и 2016 г. уровень первичной инвалидности среди городских жителей превысил аналогичный показатель среди жителей села. Темп прироста показателей первичной инвалидности в исследуемом периоде был выше среди городских жителей (53,1%), т.е. уровень первичной инвалидности вырос с 2,55 на 10 000 населения до 3,91. Среди жителей села уровень первичной инвалидности возрос с 2,98 на 10 000 населения до 4,08, или на 37,1%.

Чаще всего инвалидность вследствие психических расстройств устанавливалась детям в возрасте 5–9 лет. 1 375 детей (44,9% от всех детей) в возрасте от 5 до 9 лет впервые признаны инвалидами вследствие психических расстройств за исследуемый период в Республике Беларусь. Второе ранговое место занимает возрастная группа детей 1–4 года (738 детей – 24,1%). Дети в возрасте 10–14 лет составляют 18,9% исследуемой совокупности (577 чел.), в возрасте 15–17 лет – 11,9% (363 чел.). Инвалидность вследствие психических расстройств детям до года устанавливалась в единичных случаях (6 детей – 0,2%). Уровень первичной инвалидности вследствие психических расстройств также был наибольшим в возрастной группе 5–9 лет – в среднем за год 5,24 на 10 000 населения, в возрасте 1–4 года – 3,16, 15–17 лет – 2,67, 10–14 лет – 2,57. В самой младшей возрастной группе уровень инвалидности в среднем за год составил всего 0,10 на 10 000 населения.

Обращает на себя внимание тот факт, что инвалидность вследствие психических расстройств всё чаще устанавливается в более младших возрастных группах. Так, уровень первичной инвалидности в возрастной группе 1–4 года вырос на 80,9% – с 2,25 на 10 000 населения в 2014 г. до 4,07 в 2018 г., в группе 5–9 лет – на 65,0% (с 3,89 на 10 000 населения в 2014 г. до 6,42 в 2018 г.), а в старшей возрастной группе 15–17 лет, напротив, снизился на 21,8% (с 3,02 на 10 000 населения в 2014 г. до 2,36 в 2018 г.

Наибольший вклад в формирование детской инвалидности вследствие психических расстройств вносит умственная отсталость (55,1% от всех случаев установления инвалидности вследствие психических расстройств). Всего за 5 лет инвалидами вследствие умственной отсталости признано 1 687 детей. Ежегодно число детей-инвалидов вследствие психических расстройств увеличивалось – за 5 лет на 35,1% (с 288 чел. в 2014 г. до 389 чел. в 2018 г.). Уровень первичной инвалидности вследствие психических расстройств в среднем за год составил 1,85 на 10 000 населения и за исследуемый период вырос на 29,0% – с 1,62 на 10 000 населения в 2014 г. до 2,09 в 2018 г.

Также значительный вклад в формирование первичной детской инвалидности вследствие психических расстройств внесли расстройства психологического развития (1 184 ребенка – 38,7%). Число таких детей также ежегодно увеличивалось, за 5 лет – с 154 чел. до 298 чел. Уровень первичной детской инвалидности вследствие расстройств психологического развития повысился на 84,9% – с 0,87 на 10 000 населения в 2014 г. до 1,60 в 2018 г., среднегодовой уровень инвалидности составил 1,30 на 10 000 населения. Вклад остальных классов болезней был менее существен: удельный вес органических психических расстройств – 3,4%, шизофрении – 1,9%, эмоциональных расстройств и расстройств поведения – 0,8%.

Чаще всего детям-инвалидам вследствие психических расстройств устанавливалась II и III степени утраты здоровья, удельный вес детей-инвалидов со II степенью утраты здоровья – 47,2%, с III степенью – 45,6%. Наиболее тяжелая IV степень установлена в 4,4% случаев, наиболее легкая I степень – у 2,8% детей. Тяжесть первичной детской инвалидности (суммарный удельный вес детей-инвалидов с III и IV степенями утраты здоровья) в среднем за исследуемый период составила 50,0%. Существенных колебаний данного показателя за последние 5 лет не отмечено.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало весьма негативную тенденцию к росту детской инвалидности вследствие психических расстройств, что в свою очередь свидетельствует о необходимости разработки современных персонализированных медицинских технологий и совершенствовании не утративших клинической эффективности и проверенных временем способов лечения и реабилитации детей, страдающих данным недугом.

ПОКОЛЕНИЕ ONLINE. ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ

Любасва Е.В.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства
здравоохранения РФ, Москва, Россия**

Интернет – важное и нужное изобретение человечества, настолько грандиозное по своей полезности, что его можно сравнить с любым крупным открытием в науке. Он незаменим для поиска и передачи информации, ориентирования на карте местности, установления контакта на огромном расстоянии. Интернет произвел революцию в сознании людей в пределах жизни всего лишь одного поколения. Всего 20–30 лет отделяют нас от того времени, когда московское метро считалось самым читающим, когда почти все дети любили читать в каникулы, некоторые даже прятались с книгой в укромное место, чтобы никто не мешал.

Попытаемся представить себе перемещение во времени взрослого человека из конца 90-х годов в наши дни... Что может его удивить и даже поразить, помимо новых современных зданий, дорожных развязок, новых трамваев и широких московских тротуаров? В метро, автобусах, на улицах и в кафе – повсюду внимание большинства людей сосредоточено на экране небольшого устройства. Кто-то не видит ничего вокруг, поглощен изучением публикаций и сообщений, а иной даже не слышит окружающего мира, потому что наушники соединяют его с телефоном или планшетом. «Общение» с собеседником представляет собой обмен короткими сообщениями, в которых эмоциональная составляющая представлена набором изображений лиц («смайликов»), и система аффективной эмоциональной регуляции становится невосребованной. Это не что иное как проявление эмоциональной депривации. Подростки используют при печати сообщений свои «коды», сокращения, попросту упраздняя и исключая из употребления многие правила русского языка. Особым шиком является транскрибирование при написании слов. Такие упражнения не способствуют развитию грамматических навыков и сохранению грамотного письма.

До появления смартфонов беспокойство родителей ограничивалось чрезмерным увлечением детей компьютерными играми и общением на сайтах со сверстниками. Ограничивать время пребывания ребенка за компьютером было существенно легче, потому что использовали специальные программы родительского контроля, и настройки компьютера позволяли установить определенные параметры безопасности.

Когда интернет стал предоставляться детям на мобильных устройствах, они в большинстве своем перестали читать книги. Конечно, родители пытаются заставить детей читать, отбирают мобильное устройство, придумывают различные способы заинтересовать ребенка книгой. Возможно, есть ещё такие дети, для кого книга осталась важной составляющей в жизни. Хочется верить, что наши дети прочтут классические произведения отечественной и зарубежной литературы полностью, а не в кратком пересказе учебника. Ведь сокращение чтения ведет прямиком к снижению качества образования в целом. Сожаление вызывает и неспособность наслаждаться чтением, получать эстетическое наслаждение от литературного языка и увлекательного захватывающего сюжета произведения.

При постоянном использовании смартфона для общения в социальных сетях у ребенка и подростка происходит изменения в состоянии функций ЦНС: снижаются концентрация внимания и продуктивность умственной деятельности. Ослабевает учебная мотивация, у ребенка пропадает желание ходить в школу. Школьная мотивация складывается из собственно учебной мотивации и мотивации на внеучебную деятельность (общение со сверстниками, участие в школьных мероприятиях). Зависимость от социальных сетей приводит к снижению мотивации как учебной, так и внеучебной. У старших подростков нарушается режим «сон-бодрствование», так как общение в сети не прекращается с наступлением ночи. Психоэмоциональное возбуждение не позволяет подростку заснуть, а утром он не в состоянии встать с постели и пойти в школу. Сначала дети пропускают первые уроки, затем отдельные учебные дни. Нередко подростки спят днем, для того чтобы ночью быть в сети. Происходит снижение умственной работоспособности подростка, нарушается целенаправленная деятельность. Нарушение сна, аппетита и учебной деятельности являются основными индикаторами формирования зависимого поведения подростка.

Таким образом, бесконтрольное использование интернет-ресурсов на мобильном устройстве детьми и подростками может привести к таким нежелательным явлениям, как депривация сна, эмоциональная депривация, эстетическая депривация, двигательная депривация, нарушение учебной деятельности. Важную роль в профилактике зависимого поведения играют увлечение спортом, творчеством, литературой, музыкой и искусством. Необходимо учитывать особенности подросткового возраста, чтобы создавать ребенку пространство для живого общения со сверстниками. Для подростка важно иметь взрослого авторитетного наставника, который покажет личный пример успешной жизни и поведет за собой.

Таким наставником может быть не только родитель, но и тренер или инструктор, учитель или друг семьи, или старший родственник. Тренировка механизмов волевой регуляции деятельности, стимулирование учебной мотивации и развитие механизмов целеполагания могут предотвратить нарушение поведения и формирование зависимости от социальных сетей. Возможно, в недалеком будущем изменится отношение к мобильному интернету, как изменилось отношение к проблеме курения табака, и повсюду будет создаваться пространство, свободное от интернет-паутины. Тогда появится надежда на новое поколение, которое будет жить в реальном, а не виртуальном мире.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО СООБЩЕСТВА В ПРОГРАММЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И РЕЛИГИОЗНЫМ МИРОВОЗЗРЕНИЕМ

Магай А.И.^{1,2}, Бабурин А.Н.^{1,2}, Копейко Г.И.¹, Борисова О.А.¹

¹ ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

² Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости, Москва, Россия

Активное развитие реабилитации в медицине и смежных областях знаний, а также научно-практическая разработка психосоциальных подходов в реабилитологии является важнейшей характеристикой современного состояния науки. Целостный интегративный подход становится «золотым стандартом» в лечении психически больных. Особое место в разработке новых подходов в реабилитации занимают стратегии по созданию терапевтического сообщества с выстраиванием эффективных социальных сетей среди больных, членов их семей, а также людей, осуществляющих помощь и поддержку. Подобное решение оказывает положительное влияние на уровень социального функционирования и способствует повышению эффективности лечения.

Коморбидные ассоциированные двойные состояния – психопатологические образования, наблюдаемые при хроническом психическом заболевании и одновременном употреблении психоактивных веществ (Бохан Н.А., 2009). В реабилитации данной группы больных отмечена необходимость использования как психосоциальных, так и социотерапевтических методов работы (Дудко Т.Р., 2003; Сидоров П.И., 2006). Исследователи обращают внимание на значимость разносторонности усилий (мультидисциплинарный подход) и использование многообразных и персонализированных форм (моделей) реабилитационных мероприятий (Соборникова Е.А., 2013).

Отмечающийся в последние два десятилетия интерес к проблемам религиозности у психически больных и изучение влияние конфессионально-ориентированных реабилитационных технологий на клинику и лечение больных с религиозным мировоззрением определяется значительным числом практикующих верующих в России. Согласно ряду социологических исследований, свыше 65% населения России причисляют себя к православным христианам, а религия является главным, а в некоторых случаях единственным ресурсом, к которому прибегают больные и их родственники, столкнувшиеся с проблемой хронической психической патологии (Борисова О.А. и др., 2016).

В дальнейшем исследовании при указании на религиозное мировоззрение будет учитываться опыт работы с больными православной христианской традиции. В традиционной христианской системе ценностей не вызывает сомнения роль института семьи. Устройство семьи по типу Малой Церкви является важным положением, влияющим на взаимоотношения группы людей в семьях верующих. Православная община рассматривается как многосемейное сообщество, объединившееся на основе религиозных ценностей. Научные исследования семьи в аспектах формирования и прогрессивности психической патологии свидетельствуют о том, что нарушение семейной структуры является одним из основных факторов в поддержании патологического состояния у больных с аддиктивными расстройствами (Москаленко В.Д., 2014). Отмечено положительное влияние на становление ремиссии в случае участия в реабилитационном процессе всей семьи у пациентов, страдающих хроническими психическими заболеваниями (Солохина Т.А. и др., 2012). В связи с этим у больных с коморбидной патологией и религиозным мировоззрением семья является мощным ресурсом, который необходимо использовать при создании современной программы психосоциальной реабилитации в условиях семейного сообщества.

Научные исследования среди семей с аддиктивными расстройствами и психической патологией, проводившиеся специалистами Белградской антиалкогольной школы в конце XX века, позволили выделить патологические внутрисемейные механизмы, обеспечивающие малую терапевтическую динамику зависимого поведения больных в случае индивидуальных форм работы. Известный представитель югославской школы Бранко Гачич использовал семейный подход в коррекции проблем, вызванных аддиктивными расстройствами. Другой крупный исследователь, экс-президент Всемирной ассоциации социальной психиатрии Владимир Худолин, предложил использовать принцип многосемейного сообщества для помощи больным с аддиктивной патологией и пограничными психическими заболеваниями.

Теоретическим обоснованием реализации семейного подхода являются положения общей теории систем Л. фон Берталанфи и принципы системной семейной терапии М. Боуэна. В основе такой работы находится понимание семьи как части общей экосистемы с собственным «гомеостазом», что позволяет проводить «интенсивную комбинированную семейную терапию алкоголизма» (Nastasic P., 2017). По концепции «выраженных эмоций», у больных эндогенными психическими заболеваниями более чем в 2 раза выше уровень развития рецидивов психического заболевания в том случае, если они живут в семьях с высоким уровнем эмоционального напряжения (Bebbington P. et al., 1994).

В рамках семейного сообщества в условиях реабилитации необходимо провести оценку и коррекцию ценностных установок на разных уровнях взаимодействия участников процесса. В традиции системного семейного подхода постулируется, что семья как система определяется совокупностью составляющих её элементов. Таким образом, семья значительно больше, чем набор характеристик каждого из её членов. В этой связи необходим целостный анализ специфических эмоциональных потребностей, взаимосвязей и взаимных интеракций членов семьи в общей сети. На экосистемном уровне, который представляется более объемным, чем просто сумма характеристик социальных групп, составляющих семейную систему, проблемы в семье рассматриваются как результат множественных нарушений взаимодействий семьи и окружающего её сообщества. На социальном уровне принимаются во внимание различные социально-культурные факторы, воздействующие на больного и членов его семьи. Определяющим является отношение культурной среды к потреблению алкоголя – принятие алкогольного поведения поддерживает высокий уровень алкоголизма в обществе. В то же время внимательное отношение к больным, столкнувшимся с проблемами зависимого поведения, снижает уровень стресса и повышает уровень социальной поддержки в социальной сети. Другим фактором является уровень развития общественного сознания в области помощи больным психическими заболеваниями. О высоком уровне социальной ответственности и культуре семейной поддержки свидетельствует тот факт, когда члены семьи признаются в качестве естественных помощников, партнеров на всех этапах лечения человека с психическим заболеванием. На семейном уровне психические проблемы в связи с коморбидными расстройствами способны оказывать негативный эффект на функционирование семьи в той степени, в которой семейная система считает для себя невозможным преодоление возникших проблем без использования алкоголя и дезадаптивных форм поведения.

Убежденность пациента и его родственников в том, что употребление алкоголя «помогает» в преодолении личностных проблем или способно справиться с болезненными симптомами и проявлением психической патологии поддерживает систему верований и укрепляет формы поведения, иницирующие злоупотребление. В то же время конструктивная работа с ценностями и личностными смыслами в рамках психобразования в условиях семейного терапевтического сообщества оказывает выраженное антинаркотическое действие, способствует коррекции дисфункционального семейного стиля и межличностных отношений и информированию по вопросам психического заболевания и его лечения, помогает в развитии навыков эффективного решения проблем, положительно влияет на выработку и поддержание реалистичных ожиданий, а также повышение приверженности лечению.

Югославский опыт реабилитации, основанный на многосемейном сообществе, в религиозной среде нашел выражение в деятельности приходских семейных клубов трезвости. Реабилитационная программа для людей с коморбидной патологией и религиозным мировоззрением осуществляется на базе приходов Русской Православной Церкви (Бабурин А.Н. и др., 2016). Исследование эффективности программы профессионально-ориентированной реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью, проводившееся на базе ФГБНУ НЦПЗ в 2016–2018 гг., подтвердило высокую эффективность технологии, сочетающей в себе мультидисциплинарный подход, семейную системную терапию и религиозные копинг-стратегии (Копейко Г.И., 2019).

У больных с религиозным мировоззрением наиболее успешное функционирование семейного сообщества отмечается в условиях православного прихода. Погружение в практическую религиозную жизнь позволяет принять новую реальность, переосмыслить отношение к болезни, найти новые смыслы, включающие в себя и необходимость лекарственного лечения, а также медицинских манипуляций в связи с психическим заболеванием. Принадлежность семейного сообщества к поддерживающей группе, каковой является православная религиозная община, позволяет расширить репертуар социального взаимодействия, получить необходимую поддержку в условиях религиозной социальной сети, освоить новые стратегии религиозного копинг-поведения. Различные формы религиозной активности семейного сообщества в структуре профессионально-ориентированной программы реабилитации направлены на решение практических задач на соответствующих уровнях функционирования больного.

На индивидуально-психологическом и психофизиологическом уровнях учитываются личностные особенности, требующие коррекции – стремление быть в центре внимания, «поверхностный интеллект», боязливость, эмоциональная чувствительность и ранимость, обидчивость. На социально-культурном уровне возможными мишенями работы становятся инфантилизм, неустойчивая самооценка, культурное недоразвитие, беспринципность, нарушение полоролевой идентификации. На духовно-нравственном уровне обращают внимание на такие личностные особенности, как эгоизм, эгоцентризм, стремление к самоутверждению, «размытая» или перевернутая иерархия ценностей, стремление «казаться», потребительство, стремление получать удовольствия от жизни (гедонизм).

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Магденко О.В.¹, Добряков И.В.²

¹ФГАОУВО «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», Новосибирск, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Оказание перинатальной помощи (паре, имеющей проблемы с зачатием, женщинам во время беременности и родов, диаде «мать – младенец» в постнатальном периоде) эффективно в случае, если применяется биопсихосоциальный мультидисциплинарный подход. Участвовать в этой работе должны разные специалисты, в том числе врачи (акушеры-гинекологи, терапевты, неонатологи, психотерапевты, репродуктологи), психологи, социальные работники и др. Для координации их деятельности необходимо формирование перинатального комплаенса, суть которого во взаимопонимании и партнерском взаимодействии как женщины и мужчины, так и всех специалистов, способствующих благополучному течению репродуктивного процесса (Добряков И.В., 2003, 2015). Этому способствует рассмотрение личности как динамической системы отношений (Мясищев В.Н., 1974) и семьи как системы (Bowen M., 1978; Варга А.Я., 2001; Эйдемиллер Э.Г., 2002; Minuchin S., 1998). Согласно закону гомеостаза, каждая система стремится сохранить свое положение, каким бы оно ни было, а появление в системе нового элемента нарушает её стабильность, может приводить к нарушению её функционирования. Постепенный отказ от патерналистского подхода в неонатологии привел к повышению интереса к динамике процессов, происходящих в семье во время беременности, родов, в постнатальном периоде.

Создание семьи формируется на основе взаимной любви мужчины и женщины. При оптимальном развитии их отношений они становятся доверительными, искренними, постепенно уходит чувство стыда наготы по отношению к партнеру в паре (Jacoby M., 1991), возникает диада – супружеский холон. При появлении беременности, рождении ребенка, формировании бондинга (Winnicott D.W., 1966; Scharff J.S. et al., 2005) женщина становится членом одновременно двух семейных диад (подсистем) – «муж-жена» и «мать-дитя». То есть в семье создается ситуация, имеющая все признаки критической: возникают стойкие эмоциональные реакции, связанные с определенным событием и требующие больше продолжительного времени и больше затрат на адаптацию, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок. Возникающая при этом ситуация, характеризующаяся появлением и актуализацией комплексов Эдипа, Электры, Лайя, Иокасты (Kausen R., 1972; Ross J.M., 1979; Dobryakov I., Malashonkova E., 2012), часто затрудняет выполнение семейных функций.

Для профилактики и коррекции этого в акушерство и в неонатологию внедряются психологически обоснованные рекомендации. Это отражено в изданном в 2009 г. приказе Минздравсоцразвития России № 808н, согласно которому в штатных нормативах персонала женской консультации появились врач-психотерапевт, медицинский психолог, социальный работник. Теперь на некоторые занятия дородовой подготовки кроме беременных женщин приглашаются будущие отцы, проводится подготовка в семейно-ориентированном партнерском роде. Рекомендацию осуществлять в акушерских стационарах семейно-ориентированные (партнерские) роды содержит пункт 31 Приказа Минздрава РФ от 1.11.2012 г. № 572н. Большим достижением стало внедрение методологии «Открытая реанимация», предусматривающей совместное пребывание ребенка с родителями (законными представителями) в отделениях реанимации и интенсивной терапии. В основе данной методологии лежит семейно-ориентированный подход, при котором семья рассматривается как единый субъект в процессе работы со специалистами медицинского учреждения при разработке плана подготовки, реализации и в оценке качества медицинской помощи (Лазарев В.В., Савва Н.Н., Вартанова К.А., 2018).

Таким образом, мы полагаем, что реализация политики семейно-ориентированного подхода благоприятно скажется не только на состоянии ребенка и семьи, но и на прогрессе комплаенса разных специалистов, оказания профессиональной медико-психологической помощи, улучшении качества работы, повышении уважения и доверия к системе здравоохранения в целом.

ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Макимова И.В., Березовская М.А.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия

Родственники пациентов, впервые обратившихся за психиатрической помощью, имеют высокий уровень невротизации, высокую личную и ситуативную тревожность, склонность к созависимому поведению, что можно скорректировать с помощью мероприятий психологической помощи. Одним из основных этапов в течении и прогнозе болезни является её дебют. В работе с родственниками пациентов с первым психотическим эпизодом есть свои трудности, а именно многие родственники отрицают сам факт наличия заболевания; родственники пациентов боятся встретить кого-то из знакомых; считают, что единственный вариант терапии заболевания – медикаментозное лечение.

Материал исследования. Для реализации цели работы было проведено исследование группы родственников пациентов, в 2017–2018 гг. проходивших стационарное лечение в Красноярском краевом психоневрологическом диспансере № 1. Программа сопровождения проводилась с отобранной группой из 15 родственников. В нее вошли родственники, лично заинтересованные в результатах исследования и выразившие желание регулярно участвовать в работе группы.

Цель программы: нормализация эмоционального состояния родственников пациентов с первым психотическим эпизодом. Задачи занятий по модульному принципу: коррекция представлений родственников о проблемах пациента для лучшего понимания его состояния, преодоления собственной растерянности, страха и потрясения, чувства личной вины по отношению к заболеванию пациента в контексте формирования терапевтического альянса и создания обстановки сотрудничества, достижение которых обеспечивает в дальнейшем повышение эффективности лечебно-реабилитационного процесса для пациента. Форма проведения сопровождения: групповая (15 чел.). Метод проведения сопровождения: психологические упражнения, беседа. Время прохождения сопровождения: 11 недель.

Наиболее значимым было усиление активности родственников, сопровождавшееся появлением уверенности в своих силах, более оптимистичного взгляда на будущее, высказываний об обретении единомышленников, с которыми возможно обсуждать насущные проблемы, на взаимную помощь которых можно рассчитывать. Большая часть родственников пересмотрела свое отношение к болезни пациента и свою роль

в помощи и поддержке. У большинства участников к концу занятий (с учетом индивидуальных потребностей) сформировалось более адекватное восприятие проблем пациента, появились новые цели и решения насущных проблем, уверенность в своих действиях по адаптации пациента, уменьшилось или исчезло чувство вины. Главное, у них появился постоянный источник психосоциальной поддержки в виде сообщества родственников пациентов с подобными проблемами.

Навыки практического применения полученных родственниками знаний проявлялись в том, что они более осознанно и целенаправленно выполняли требования и рекомендации врача, стали лучше ориентироваться в проявлениях самого расстройства и более адекватно помогать пациенту, а в ряде случаев научились распознавать и предупреждать обострение заболевания.

С учетом полученных данных, касающихся снижения субъективно-го внутреннего и субъективного внешнего бремени семьи, можно говорить о тенденции к позитивным изменениям в уровне семейного функционирования, напрямую связанным с взаимоотношениями с пациентом в этих семьях. С уменьшением подавленности, чувства вины, растерянности родственники стали уделять больше внимания вопросам не только лечения пациентов, но и их социальной реадaptации, стремясь, по возможности, вернуть их в общество, увеличить общение с окружающими. Исчезли чувство досады, раздражения, усталости, сопровождавшие родственников после сообщения о болезни, вследствие чего отношения с пациентами стали более теплыми и доверительными. Родственники научились распознавать ухудшение состояния и вовремя обращаться за помощью, четко выполняя все назначения и инструкции, что также способствовало улучшению состояния пациента. Объективное бремя семьи также имело тенденцию к уменьшению. Взаимоотношения и взаимопонимание с родственниками и близкими улучшилось, ряд участников группы возобновили трудовую деятельность, некоторые были готовы это сделать.

Психообразовательный процесс, прежде всего с членами семьи пациента, имеющий многогранную направленность и затрагивающий все сферы функционирования семьи в контексте совместного проживания с пациентом, перенесшим психотический эпизод, влияет на снижение уровня нагрузки на семью. Учитывая вышеизложенное, можно сделать заключение, что психообразование членов семей пациентов первого психотического эпизода помогает решить проблемы, связанные с неправильным восприятием ими болезни и больного. С одной стороны, это помогает избежать негативных паттернов поведения (в том числе дисциплинарных мер) по отношению к пациенту, способствует более

эффективной социальной поддержке пациента со стороны семьи, с другой стороны, способствует пониманию и обнаружению родственниками ранних признаков начинающегося рецидива у больного и соответственно, своевременному обращению за специализированной помощью, что в конечном итоге снижает уровень нагрузки на семью и положительно сказывается на семейной составляющей социального функционирования пациента.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ СВОЕГО ОСОБЕННОГО РЕБЁНКА КАК РЕСУРС ДЛЯ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ РОДИТЕЛЯ

Маслобоев С.Г.

**Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева, Красноярск, Россия**

Наша работа направлена на исследование взаимосвязи полноты и динамики представления о развитии своего особенного ребенка и совладающего поведения родителя. В основе данной работы лежат теоретические и практические представления о концепции стресс-копинга (Г. Селье, Р. Лазарус, В.А. Бодров, С. Хабфолл), семейном системном подходе (М. Боуэн, АЛ. Варга, К. Витакер, С. Минухин, В. Сатир, Э.Г. Эйдемиллер), субъективном подходе к совладающему поведению (В.А. Абабков, Л.И. Анцыферова, В.А. Бодров, Л.А. Китаев-Смык, Т.Л. Крюкова, С.К. Нартова-Бочавер, И.М. Никольская, В.М. Ялтонский), о концепции психологии семейного совладания (А.И. Донцов, К.М. Гайдар, В.А. Штроо, Ю.Б. Захарова, Е.В. Куфтяк).

В подходе психологии семейного совладания разработано и сформулировано понятие семейного совладания, как механизма активного преодоления кризисных (трудных) ситуаций семьей. Показана и описана вариативность процесса разрешения трудных ситуаций в семье, а также влияние этой вариативности на качество отношений в семье. В данном подходе имеется модель развития семейной устойчивости, выделены и дифференцированы формы совладания в контексте семейных отношений: индивидуальный, диадический и семейный копинг. Представлена четырехкомпонентная структура семейной целостности.

На наш взгляд, на сегодняшний день далеко не в полной мере изучены механизмы соотношения индивидуального совладания с семейным совладанием и встраивание этого в общественное функционирование группы (семьи), как общественной единицы со своими характеристиками и особенностями.

В выполняемом нами исследовании внимание акцентируется на изучении внутрисемейных детско-родительских отношений, причем методика исследования построена так, чтобы определить феноменологию реальной жизни и адаптации родителя, ребенка и всей семьи в этой реальной жизни в виде оценочных субъективных ресурсных представлений и их связи с совладающим поведением. На наш взгляд, таким образом мы не отрываем поведение из реального контекста субъективных оценок своих ресурсов, а также собственным отношением к этому своей деятельностью. При этом ресурсы понимаются в самом широком смысле (то, что может быть использовано в достижении своих целей). Самый главный оценочный ресурс – это когнитивный, который представлен в вариативности представлений реализации своих целей. Для этих целей нами были подобраны соответствующие методики, некоторые из них сейчас находятся на стадии доработки в рамках проводимого исследования.

Литература

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование жизненных ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15, № 1. – С. 16.
2. Битюцкая Е.В. Когнитивное оценивание и стратегии совладания в трудных жизненных ситуациях: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2007. – С. 21–23.
3. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. Ч. 3. Стратегии и стили преодоления стресса // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 3. – С. 108–109.
4. Зуськова О.Э. Становление семьи и развитие личности // Становление брачно-семейных отношений / под ред. М.С. Мацковского, Т.А. Гурко. – М., 1989. – С. 71–83.
5. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. – Кострома, 2004.
6. Куфтяк Е.В. Совладающее поведение семьи как групповой феномен // Материалы IV Всероссийского съезда РПО. В 3-х т. – М.; Ростов-на-Дону, 2007. – Т. 2. – С. 171.
7. Нартова-Бочавер С.К. «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 5. – С. 20–30.
8. Черенева Е.А., Володенкова Е.А., Беляева О.Л. Роль детско-родительских отношений в формировании агрессивного поведения у детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра // Педагогический журнал Башкортостана. – 2018. – № 4 (77). – С. 117–122.
9. Черенева Е.А., Елтышева Н.В., Беляева О.Л., Брюховских Л.А. Влияние детско-родительских отношений на развитие коммуникации у младших школьников с расстройством аутистического спектра (РАС) // Научные исследования и разработки. Социально-гуманитарные исследования и технологии. – 2018. – Т. 7, № 4. – С. 53–60.

МОДЕЛИ ОЦЕНКИ КОМПЛАЕНСА С УЧЕТОМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАЦИЕНТОВ И РОДСТВЕННИКОВ

Митихин В.Г., Ястребова В.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Актуальность. Широкая распространенность некомплаентности при психических расстройствах имеет тяжелые последствия, прежде всего из-за возрастания частоты обострений заболевания. Согласно литературным и клиническим данным, от 20 до 80% больных шизофренией в той или иной степени нарушают режим назначенного лечения (Лутова Н.Б. и др., 2007; Данилов Д.С., 2014; Kane J.M. и др., 2013). Как показывают отечественные и зарубежные исследования, особенности взаимоотношений в семье, понимание членами семьи необходимости лечения, их взгляды на риск и пользу от лечения, убеждения, стигма и другие семейные факторы во многом влияют на комплаентность больного (Солохина Т.А., 2018).

Цель исследования: разработка моделей и алгоритмов для оценки уровня комплаенса пациентов с учетом клинических, социально-демографических, психологических характеристик пациента и характеристик семейного окружения, а также факторов оказания психиатрической помощи.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 107 пациентов (из них 44 мужчины и 63 женщины) с диагнозами шизофрении, шизоаффективного и шизотипического расстройства, соответствующими критериям МКБ-10, а также 105 членов их семей (из них 27 мужчин и 78 женщин).

В исследовании использована батарея тестов из 12 клинических и психологических опросников и шкал. Для обработки полученных данных использовались методы: клинический, статистический (корреляционный и регрессионный анализы), методы системного анализа, метод анализа иерархий.

Результаты. В качестве показателей уровня комплаенса пациентов и родственников в нашей работе рассматривались интегральные показатели, сформированные на основе показателей наиболее весомых субшкал шкалы медикаментозного комплаенса (Лутова Н.Б. и др., 2007). Этот выбор исходных субшкал основан на анализе экспертных оценок значимости субшкал шкалы медикаментозного комплаенса. Совокупность причин, положительно или отрицательно влияющих на комплаенс пациентов с шизофренией, была разделена на три группы факторов.

1-я группа – социально-демографические особенности пациентов: источник доходов, возраст, социальное функционирование; психологические факторы (осознание необходимости лечения, отношение к терапии, осознание болезни); синдромальные характеристики. 2-я группа – особенности семейного окружения (отношения в семье, отношение к болезни родственника, отношение родственника к приему лекарств). 3-я группа – особенности оказания психиатрической помощи (взаимоотношения с врачом, оценка общения «врач – пациент», терапевтический альянс, удовлетворенность пациентов и родственников помощью).

Исходный список социально-демографических показателей для пациентов и родственников, а также клиничко-эпидемиологических характеристик пациентов включал около 50 наименований. Среди них: пол, возраст, образование, профессиональная группа, трудовая занятость, доходы, отношения в семье, длительность заболевания, диагноз, реабилитационные программы, социальная активность, инвалидность, число госпитализаций, стадия психопатологического процесса, удовлетворенность пациентов и родственников помощью, отношение к болезни пациентов и родственников, показатель стресса и др.

Основная проблема оценивания комплаенса, психосоциальных особенностей пациентов, отношений в семье, связанная с использованием опросников, шкал и субшкал, которые необходимо применять, состоит в том, что эти инструменты являются порядковыми (ранговыми, дименсиональными) шкалами. Значительная часть факторов процесса реабилитации, характеристик пациентов и родственников (социально-демографических, клинических и т.д.) измеряются на основе ранговых шкал с достаточно произвольным числом уровней оценивания. Так как ранговые оценки не допускают вычисления средних величин, то это, в свою очередь, не позволяет получать корректные интегрированные оценки по разным показателям, стратегиям и подходам.

Проблемы корректного использования ранговой информации в психиатрии (имеется в виду, что ранги – это нечисловая информация) стали обсуждаться в литературе только в последние годы (Bergios G.E., Markova I.S., 2013; Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2018, 2019). Системный анализ проблем оценивания психопатологических состояний, отношений в семье и социальных характеристик пациентов на основе ранговых шкал показывает, что эти проблемы могут быть представлены в виде соответствующих иерархий, структуру которых необходимо учитывать при обработке информации, полученной в рамках этих шкал.

Поэтому применение метода анализа иерархий (МАИ) в этих ситуациях вполне естественно и обоснованно (Митихин В.Г., 2018; Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2019).

На первом этапе обработки данных для формирования групп пациентов и родственников с целью оценки комплаенса в этих группах использовались: 1) результаты теста «Оценка осознания болезни при психозе (ISP)». На основе выявленных оценок по субшкалам этого теста были сформированы две группы: группа пациентов и родственников с полным осознанием болезни (оценки не менее 4 баллов по субшкалам теста ISP); группа пациентов и родственников с неполным осознанием болезни (оценки менее 4 баллов по субшкалам теста ISP); 2) синдромальные характеристики пациентов: группа пациентов с дефицитарными синдромами, группы пациентов с психотическими синдромами (параноидный, аффективно-бредовый, галлюцинаторно-бредовый).

На втором этапе, в рамках сформированных на первом этапе групп пациентов и родственников, проводился корреляционный анализ с целью отбора характеристик пациентов и родственников, значимых для показателя комплаенса. В качестве показателя комплаенса рассматривался показатель отношения пациента и родственника к лекарственным препаратам.

На третьем (окончательном) этапе формировались регрессионные модели показателя комплаентности в зависимости от клинико-эпидемиологических и социально-демографических характеристик пациентов и родственников в рамках соответствующих групп.

Разработаны оригинальные алгоритмы оценки уровня комплаентности пациентов на основе полученных регрессионных моделей, связывающих значимые клинические, социально-демографические, психологические характеристики пациента и характеристики семейного окружения, а также факторы оказания психиатрической помощи с показателем комплаенса пациента.

Заключение. Разработанные инструменты оценки уровня комплаенса пациентов и выделенные при этом значимые для комплаенса характеристики пациента, характеристики семейного окружения и факторы оказания психиатрической помощи позволяют повысить эффективность терапии, выбора персональных стратегий психосоциальных и психообразовательных интервенций, снизить риск повторных госпитализаций и повысить уровень социальной адаптации и качества жизни пациентов и их семей.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Моор Л.В.¹, Рахмазова Л.Д.²

¹ БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой», Омск, Россия

² НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Высокая распространенность тревожно-фобических расстройств (от 14,5% до 27,5%) в популяции, сложности диагностики и лечения, нарастание социальной дезадаптации, снижение качества жизни, экономическое бремя для общества определяют актуальность всестороннего изучения данной патологии. Существенное место в исследованиях занимают работы по изучению роли биологических, социальных, психологических факторов риска. Известно, что перенесенные в детском возрасте психотравмы, текущие стрессы и нарушенное семейное окружение могут увеличивать риск возникновения тревожно-фобических расстройств.

Цель: изучение роли семьи в формировании тревожно-фобических расстройств у пациентов в стационарной выборке.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами было обследовано 125 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, проходивших стационарное лечение в отделении непсихотических психических расстройств № 1 БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» в период с 2013 по 2018 г., состояние которых определялось наличием тревожно-фобической симптоматики невротического уровня.

В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-анамнестический методы, также определялся уровень субъективного восприятия социальной поддержки с помощью многомерной шкалы MSPSS (D. Zimet; в адаптации В.М. Ялтонского, Н.А. Сирота).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 8.

Результаты. В исследовании приняли участие 102 женщины (81,6%) и 23 мужчины (18,4%). Средний возраст пациентов составил $38,3 \pm 11,1$ года ($M \pm \text{Std.Dev.}$). Основная часть участников ($p=0,000$) проходила лечение с диагнозами агорафобия и паническое расстройство (101 – 80,8%), меньшая часть – с паническим расстройством без агорафобии (24 – 19,2%).

Большинство пациентов ($p=0,000$) жили в семьях (119 – 95,2%), состояли в браке (93 – 74,4%) и имели детей (95 – 76,0%). Из всей группы 41,6% ($n=52$) обследованных жили в семьях с дисгармоничным типом отношений. Для таких семей были характерны частые конфликты, не-

понимание, измены, равнодушие, злоупотребление ПАВ одним из супругов. Пациенты с паническим расстройством (16 – 66,7%) чаще, чем пациенты с агорафобией и паническим расстройством (64 – 33,7%), жили в семьях с неблагоприятным климатом ($p=0,0030$).

В большинстве случаев (113 – 90,4%; $p=0,000$) развитию тревожно-фобических нарушений предшествовали различные по характеру и длительности психотравмирующие ситуации. Острые (менее 6 месяцев) отмечались у 37,2% ($n=42$), хронические (более 6 месяцев) – у 36,3% ($n=41$) обследованных, у 26,5% человек ($n=30$) наблюдалось сочетание острых и хронических психотравм. Во всей группе достоверно преобладают ($p=0,000$) психогении семейного характера (78 – 69,1%): супружеские конфликты, измены, алкоголизация супруга, разводы, вынужденная длительная разлука, рождение первого ребенка, трудности в уходе и воспитании, болезни детей, уход повзрослевшего ребенка из семьи; конфликты с другими родственниками, различного рода проблемы у близких (например, болезни, арест или судебный процесс). Реже отмечались проблемы здоровья (операции, травмы, длительные болезни), социальные и производственные проблемам (перегрузки и конфликты на работе, потеря работы, смена места жительства или работы).

По количеству госпитализаций все участники исследования разделились на две группы: пациенты, которые были госпитализированы только 1 раз (54 – 43,2%), и поступающие на лечение неоднократно (71 – 56,8%). Преобладали пациенты второй группы ($p=0,028$), для них были характерны длительные психотравмирующие ситуации, предшествующие развитию тревожно-фобической симптоматики и сохранявшиеся в дальнейшем ($\chi^2=13,9$; $p=0,000$). Преобладание острых психогений наблюдалось у пациентов без повторных госпитализаций.

Для большинства обследованных пациентов было характерно наличие острых и хронических психотравмирующих ситуаций, преимущественно семейного плана. Повторные госпитализации были более типичны для больных, находящихся в длительной психотравмирующей ситуации. Семейные проблемы могут провоцировать развитие болезни и стать фактором, способствующим хроническому течению.

Все пациенты обращались к родным за поддержкой и утешением, большинству было сложно оставаться одним: они нуждались в постоянном присутствии другого человека рядом. Во время панических атак, при развитии тревоги и страха, стараясь преодолеть их, пациенты искали успокоения в беседах с близкими, содержание которых сводилось к просьбам поддержать, убедить, что «всё в порядке».

Агорафобия сопровождалась развитием избегающего поведения разной степени тяжести. При легкой степени избегающего поведения ограничения носили изолированный характер (40 – 39,6%). При умеренной степени (36 – 35,6%) формировался ограниченный образ жизни. Больные могли удалиться от дома только в сопровождении близких, которых они считали «надежными спутниками», с которыми чувствовали себя в безопасности. При тяжелой степени (25 – 24,8%) избегание было выражено настолько, что пациенты не могли выйти из дома без сопровождения даже на короткие расстояния. Часть больных этой группы (17,6% – 22) была вынуждена уволиться, а после потери работы их зависимость от родственников усиливалась.

Оценка социальной поддержки пациентов проводилась с помощью «Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки» (MSPSS). Полученные при её помощи данные говорят о высоком уровне поддержки (средний балл в группе исследования составил $9,7 \pm 2,3$ (M Std.Dev.) при практически равнозначном распределении по шкалам (поддержка семьи – $3,6 \pm 0,9$; друзей – $2,5 \pm 1,6$; «значимых других» – $3,6 \pm 0,8$).

Пациенты с тревожно-фобической симптоматикой постоянно обращаются за помощью и участием, таким образом влияние болезни на себе испытывает их близкое окружение. Поддержка близких людей, с одной стороны, является ресурсом для преодоления болезни, с другой – может усиливать вторичные выгоды от болезни. Считая, что они помогают своим близким, родственники непроизвольно поддерживают существующее положение вещей, подкрепляя беспомощность пациентов. Такая ситуация неизбежно приводит к конфликтам, ухудшает ситуацию в семье. В разной степени это происходит во всех случаях. В семьях пациентов с дисгармоничным типом отношений при наличии длительных психотравмирующих факторов ситуация усугубляется тем, что изначально патологическая семейная система становится ещё более сложной, к прочим конфликтам присоединяются проблемы, связанные с нарастающей беспомощностью пациентов. Поэтому важными задачами в психотерапевтическом лечении пациентов с тревожно-фобическими расстройствами являются развитие их самостоятельности, разрешение конфликтов, нормализация семейных отношений.

Выводы. Таким образом, можно сделать выводы о том, что связь между тревожно-фобическими расстройствами и семьей носит двунаправленный характер: во-первых, семейные проблемы могут быть факторами, способствующими развитию болезни; во-вторых, дезадаптация, возникающая вследствие выраженного страха и избегающего поведения, приводит к нарушению семейных отношений.

ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА В ИНИЦИАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ВОЗРАСТНОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ЭТИОЛОГИИ

Напалков И.В.¹, Иванова Т.И.¹, Коратюк В.И.², Гольм О.Я.²

¹ **ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»,
Омск, Россия**

² **Омская клиническая психиатрическая больница
им. Н.Н. Солодниковой, Омск, Россия**

Актуальность. Во всем мире всё более очевидной становится тенденция к демографическим сдвигам, а именно к увеличению в популяции доли лиц пожилого и старческого возрастов. Закономерно с этим повышается распространенность ассоциированных со старением заболеваний, к числу которых относится деменция. Данное заболевание приводит к утрате трудоспособности, повышению смертности, а также большим материальным затратам со стороны государства и родственников пациентов, на которых к тому же возлагаются обязанности по уходу.

В связи с ростом числа цереброваскулярной патологии как среди лиц пожилого возраста, так и у молодых всё острее и насущней становится проблема когнитивных нарушений сосудистой этиологии. Распространённость сосудистой деменции варьирует в широких пределах, составляя от 15% до 50% от всех видов деменции (Преображенская И.С., 2013). Диагностические требования, предъявляемые к постановке диагноза деменции, позволяют установить данное заболевание в период его манифестации, но при этом не учитывают инициальный период, когда когнитивное снижение, являющееся ядром клинической картины любой формы деменции (Левин О.С., 2017), ещё не столь очевидно и не приводит к явлениям дезадаптации. К сожалению, по этой причине в большинстве случаев имеет место поздняя диагностика, что в свою очередь ведет к несвоевременному применению противодементных препаратов, которые, как известно, обладают наибольшим терапевтическим потенциалом именно на этапе продрома.

Одним из характерных проявлений сосудистой патологии головного мозга, а также частым, почти облигатным синдромом в дебюте деменции, является депрессия. Известно, что депрессия в рамках инициального периода деменции способна опережать появление когнитивных расстройств на несколько лет, что свидетельствует о том, что она является более ранним (нежели деменция) проявлением органического поражения головного мозга – «депрессия уже есть, а деменции ещё нет» (Левин О.С., 2012).

Исходя из этого, депрессия в пожилом возрасте может расцениваться как раннее проявление органической патологии ЦНС, которое в последующем приведет к образованию когнитивных нарушений и формированию синдрома деменции. Известно, что депрессия в рамках инициального периода деменции имеет ряд клинических особенностей, отличающих её от «чистой» депрессии, лишенной ассоциации с когнитивным снижением. К данным особенностям принято относить меньшую выраженность тоски и печали, значительное преобладание ангедонии и апатии, склонность к ипохондрии, появление необъяснимых и вычурных ощущений в теле, нарушение сна, а также явления «соматизации». Помимо того, симптомы депрессии чаще всего сочетаются с когнитивным снижением, характеризуются затяжным, флюктуирующим течением и отличаются плохим ответом на проводимое лечение (Вознесенская Т.Г., 2009).

Цель: клиническая дифференцировка депрессивного синдрома в инициальном периоде сосудистого когнитивного снижения.

Материал исследования. Клинической базой исследования являлись стационарные геронтологические отделения Омской областной «Клинической психиатрической больницы имени Н.Н. Солодниковца». Исследовательскую группу составили 28 пациентов, находящихся на стационарном лечении в психиатрическом геронтологическом отделении непсихотических расстройств.

Обсуждение результатов. Средний возраст пациентов составил 65,5 года [63; 69]. Доля мужчин была в 8,3 раза ниже (10,7%, n=3), чем женщин (89,3%, n=25). Причиной обращения за медицинской помощью в 100% случаев была многообразная депрессивная симптоматика. В историях болезней данных пациентов фигурировало 3 диагноза: органическое депрессивное расстройство (F06.3) – в 78,6% наблюдений (n=22), депрессивный эпизод средней степени (F32.1) – в 14,3% (n=4), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени тяжести (F33.1) – в 7,1% (n=2).

На основании осмотра невролога и проведения МРТ головного мозга у всех участников исследования было установлено наличие цереброваскулярной патологии, в подавляющем большинстве случаев она была представлена дисциркуляторной энцефалопатией – 71,4% (n=20). Проведение нейропсихологического исследования направленного на оценку когнитивного статуса, выявило, что в 100% наблюдений, помимо наличия депрессивной симптоматики, имело место когнитивное снижение, соответствующее умеренному когнитивному расстройству (малое нейрокогнитивное расстройство) и «мягкой» деменции (большое нейрокогнитивное расстройство).

После анализа сведений, полученных в ходе исследования, нами было описаны три типа депрессивного синдрома, наблюдаемого в рамках когнитивного снижения сосудистой этиологии:

Тревожный тип (32,1%, n=9). Состояние пациентов определялось сниженным настроением, сопровождавшимся умеренно выраженными симптомами тревоги. Во всех случаях тревожная симптоматика носила стойкий персистирующий характер (по типу генерализованного тревожного расстройства). Отмечались характерная для лакунарной деменции эмоциональная лабильность и слабодушие, проявляющиеся недержанием аффекта. Слезы и умиление возникали внезапно по мало-значительному поводу, неожиданно сменяя друг друга. Была выражена инсомния (затруднено засыпание, частые ночное пробуждения), а также соматовегетативные нарушения (слабость, разбитость, ощущение вялости в теле и т.д.).

Сенесто-ипохондрический тип (35,7%, n=10). Клиническая картина определялась умеренным снижением настроения в сочетании с выраженной сенестопатической симптоматикой, в большинстве случаев занимавшей доминирующее положение в иерархии высказываемых жалоб. Т.е. депрессия носила «жалующийся» и «ноющий» характер. Пациенты достаточно красочно описывали тягостные, вычурные ощущения в теле, не имевшие четкой локализации, скорее диффузного характера. Чаще всего пациентов беспокоило ощущение жжения: «все тело как будто огнем обдаёт», «как крапивой отшлёпали», «словно всю перцем осыпали», нередко сопровождавшееся внутренней дрожью и вибрацией: «изнутри волны вибрации, кровь в сосудах будто бы закипает». В половине случаев данная симптоматика возникала в виде приливов, в другой была монотонной и распределялась равномерно в течение суток. Имела место аутопсихическая деперсонализация.

Апатико-адинамический тип (32,1%, n=9). Помимо довольно различного по степени выраженности сниженного настроения (от легкого до выраженного), значительное место в клинической картине было представлено выраженным апатическим компонентом. Пациенты отмечали наличие безразличия к окружающему, нехватку жизненных сил, потерю интереса от привычной деятельности, а также утрату способности к получению физического и интеллектуального удовольствия. Большинство пациентов тяготились данным состоянием, регистрировалось значительное, по сравнению с исходным уровнем, снижение суточной активности («раньше я столько всего успевала сделать за день, а теперь сил хватает только на то, чтобы на кровати валяться овощем», «не могу взяться за привычные дела, если пробую начать, то быстро устаю, да и не хочется ничего»).

Депрессивный синдром в рамках нарастающего когнитивного снижения сосудистой этиологии клинически неоднороден и имеет по меньшей мере три клинический типа (тревожный, сенестопихондрический и апатико-динамический). Данное разграничение является обоснованным в силу различия в преобладании одних депрессивных симптомов над другими и в их сочетании. Следует отметить, что симптомы тревоги были характерны для всех пациентов, но в 32,1% наблюдений их выраженность определяла клиническую картину и, по сути, являлась основным стимулом для обращения к врачу.

Заключение. Залогом эффективного лечения деменции является своевременное выявление ранних проявлений данного заболевания. Ввиду того, что выраженность когнитивных нарушений в инициальном периоде деменции не всегда очевидна, возникает потребность в поиске и использовании альтернативных клинических признаков, указывающих на наличие дементирующего процесса. Как известно, помимо когнитивных расстройств, деменции так же свойственна наличие той или иной депрессивной симптоматики, причем в период продрома она превалирует над когнитивной дисфункцией. Данное обстоятельство позволяет рассматривать депрессию как надежный предиктор, указывающий на риск развития деменции. Депрессивный синдром в рамках когнитивной дисфункции сосудистого происхождения может принимать как минимум три формы (тревожный вариант, сенестопихондрический и апатико-динамический). Данное дифференциация «сосудистой» депрессии является необходимой и обоснованной в связи с отсутствием клинической однородности, наличием относительно четкого вектора развития депрессивной симптоматики.

НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЯМ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Настас А.Э.¹, Стоянова И.Я.²

¹ **ФГАУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск, Россия**

² **НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

В последнее десятилетие возрастает число исследований, посвященных изучению семейных особенностей детей и подростков с хроническими соматическими заболеваниями. Обширный исследовательский материал свидетельствует о том, что родители играют одну из ключевых ролей, определяющих качество жизни заболевших членов семьи.

Постановка диагноза хронического заболевания помещает самого подростка и всю его семью в целом в неблагоприятные жизненные условия. Реакция семьи на болезнь ребёнка обусловлена особенностями функционирования семьи, возможностями совладания с проблемными ситуациями [Мохов В.А., Крештапова М.А., Шибкова О.С., Дианова О.Н., 2011]. Это свидетельствует о том, что ребенок и его близкие, оказавшись в сложной ситуации, нуждаются в кризисной психологической помощи, которая направлена на снятие избыточной тревоги и психоэмоционального напряжения у членов семьи.

Как показывают исследования, на этапе постановки диагноза и первой госпитализации ребенка особую роль играет направленность отношений с врачом и медицинским персоналом. От того, как будут выстроены эти отношения, зависит не только улучшение физического состояния подростка, но и нормализация эмоционального состояния всей семьи. Исследователями показано, что до 70% матерей детей с хроническими соматическими заболеваниями испытывают неудовлетворенность отношением медицинского персонала. Все это доставляет дискомфорт и влияет как на процесс адаптации к лечению, так и на уровень качества жизни ребёнка [Ермакова Е.Н., 2005].

Улучшение показателей здоровья и качества жизни детей и подростков с хроническим соматическим заболеванием возможно при высоком уровне приверженности к лечению. Однако снижение симптомов заболевания не означает неизбежного улучшения качества жизни больного ребёнка [Бычковская С. В., 2011]. После определения диагноза заболевания ребёнок и его семья находятся в состоянии стресса. Происходит перестройка, изменение структуры внутрисемейных отношений, которые, в свою очередь, также влияют на течение заболевания. При этом наиболее травматичным для семейных отношений становится первый госпитальный период, когда острый момент болезни уже прошел, но появляется страх за возникновение новых обострений и рецидивов болезни [Климова С.В. и др., 2009; Мирошкин Р.Б. и др., 2010]. Следовательно, следующий этап работы медицинского психолога заключается в нормализации семейных отношений и помощь родителям в организации приверженности лечению.

Зарубежными авторами экспериментально доказано, что участие родителей в задачах управления заболеванием может значительно улучшить результаты лечения [Lancaster B.M., Gadaire D.M., Holman K., LeBlanc L.A, 2015]. Помимо нормализации приверженности к лечению в семье отмечается урегулирование обстановки и снижение частоты конфликтов [Lancaster B. M. et al., 2015].

Отмечается, что необходимость столкновения с бытовыми правилами, новыми обязанностями вызывает состояние фрустрации не только у ребенка, но и у его родителей, из-за которого они склонны «не замечать» всей полноты переживаемых ребёнком чувств. Между тем переживания ребёнка связаны не только с изменением физического состояния. Чувство страха, возникающее у ребёнка, может быть в значительной степени обусловлено поведением окружающих его взрослых. Часто серьёзность своего заболевания ребёнок понимает лишь из реакций взрослых на его состояние. Их неспособность контролировать свои эмоции порождает излишнее чувство тревоги и страха, что в свою очередь снижает качество жизни [Коломиец И.Л., 2012].

Важную роль играют стиль и особенности воспитания. Показано, что достаточно часто в семьях детей с тяжелыми соматическими заболеваниями часто встречается такой стиль воспитания, как гиперпротекция [Бондаренко С.М., 2006]. Симбиотические отношения с матерью задерживают процессы достижения ребёнком соответствующей возрасту личностной автономии и становятся фактором фрустрации матери, что накладывает негативный отпечаток на качество жизни ребёнка и семьи. Некоторые исследователи характеризуют воспитание в семьях тяжелобольных детей как крайне недирективное, эмоционально нейтральное, в ряде случаев – агрессивное и враждебное. Авторы отмечают, что уровень тревожности у детей и их матерей остается одинаковым во время обострений и во время ремиссии. Этот факт указывает на формирование и закрепление типа взаимодействия в острый период заболевания и его перенесение на более стабильные периоды, во время которых он становится неконструктивным и даже психотравмирующим для ребёнка и его родителей [Delamater A.M. et al., 2014]. Из чего следует необходимость психологической помощи и в период стабилизации состояния. Она может быть направлена на формирование адекватных семейных отношений и гармонизацию стиля воспитания.

Трудности присвоения способов лечения заболевания (параметры приверженности лечению), характерные для этого периода, связаны с тенденциями к сепарации от ценностей и способов жизни, диктуемых родителями, и накладывают отпечаток на формирующиеся стратегии совладания с болезнью [Сенаторова А.С. и др., 2009]. Диета, режимы приёма лекарств, другие процедуры, необходимые для поддержания оптимума гомеостаза, могут стать в этом случае объектом экспериментов, характерных для этого возраста. Психологические техники, обеспечивающие совладание с болезнью, будут зависеть от возраста ребёнка, переживания возрастных кризисов, степени фрустрации, связанной с болезнью.

Закономерен тот факт, что, не найдя достаточно опыта в своей жизни, ребёнок стремится к помощи от взрослых, главным образом от родителей. При этом снижение адаптивных возможностей из-за отсутствия поддержки усугубляет критическое положение подростка. Заострение характерологических черт подростка под давлением обстоятельств болезни становится вторичным фактором, задающим тенденцию к росту психоэмоционального напряжения в семейной системе, достигающих максимума в период вступления в подростковый возраст.

Наши исследования показали, что позитивное отношение матери достоверно значимо связано с субъективным восприятием эффективности стационарного лечения подростком ($F=5,582$, $p=0,05$). У подростков, воспринимающих стационарное лечение как улучшающее его физическое состояние, позитивное отношение матери достоверно выше, чем у подростков, воспринимающих лечение как событие, не отражающееся на физическом состоянии. Значимые различия на уровне статистической тенденции обнаружены между показателями тревожности в отношениях с родителями и уровнем сформированности приверженности лечению ($F=2,432$, $p=0,071$). У подростков, не соблюдающих правила приверженности лечению, выявлен более высокий уровень тревожности в отношениях с родителями по сравнению с подростками, соблюдающими правила. Таким образом, главным ресурсом преодоления ситуации заболевания являются семейные взаимоотношения. Важность родительского участия в жизни детей и подростков, а также ценность детско-родительского партнерства отражают результаты анализа литературных источников и собственного исследования. Это свидетельствует о необходимости создания программ психологической помощи подросткам с хроническими соматическими заболеваниями и их семьям с учетом кризисного периода узнавания о диагнозе, нозологической принадлежности заболевания, личностных особенностей подростка, включая самооценку, уровень тревожности, особенностям семейного взаимодействия, состава семьи, приверженности лечению. В ситуации низкой эффективности родителей компенсация заболевания может оказаться не достижимой. Поэтому оптимизация детско-родительских отношений является центральной задачей психолога на этапе достижения контроля над заболеваниями высокого витального риска. И здесь психолог может быть полезен как в контексте психологического консультирования родителей, так и педиатрической службы.

Как показывают исследования, для повышения качества жизни подростков психологическое сопровождение подростка и его близких необходимо не только в стационаре, но и в структуре поликлинических служб для достижения устойчивой компенсации.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СУБЪЕКТИВНОГО БРЕМЕНИ БОЛЕЗНИ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Новикова Ю.Г.

**Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн,
Волгоград, Россия**

В исследованиях прошлых лет предметом научного интереса в основном был сам психически больной человек. Отношение к родственникам в традиционной психиатрии долго оставалось утилитарным – как к лицам, обязанным взять на себя заботы о заболевшем члене семьи на этапе острого психоза и быть опорой в мероприятиях по реабилитации. Между тем сами родственники больных могут испытывать эмоциональный дистресс и нуждаться в психологической помощи. Появляется всё больше работ, рассматривающих бремя болезни, возложенное на родственников больного. Под бременем понимается субъективное эмоциональное восприятие родственником психических расстройств у члена семьи, объективные тяготы, сопряженные с болезнью (Солохина Т.А., 2003; Судьин С.А., 2012; Bottlender R., 2006). Оно связано с необходимостью выстраивать новые отношения с пациентом, принятием ответственности за его будущее, утратой перспективы служебного роста, ограничением отдыха, финансовыми расходами, тяжелой психологической ситуацией, характерной для таких семей. Этим бременем обусловлено снижение качества жизни членов семей психически больных (Солохина Т.А., Ястребов В.С., Цапенко А.И., Шевченко Л.С., Букреева Н.Д., 2010, 2012). Ситуация острого психотического эпизода предъявляет особые требования к адаптационным ресурсам родственников больных. По данным Национального обзора здоровья США (1996), люди, ухаживающие за больным шизофренией, соматически ослаблены, чаще обращаются за помощью и несвободны. Исходя из ряда исследователей, если оценить в финансовом эквиваленте время и усилия родственников по уходу за больным на этапе обострения болезни, они равны таковым при стационарном лечении (Rossler W., Salize H.J., van Os J., Riecher-Rossler A., 2006). Фактором, утяжеляющим семейное бремя болезни, является наметившаяся тенденция к сокращению сроков стационарного лечения, изначально служившая профилактике госпитализма (Leggatt M., 2002). Травматическое воздействие первого психотического эпизода, по М. Kelly (2007), обусловлено фактом начала болезни, изменением системы внутрисемейных отношений в ответ на социальные потери и изменения поведения в продромальный период и при манифестации болезни.

Имеется ряд факторов, затрудняющих адаптацию членов семьи к ситуации болезни и обеспечение адекватной поддержкой пациента: испытываемый родственниками психоэмоциональный стресс, самостигматизация, трудности контакта с пациентом, потеря его привычного «образа» и представлений о будущем, уменьшение социальной сети. Это по механизму обратной связи влияет на течение и исход болезни. Родители больных часто сообщают о чувствах дистресса, потери, страха и вины (Ferriter M., Huband N.2003), а братья и сестры нередко испытывают растерянность и печаль (Gerace L.M., Camilleri D., Ayres L., 1993). Так же на выраженность субъективной нагрузки влияет склонность родственника больного сдерживать свой гнев и обвинять себя в происходящем (Dyck D.G., Short R., Vitaliano P.P., 1999). Члены семьи больного страдают от эмоционального истощения, испытывают тревогу и гнев, нередко ощущают себя «полностью уничтоженными» (Noh S., Turner R.J., 1987; Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E. et al., 2003).

Исследователи выделили два типа реакции на шизофрению у члена семьи (Коцюбинский А.П. и др., 2004): в первом случае семьи склонны реагировать чрезмерной эмоциональной вовлеченностью в состояние пациента, излишней сосредоточенностью на нем и постоянно пытаются поддержать и ограничить больного, чтобы компенсировать реальный, но, по сути, все же преувеличенный ими дефект. Во втором случае родственники, предполагая, что пациент может исправить свое проблемное поведение с помощью силы воли, реагируют критикой, гневом и враждебностью. Эти крайние точки зрения часто зависят от непонимания родственниками сути шизофренического процесса, приводя к неверной трактовке девиантного поведения больного и обуславливая эмоциональные ответы на это поведение, часто становящиеся мишенями для бреда и страхов пациентов (Yarrow M.R., Schwartz C.G., Murphy H.S., Deasy L.C., 1955). Тип реагирования на болезнь члена семьи связан с клинико-психопатологическими параметрами первого психотического эпизода (Мовина Л.Г., 2007). При острой манифестации преобладают реакции «гиперболизации» с интенсивными переживаниями эмоционального дистресса, при подострой – рационализации с психологизацией причин болезни и недооценкой тяжести её проявлений, при затяжной – принятие болезни, но с формированием в семье гиперопеки по отношению к больному, что ведёт к утрате им навыков преодоления повседневных стрессоров. Имеются данные о высокой частоте невротоподобных состояний и расстройств адаптации у родственников больных шизофренией и другими психозами, связанные с манифестацией первого психотического эпизода (Dyck D.G., Short R., Vitaliano P.P., 1999).

Таким образом, многими исследователями подтверждается необходимость и обоснованность рассмотрения ситуации острого психотического расстройства у члена семьи как сверхсильного стрессора, угрожающего психическому здоровью родственников, сила которого может быть приравнена к действию экстремальных условий. Субъективное бремя болезни в период психотического обострения представлено интенсивными переживаниями символической утраты, борьбы отчаяния и надежды. Больной уже не будет той личностью, каким был раньше, его надо принять другим. Исходя из этого, особую значимость приобретает разработка кризисных индивидуально- и семейно-ориентированных вмешательств, позволяющих снизить актуальное напряжение и смягчить последствия острого стресса в ситуации болезни члена семьи.

СОВРЕМЕННЫЕ НАРКОТИКИ: ТЕНДЕНЦИИ НАРКОТИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Осипова Н.В., Егорова Н.М., Ягченко Е.В.

**КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»,
Барнаул, Россия**

Проблема потребления психоактивных веществ (ПАВ) населением Алтайского края по-прежнему остается достаточно значимой. Несмотря на наметившуюся за последние годы тенденцию к стабилизации, наркологическая ситуация в Алтайском крае продолжает оставаться напряженной. Показатель учтенной распространенности больных с синдромом зависимости от наркотиков по Алтайскому краю с 2015 г. по 2018 г. снизился на 17% (с 20,71 на 100 тыс. населения до 17,4), но превышает аналогичный показатель по РФ – на 36% (11,2 на 100 тыс. населения), по СФО – на 13% (15,1 на 100 тыс. населения).

В настоящее время, несмотря на то что статистически в структуре потребления наркотических веществ в Алтайском крае в 2018 г. продолжает преобладать опийная группа: 63,9% – 2016 г., 61% – 2017 г., 51,5% – 2018 г., на смену таким ПАВ, как героин и дезоморфин, пришли синтетические, так называемые дизайнерские наркотики (различные курительные смеси (миксы, аромомиксы), энергетические таблетки, соли), особенно популярные в молодежной среде. С 2012 по 2018 г. по данным химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» снизилось число выявленных потребителей опиатов в 11,5 раза: 2012 г. – 1994 чел. (56,1%), 2018 г. – 173 чел. (8,5%), но в 4,3 раза увеличилась доля выявленных потребителей синтетических наркотиков (спайсы, α -PVP, α -PTP, MDPV, амфетамины): 2012 г. – 152 чел. (4,3%), 2018 г. – 650 чел. (32,0%).

За 2018 г. по направлению правоохранительных органов и лечебных учреждений Алтайского края в химико-токсикологической лаборатории КГБУЗ «АКНД» проведено 4870 химико-токсикологических исследований, выявлено 2240 (46%) потребителей наркотических и психотропных веществ, из них 650 потребителей синтетических наркотиков (психостимуляторов – 572, спайсов – 76, фентанила – 2).

Определена структура потребляемых наркотических веществ в 2018 г.: 853 чел. – потребители растительных каннабиноидов, 572 – психостимуляторов, 303 – комбинации наркотических и психотропных веществ; 173 – опиатов, 263 – психотропных веществ, 76 – синтетических каннабиноидов. Наиболее часто в 2018 г. среди потребителей спайсов выявлено МДМВ-N-220 (91%). Установление фактов употребления и идентификация синтетических наркотических средств (спайсы, α -PVP, α -PTP, MDPV) производится на газовых хроматографах с масс-селективным детектором «МАЭСТРО». На данном оборудовании проведено 4280 исследований, выявлено 2060 потребителей наркотиков. Наиболее высокий показатель потребителей психоактивных веществ отмечается среди лиц трудоспособного возраста – 18–40 лет.

Впервые о появлении синтетических ПАВ в России заговорили в 2007 г. Но массовое распространение и употребление их относится к началу 2009 г. Этому способствовали два фактора: легальность и доступность. Синтетические ПАВ (включая курительные смеси) реализовывались в доступных местах (киосках, магазинах), через интернет-сайты и другие средства связи, а также отдельными физическими лицами в местах массового скопления людей (вокзалы, аэропорты, станции метрополитена, торговые комплексы, рынки) и на прилегающих к ним территориях. Способы употребления синтетических наркотиков различны. Курительные смеси (спайсы, спиды), представляющие собой высушенную и измельченную траву с нанесенным на нее химическим веществом, обладающие психоактивным действием, аналогичным действию марихуаны, курят либо вдыхают продукты горения данных смесей, помещенных в аромалампу. Скорости и соли употребляют интраназально (вдыхая через нос, посредством трубки, колпаков – мундштуков), перорально (глотаю таблетки), внутривенно, путем курения (лед), реже добавляют ПАВ в виде порошка в различные напитки, например в чай или кока-колу. Синтетические ПАВ в зависимости от состава оказывают на человека расслабляющее и затормаживающее, а большинство из них стимулирующее и активизирующее действие. Сила и продолжительность воздействия определяются видом ПАВ, путем его введения в организм, дозировкой, стажем наркотизации, индивидуальными особенностями организма.

Клинические проявления состояния одурманивания у пациентов могут быть разнообразными, часто отличающимися от классических описаний в литературе. Это связано с тем, что пациенты нередко экспериментируют с составом ПАВ, смешивая их между собой, либо с лекарственными средствами, алкоголем для усиления эффекта. Как правило, у находящегося в состоянии одурманивания человека появляется сухость во рту, покраснение белков глаз, повышение артериального давления, учащенное сердцебиение. Он может ощущать «толчки», «волну», эйфорию, временное усиление двигательной активности, чувство повышенной энергии. Человек теряет способность сосредоточиться, воспринимать мир адекватно, у некоторых возникают галлюцинации (зрительные, слуховые: могут слышаться голоса, звуки), может появиться тревога, чувство панического страха, развиться психоз — человеку постоянно кажется, что его преследуют, за ним следят. Иногда данные изменения поведения могут длиться достаточно долго.

Общей чертой потребления различных видов синтетических ПАВ является их выраженное негативное влияние на психику человека, провоцирующее развитие различных психических расстройств, что довольно часто в последнее время приводит к лечению у психиатра. Сами пациенты отмечают, что психоактивный эффект от приема синтетических наркотиков, по сравнению с другими ПАВ, возникает гораздо быстрее, он более интенсивен по силе воздействия, при длительной наркотизации становится краткосрочным, что требует для достижения желаемого эффекта увеличения кратности приемов, в связи с чем возрастает вероятность передозировки. Сильнейшее привыкание возникает нередко уже после первых проб синтетических ПАВ, проявляясь желанием повторных приемов. По описанию пациентов, очень неприятен синдром отмены, сменяющий состояние одурманивания, проявляющийся выраженным психофизическим угнетением. Появляются апатия, подавленное настроение, вплоть до глубокой депрессии с попытками суицида, могут возникать чувство страха, паника и немотивированная агрессия. Помимо того у пациентов в данный период нередко возникают боли в груди, горле, носу, затрудненное дыхание, синюшность конечностей, нарушение сна, разные неврологические расстройства: нервные тики, бруксизм (скрежет зубов), тремор конечностей, учащенное сердцебиение, головные боли, отсутствие аппетита, тошнота, рвота, резко возрастает риск возникновения инфаркта миокарда, гипертонического криза, аритмии, острой сердечной недостаточности.

За 2018 г. в КГБУЗ «АКНД» прошли стационарное лечение и реабилитацию 106 пациентов с синдромом зависимости от наркотических веществ.

Одновременное употребление различных синтетических ПАВ, употребление синтетических ПАВ с алкоголем может приводить к передозировкам, в том числе и со смертельным исходом. Показатель смертности от острых отравлений наркотическими веществами в Алтайском крае в 2018 г. по сравнению с 2017 г. остался на прежнем уровне и составил в пересчете на 100 тыс. населения 0,34 – 8 человек (2017 г. – 0,38 на 100 тыс. населения, или 10 человек), что ниже показателя по РФ в 2 раза (РФ – 0,7). Отдаленные последствия влияния синтетических ПАВ на организм человека на данный момент ещё недостаточно хорошо изучены, нам в своей практике ещё предстоит столкнуться с проявлениями этого негативного воздействия, в связи с чем значимость профилактической работы антинаркотической направленности проводимой с населением, ещё более возрастает.

Ежегодно в Алтайском крае разрабатывается и реализуется комплексный план мероприятий по профилактике употребления ПАВ, формированию навыков здорового и безопасного образа жизни у подростков и молодежи (совместно с Министерством образования и науки Алтайского края, Управлением спорта и молодежной политики Алтайского края, АКБОФ «Алтайский центр развития добровольчества», РУ МВД России по Алтайскому краю, КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»). С целью организации и проведения единых профилактических акций антинаркотической направленности в образовательных организациях Алтайского края, а также среди родителей и педагогов специалисты наркологической службы края реализуют такую форму межведомственной профилактической работы как «Единые дни профилактики». В соответствии с пунктом 3.6 Протокола заседания антинаркотической комиссии Алтайского края от 27.03.2018 рекомендовано организовать «Единые дни профилактики наркомании» с участием органов системы профилактики в 15 административных территориях Алтайского края по результатам мониторинга наркологической ситуации. «Выездные Единые дни профилактики наркомании в муниципальных общеобразовательных организациях» Барнаула прошли в марте, мае, сентябре, ноябре 2018 г. В ходе мероприятий проведены уроки-диалоги о механизмах возникновения и способах противостояния наркотической зависимости с распространением наглядных материалов, проведением игр и мини-тренингов, просмотром презентаций и видеофильмов. Специалисты КГБУЗ «АКНД» в составе межведомственной группы (совместно с представителями КГБУЗ «Алтайский краевой центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики», Управления по контролю за оборотом наркотиков ГУ МВД

РФ по Алтайскому краю, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, волонтерами детского Телефона Доверия) посетили 39 учебных заведений Барнаула.

Наркологической службой края реализована форма межведомственного профилактического взаимодействия «Урок со специалистом». За 2018 г. специалисты КГБУЗ «АКНД» посетили 24 образовательных учреждений Барнаула. В Бийске специалистами КГБУЗ «Наркологический диспансер, г. Бийск» за 2018 г. проведены видеолектории, психотерапевтические беседы и лекции в 24 образовательных учебных заведениях. Всего в крае мероприятиями с привлечением специалистов наркологической службы охвачено более 120 тысяч подростков. За 2018 г. на базе КГБУЗ «АКНД» организованы психотерапевтические группы для наркозависимых «Анонимные наркоманы» (49 занятий – 1417 человек) и родственников наркозависимых (98 занятий – 1917 человек). С целью вторичной профилактики обеспечено участие в заседаниях Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, рейдах по социально неблагополучным семьям, рейдах по профилактике жестокого обращения с детьми, осуществляются социально-значимые проекты. С каждой семьей проводится комплекс профилактических мероприятий. Регулярно проводятся беседы и видеолектории с условно осужденными подростками, а также в центре временного содержания несовершеннолетних правонарушителей и отделах организации деятельности участковых уполномоченных и подразделений по делам несовершеннолетних.

СУБЪЕКТНОСТЬ КАК ИСТОЧНИК РАЗВИТИЯ РЕСУРСНОСТИ СЕМЬИ

Пашкова Я.А.

Воронежский государственный университет, Воронеж, Россия

В основе семьи лежат брачные отношения, в которых отражается как биологическая, так и социальная природа человека, представленная материальной и духовной сферами жизни общества. Оно осуществляет внешний контроль над оптимальным функционированием семьи с помощью средств социального воздействия на индивида, процесса воспитания и системы общественного мнения. Тем не менее современная семья подвержена массе рисков, вследствие которых её ресурсность оказывается слабой или отсутствует вовсе. Проблемы, оказывающие отрицательное воздействие на ресурсность семейной группы, а именно причины, влияющие на распад семейных союзов, остаются в центре научных исследований на протяжении многих десятилетий.

Анализируя основные дефиниции семьи, предложенные как психологами, так и представителями смежных наук в разные исторические эпохи, можно заметить, что большинство авторов опирается на системный подход, рассматривая семейную единицу как социальную систему, состоящую из групп людей и находящуюся в постоянном взаимодействии, взаимоотношении и динамических связях друг с другом. В то же время практически отсутствуют работы, в которых семья трактуется как единый субъект, нет трудов, где рассматривается субъектность семейной группы с позиции ресурсности.

Семья как групповой субъект выступает как взаимноответственный и взаимобязанный единый механизм, главная задача которого сформировать и удовлетворить свои потребности (физиологическую, коммуникативную, познавательную, креативную, социальную и т.д.). Все это достигается благодаря субъектности, под которой следует понимать способность быть субъектом, субъектный потенциал отдельного человека или группы, который может воплотиться в конкретных видах и формах активности, а может и не реализоваться в действительности (Гайдар К.М., 2013). Однако под семейной субъектностью мы будем понимать способность семьи как социального института быть субъектом прав и обязанностей, т.е. уметь их защищать, осознавать, артикулировать свои интересы.

Субъектность семьи может проявляться через: 1) отношение семьи к себе как к активному участнику взаимодействия с окружающей действительностью; 2) готовность семьи вступить во взаимодействие с другими социальными институтами; 3) активность семьи во взаимодействии с другими социальными структурами (формулирование запросов к обществу, отстаивание своих собственных позиций, выбор путей и средств деятельности, инициативность и готовность брать ответственность); 4) рефлексивную способность семьи, а именно: соотнесение целей с результатами деятельности, и на основе этого корректировка выбора целей и средств их достижения, адекватная оценка эффективности собственной жизнедеятельности (Захалиева, 2015).

Ресурсность трактуется как совокупность потенциалов для формирования и удовлетворения потребностей семьи и раскрывается через следующие составляющие: 1) коммуникативная ресурсность (средства общения, информационная среда, сфера общения, профессия, образование); 2) ресурсность чувств (эмпатия, взаимопонимание, уважение, доверие, любовь и т.д.); 3) физическая ресурсность (физическое здоровье, наследственность, среда); 4) материальная ресурсность (жилье, доход, собственность, сбережения); 5) интеллектуальная ресурсность (познавательные способности); 6) адаптационная ресурсность (освоение

новых социальных (семейных) ролей, изменение способов и форм поведения в новых условиях и внесемейных пространствах); 7) ресурсность социальных связей (взаимоотношения с разнообразными группами: коллеги, друзья, социальные институты, соседи, группы самопомощи и т.д.) (Саралиева З.Х., 2010).

Чем выше ресурсность, тем более высок уровень субъектности семьи в самообеспечении жизнедеятельности, т.е. понимание ею своих функций, мотивация на их выполнение, способность предвидеть возможные проблемы во внутрисемейных отношениях, умение их предотвращать и минимизировать, обладание навыками толерантного, бережного и развивающего внутрисемейного общения, семейно-личностная самоидентификация, привязанность, преданность друг к другу и «семейность», межпоколенные уважительные отношения, умение постоять и отстоять своих и честь семьи, постоянный искренний интерес друг к другу, заинтересованное взаимодействие, поддержание семейного социального самочувствия, которое складывается из самооценки психологического состояния и внутрисемейных отношений.

Таким образом, мы отмечаем, что субъектность семьи отражает основные характеристики ресурсности, связанные с социальными контактами, её целостностью, соответствием деятельности семейной группы с её целями и задачами, что равнозначно коммуникативной ресурсности и ресурсности социальных связей. Тем самым мы считаем субъектность важным психологическим источником развития семейной ресурсности. Данный перечень особенностей ресурсности семьи может быть продолжен, так как неисчерпаемы грани личностных и семейных ситуаций, проблем. Названные черты указывают, насколько значим для понимания современных семейных процессов ресурсный потенциал, основой которого выступает субъектность.

**РИСУНОК В ПРОЦЕССЕ САМОРАСКРЫТИЯ И КОРРЕКЦИИ
ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**
Перчаткина О.Э., Аксенов М.М.
НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Эмоции (от лат. *emoveo* – потрясаю, волную) – переживание человеком его отношения к окружающему миру и самому себе. Эмоции проявляются в виде удовольствия, радости, страха и т.п. Эмоции служат одним из главных механизмов внутренней регуляции психической деятельности и поведения, направленных на удовлетворение актуальных потребностей. Эмоции принято так же называть чувствами интеллектуальными, эстетическими, нравственными.

На фоне прогрессивных изменений развитию эмоциональной сферы ребёнка не всегда уделяется достаточное внимание в отличие от его интеллектуального развития. Однако, как указывали Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, только согласованное функционирование этих двух систем, их единство может обеспечить успешное выполнение любых форм деятельности. Об этом же писал К. Изард: «Эмоции энергетизируют и организуют восприятие, мышление и действие».

Коррекция недостатков эмоциональной сферы должна рассматриваться в качестве одной из приоритетных задач воспитания. Необходимость психокоррекции эмоциональной сферы детей диктуется разными социальными факторами: психосоматическая дезадаптация; фиксированные отрицательные переживания – неудачи и опыт неблагоприятного воздействия окружающих лиц, конфликтных контактов с другими, пережитый ужас угрозы жизни, насилие, крах, невосполнимая утрата; нереализованность своих притязаний со стороны значимых лиц, отсутствие взаимности в любви, тепла (депривация); блокирование усилий, недостижение желаемого (фрустрация); жизнь вопреки своей натуре, неправильное воспитание, неблагоприятные условия жизни. Ребёнок беспомощен, ему самому не изменить условия жизни. В этом ему помогает психотерапевт или педагог-психолог дошкольного учреждения. Если причина переживаний, приведших к болезни, в семье – это повод для серьёзного разговора с родителями ребёнка; если в учебном заведении – беседуют с родителями и педагогами. Но во всех случаях патопластичная ситуация должна быть устранена.

В связи с вышесказанным перед психологами детских дошкольных учреждений остро встаёт вопрос о наиболее раннем диагностировании и коррекции нарушений эмоциональной сферы детей, приводящих вплоть до психосоматических заболеваний различной степени. Очень часто дети не могут правильно выразить словами свои чувства и мысли по разным причинам: нехватка жизненного опыта, словарного запаса, страх перед чем-то и др. Именно поэтому детский рисунок и наблюдение более в полной мере (в отличие от других методов исследований) дают картину о проблемах и переживаниях ребенка, о его внутреннем мире. Почему, когда ребенок испытывает такие противоположные чувства, как радость и огорчение, он занимается одним и тем же процессом – изобразительной деятельностью? Может потому, что такой огромный внешний мир очень часто не замечает маленького творца в своем бурном течении событий. Ребёнок может воздействовать и изменять пока только то, что посильно его хрупким, но очень талантливым рукам и воображению. И всю свою радость и агрессию ребенок отображает на подручном материале, творя и разрушая.

Осознание окружающего происходит у ребёнка быстрее, чем накопление слов и ассоциаций, и рисование представляется ему возможностью в образной форме выразить то, что он знает и переживает, несмотря на нехватку слов. Дети, как правило, рисуют не предмет, а обобщённое знание о нём, обозначая индивидуальные черты символическими признаками. Недаром выдающийся отечественный психолог Л.С. Выготский назвал детское рисование «графической речью».

Анализ литературы позволяет выделить несколько взглядов на детский рисунок. М. Прудомью утверждает, что ребенок рисует не предмет сам по себе, он рисует свое представление о предмете. В. Вульф замечает, что детское искусство отражает внутренний реализм, необходимый аспект нашего мышления, указывающий на то, что самый важный элемент, влияющий на представление ребенка и рисунки, – это эмоциональный фактор. Х. Рид согласился с тем, что рисунок – это скорее психическая реальность, нежели визуальные наблюдения. Также он отмечал, что изображение не является исключительно умственным, здесь присутствуют и эмоциональные элементы. Юнг полагал, что изобразительное творчество является внутренней потребностью, особого рода инстинктом, который превращает человека в инструмент выражения бессознательного и отражает внутренний мир. Рисунок же на бумаге – это и есть в чистом виде работа на границе контакта внешнего и внутреннего миров.

Психофизиологи полагают, что детские рисунки – чёткое отражение этапов развития зрительно-пространственно-двигательного опыта ребёнка. По мнению нейрофизиологов, детское рисование способствует согласованности межполушарного взаимодействия. Для клинических психологов важна связь рисования с мышлением и речью. Т.е. все специалисты сходятся в одном: детский рисунок – показатель развития ребёнка, а ребенок, развиваясь, познаёт мир сначала эмоционально, а потом и интеллектуально. Значение и ценность детского рисунка в диагностике и коррекции эмоциональных расстройств сейчас признается большинством клиницистов и психотерапевтов. Арттерапевт может помочь в раскрытии и лечении глубинного проблемного материала, который трудно выразить вербально. Не говоря уже о его ценности как средства выживания подсознательного, сам акт творчества может играть роль как профилактического, так и терапевтического средства.

Нами была проведена работа по изучению закономерностей проявления в рисунках бессознательного и высвобождению эмоций при изобразительной деятельности; эффективности использования рисунка в диагностике и коррекции нарушений эмоциональной сферы детей дошкольного возраста.

Цель – изучение рисунка как способа самораскрытия, диагностики и коррекции эмоциональной сферы у детей старшего дошкольного возраста.

Объектом исследования является арттерапевтический процесс как способ развития эмоциональной сферы у детей старшего дошкольного возраста. Предметом исследования является рисунок, как метод диагностики и коррекции эмоциональной сферы детей старшего дошкольного возраста. В ходе данного исследования выделяется следующая гипотеза: через рисунок происходит процесс самораскрытия ребенка (его мыслей, чувств, страхов, идеалов, желаний); рисунок является эффективным методом диагностики и коррекции нарушений эмоциональной сферы детей. Сам процесс изображения несёт терапевтический характер.

Исследование проведено на базе дошкольного образовательного учреждения, в действующих группах (к выборке детей не применялось никаких требований) по запросу администрации и педагогов-воспитателей, с согласия родителей. В исследовании участвовало 43 ребёнка в возрасте 5–7 лет. Рисуночные тесты обладают рядом преимуществ при работе с детьми. Тестовые ситуации достаточно привычные и позволяют тестируемому раскрепоститься и проявить особенности, не нашедшие выхода на более ранних этапах исследования. К тому же в процессе рисования контроль так называемого цензора сознания ослабевает, что позволяет в той или иной мере раскрыться бессознательному. Рисунки могут оказаться хорошим поводом для установления контакта и взаимопонимания с испытуемым, что позволит получить дополнительную информацию о нём. Безусловно, некорректным является «вынесение диагноза» по одному детскому рисунку, нужно помнить, что рисунок является лишь одним из методов работы и дает полезный результат лишь в синтезе с другими методиками. Для анализа подлинного психологического состояния необходимо рассмотрение целой серии рисунков ребенка (причем созданных и дома, и в детском саду, и в процессе консультации). Изучение серии рисунков может выявить для начала общие закономерности в технике рисования, позволит определить тематическую ориентацию ребенка.

Результаты тестирования выявили наличие расстройства эмоциональной сферы детей, а точнее повышенный уровень тревожности, неверия в свои силы, агрессии, замкнутости. Проявившиеся симптомокомплексы совпадают с развитием болезней или поставленными диагнозами медицинских специалистов (из общего числа обследованных детей 74% находятся на диспансерном учёте по поводу психосоматических заболеваний).

Была разработана и апробирована программа коррекционно-развивающих занятий, направленных на снижения уровня расстройств эмоциональной сферы, скорректированная в соответствии с возрастом данных детей. Данная программа вводит ребёнка в сложный мир человеческих эмоций, помогает ему прожить эмоциональное состояние, создать собственный «эмоциональный фонд», с помощью которого он сможет ориентироваться как в собственных чувствах, так и в чувствах людей, которые его окружают. В данном проекте все тренинговые занятия проходят в игровой форме, ведь игра – это основная деятельность ребёнка, в которой он сначала эмоционально, а затем интеллектуально осваивает систему человеческих отношений. Эта программа содержит много упражнений с использованием элементов арттерапии – высвобождение эмоций через рисунок (графических символов, образных изображений, изобразительность).

Цели программы: 1) выявить у детей способность понимать своё эмоциональное состояние и эмоциональное состояние других детей; 2) развивать у детей умение выражать своё эмоциональное состояние различными способами; 3) выработать у детей самоуверждающие формы поведения, уверенности в себе; 4) научить детей принимать себя в различных эмоциональных состояниях; 5) привить умения сопереживать другим, умения взаимодействовать и сотрудничать с окружающими в различных ситуациях. Занятия проводились по подгруппам (4–6) человек, 2 раза в неделю по 30–35 минут в специально оборудованном психологическом кабинете.

Анализируя обследование и занятия в динамике (через 9 недель после первичного обследования), следует отметить положительную тенденцию в отношении эмоциональной сферы данной группы детей. Об этом свидетельствуют следующие позитивные изменения эмоциональной сферы. Зарегистрировано снижение уровня тревожности на 40%. По уровням депрессивности и агрессивности получено такое же снижение (на 40%). С незначительной разницей зафиксировано снижение уровня неверия в собственные силы и возможности (на 32%). Хорошие результаты получены и в отношении уровня замкнутости (снижение на 20%) и уровня оральной фиксации (так же на 20%). Уровень низкой самооценки уменьшился на 16%, уровень фрустрации – на 4%. Отсюда следует вывод: коррекционные занятия, направленные на развитие эмоциональной сферы детей, оказывают положительное влияние на адаптацию и социализацию детей в обществе. Следствием этих занятий является улучшение здоровья и самочувствия детей, гармоничное развитие личности, позитивное восприятие мира.

Всё вышеописанное подтверждает выдвинутую гипотезу. Рисунки являются наиболее эффективной диагностической и коррекционной методикой, когда они представляют собой личностную проекцию. К этой категории относятся рисунки детей, которые ещё не могут видеть вещи правильно; детей с эмоциональными расстройствами, чьё восприятие девиантно. Рисуя, ребёнок даёт выход своим чувствам, желаниям и мечтам, перестраивает свои отношения в различных ситуациях и безболезненно соприкасается с некоторыми пугающими, неприятными травмирующими образами.

Таким образом, рисование выступает как способ постижения своих возможностей и окружающей действительности, как способ моделирования взаимоотношений и выражения различного рода эмоций. Подводя итог, можно сделать рекомендации: воспринимать детский рисунок как проявление внутреннего мира ребенка. Родителям и педагогам следует внимательнее относиться к тому, что рисуют дети; необходимо включать рисунок в процессы общения, в том числе и в образовательный; родителям следует чаще рисовать с детьми, так как через рисунок возможно наладить контакт.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СОЦИАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Пичугина Ю.А.¹, Максимова И.В.¹, Царева Т.В.², Дятловский В.В.¹

¹ **ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия**

² **Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1, Красноярск, Россия**

Актуальность. Оценка социальных особенностей пациентов детского возраста, страдающих специфическими психологическими расстройствами развития в форме аутистических нарушений, сохраняет актуальность достаточно долгое время. Несмотря на большое количество эпидемиологических и клинических исследований, на сегодняшний день до сих пор отсутствует однозначное мнение о форме влияния социального положения на распространение и диагностику расстройств аутистического спектра. Более того, высказывается предположение, что не всегда значительное увеличение пациентов с аутизмом в детском возрасте можно объяснить ростом заболеваемости данной патологией. Анализ научных публикаций показывает, что показатели распространенности аутизма широко варьируют в разных странах.

Современные данные оценивают распространённость от 3–4 до 11–15 случаев на 1000 населения по результатам исследований (Вагон-Сохен С. et al., 2009). Причинами таких различий могут быть неоднозначность клинических признаков и их оценок, различия возраста обследуемых, особенности оказания медицинской помощи и экономической ситуации в конкретной стране и т.д. Приводится такая точка зрения, что одним из факторов, обуславливающих расширение диагностических границ детского аутизма, может быть активный научный поиск этиопатогенетических факторов заболевания, объединяющий не только пациентов с детским аутизмом, органическим аутизмом, атипичным аутизмом и синдромом Аспергера, но и детей с умственной отсталостью, нарушениями речи, любыми нарушениями в поведении (Макарова И.В. и др., 2018).

Оценивая различные факторы, влияющие на диагностику расстройств аутистического спектра, необходимо учитывать, что достаточно много научных публикаций, посвященных эпидемиологии, этиологии, клиническим проявлениям, диагностике и лечению аутизма, основаны на исследованиях, проводимых в странах с высоким уровнем дохода. Показано значительное преобладание пациентов с аутизмом в семьях с высоким социально-экономическим статусом (Durkin M.S. et al., 2015). Научная работа, выполненная китайскими исследователями, продемонстрировала, что дети, проживающие в семьях с доходом не ниже среднего, страдают аутизмом реже, чем дети в семьях с доходом ниже среднего (He P. et al., 2018). Таким образом, поиск методов и вариантов, позволяющих оценить влияние социального статуса на диагностику аутизма, увеличивающих достоверность оценки заболевания, сохраняет высокую актуальность.

Цель исследования: оценить особенности показателей социального статуса у пациентов с расстройствами аутистического спектра.

Задачи исследования: 1) обследовать пациентов детского отделения стационара КГБУЗ ККПНД № 1; 2) сформировать основную и контрольную группы исследования; 3) изучить особенности семейного анамнеза и социального статуса пациентов, включенных в исследование; 4) оценить различия в показателях социального статуса между группами.

Материалы и методы. Были обследованы все пациенты, поступавшие на лечение в детское отделение стационара КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» в 2018 г. Оценка клинических проявлений заболевания проводилась лечащим врачом по критериям МКБ-10. При установлении диагноза впервые или необходимости его изменения проводился комиссионный осмотр.

Проводимое обследование дополнялось данными осмотра узких специалистов (невролога, окулиста, педиатра), результатами экспериментально-психологического исследования, данными лабораторных и инструментальных методов обследования (МРТ, КТ головного мозга, рентгенография черепа по показаниям).

В дальнейшем для решения поставленных задач были сформированы две группы детей от 3 до 12 лет. Первую группу составили пациенты с клиническими признаками расстройств аутистического спектра, вторую группу – пациенты с умственной отсталостью и особенностями поведения, требовавшими дифференциальной диагностики с аутизмом. На этом этапе с помощью клинико-анамнестического метода оценивались особенности семейного положения и социального статуса детей, наличие родителей, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Статистическая обработка проводилась с помощью Microsoft Office Excel 2013 и IBM SPSS Statistics 22.

Результаты исследования. Из 407 детей, поступивших на лечение в 2018 г., пациенты с уточненными аутистическими расстройствами развития составили 15 (3,68%) человек, средний возраст – $7,33 \pm 2,16$ года. С диагнозами ранний детский аутизм (F84.0) было 2 ребенка (1 мальчик и 1 девочка), синдром Ретта (F84.2) – 1 девочка, гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4) – 2 мальчика, атипичный аутизм с умственной отсталостью (F84.11) – 1 девочка и 8 мальчиков, атипичный аутизм без умственной отсталости (F84.12) – 1 мальчик. Все дети обнаруживали признаки значительных нарушений в сфере социального взаимодействия и коммуникабельности, а также склонности к ограниченным, стереотипным, повторяющимся комплексам интересов и действий. У девочки с синдромом Ретта была выявлена мутация в гетерозиготном состоянии в гене MECP2 (экзоны 1–4, вариант с.437C – T/N). К моменту госпитализации имели установленную группу инвалидности 6 детей (40%). Оценка семейного состояния обследованных показала, что отсутствовали родители у одного ребенка с аутизмом (6,7%), один – находится под опекой (6,7%), живут в неполной семье, воспитываются только матерью – в 26,67% случаев, у одного ребенка (6,7%) родители употребляют ПАВ.

Группа пациентов с умственной отсталостью и особенностями поведения, требовавшими дифференциальной диагностики с аутизмом, в 4,6 раза превосходила группу детей с аутистическими расстройствами (70 человек, 17,2% от общего количества детей, поступавших в отделение в 2018 г.). Их средний возраст составил $9,65 \pm 2,26$ года, в том числе девочек – 29, мальчиков – 41.

В этой исследовательской группе у 12 детей диагностирована умственная отсталость легкая со значительными нарушениями поведения (F70.1) – 3 девочки и 9 мальчиков, умственная отсталость умеренная с незначительными нарушениями поведения (F71.0) или умственная отсталость умеренная без указания на нарушения поведения (F71.9) – 17 детей (6 девочек и 11 мальчиков), умственная отсталость умеренная со значительными нарушениями поведения (F71.1) – 24 ребенка (10 девочек и 14 мальчиков), умственная отсталость неуточненная с незначительными нарушениями поведения (F79.0) – 8 детей (5 девочек и 3 мальчика), умственная отсталость неуточненная со значительными нарушениями поведения (F79.1) – 9 детей (5 девочек и 4 мальчика). У пациентов с умственной отсталостью в клинической картине заболевания присутствовали отдельные признаки нарушенной способности к социализации в обществе, ограничение коммуникативных навыков и наличие стереотипий в поведении, напоминавшие подобные расстройства при аутизме. К моменту госпитализации 10 детей (14,28%) этой группы имели установленную группу инвалидности. У 33 детей (47,14%) отсутствовали родители и опекуны, 16 детей (22,86%) воспитывались в приемных семьях, 16 детей (22,86%) имели родителей, злоупотребляющих алкоголем или наркотическими веществами. Оценка достоверности различий между группами исследования по наличию группы инвалидности и отсутствию родителей подтвердила значимость выявленных различий. Показатели наличия опекунов и неблагополучных родителей не достигли необходимой степени достоверности.

Выводы. Полученные результаты и проведенный анализ показал, что пациенты детского отделения ККБУЗ ККПНД № 1, госпитализированные в 2018 г., требовали оказания стационарной медицинской помощи в более раннем возрасте (в среднем $7,33 \pm 2,16$ года) по сравнению с пациентами с умственной отсталостью ($9,65 \pm 2,26$ года). Выявлено, что дети с диагнозом аутизма достоверно чаще имели группу инвалидности, чем дети с умственной отсталостью (в 40% случаев против 14,28%) и достоверно реже находились в состоянии полного сиротства (6,7% против 47,27% при умственной отсталости). Зарегистрировано примерно одинаковое количество детей, проживавших в неполных семьях (26,67% детей с аутизмом и 21,43% детей с умственной отсталостью). Кроме того, дети с диагностированными расстройствами аутистического спектра в 3,4 раза реже (6,7%), чем пациенты с умственной отсталостью (22,86%), находились под опекой, а также в 3,5 раза реже имели родителей с алкогольной или наркотической зависимостью (6,7% против 23,63%).

ТОЧНОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ И ЧУВСТВО НЕПОЛНОЦЕННОСТИ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ

Полякова И.В.

Смоленский государственный университет, Смоленск, Россия

Ресурсы психического здоровья и адаптация семьи связаны, прежде всего, с психическим здоровьем молодого поколения, под которым понимается его полноценное психическое развитие и формирование личности, которое обеспечит эффективную адаптацию к социальному окружению и позволит успешно раскрыть свой потенциал. Значимость задачи полноценного развития молодежи входит в число национальных приоритетов и закреплена в распоряжении Правительства РФ от 29.11.2014 № 2403-р «Об утверждении основ государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года» [7]. Приоритеты РФ ориентированы на укрепление воспитательной роли семьи. В 2014–2019 гг. в 78 регионах страны было разработано и утверждено около 1000 официальных документов по молодежной политике, которые являются действующими в настоящее время [2].

Семья оказывает решающее влияние на формирование жизненного сценария ребенка, предопределяющее его развитие на достаточно долгий срок [1, 6, 8]. Сценарное психопрограммирование, реализуясь спонтанно, все же представляет собой систему родительского (а впоследствии не только родительского) воздействия на ребенка, закрепляющую некий стереотип психического отражения, восприятия и саморегуляции.

Особенности формирования и функционирования этих программ как бы задают психическое и соматическое здоровье человека. Программы могут быть разными, поскольку различаются особенности социального окружения, обучения, воспитания. Однако в их структуру, по А. Адлеру, непременно включено чувство неполноценности, «сопровождающее» отражение и саморегуляцию человека на уровне навыков, обеспечивающее систематический анализ переживаний собственных экзистенциальных проблем и создающих условия психоэмоционального напряжения, затрудняющих полноценную адаптацию человека к социокультурному окружению [1]. Сценарное психопрограммирование осуществляется на достаточно ранних этапах онтогенеза, прежде всего в семье, и осознается лишь частично. «Если груз явлений не постигается, тогда, хотите вы того или нет, в итоге вы ... неизбежно утратите точку опоры» [6, с. 34].

Чувство неполноценности характеризует в той или иной степени личность каждого человека. Вопрос о поиске аналогичных психических детерминант, характеризующих психику любого человека, был решен с помощью выбора перцептивных особенностей как элементарных, стартовых качеств, «запускающих» последующую когнитивную обработку и эмоционально-волевое реагирование. Поскольку перцепция представляет собой сложный и комплексный психический процесс, будучи ограничены ресурсами и временем проведения исследования, мы остановились на точности восприятия, которое характеризует любое перцептивное действие.

Безусловно, точность восприятия имеет некую генетическую заданность [3], разные модальности восприятия характеризуются различной точностью, жизненный опыт так же по-разному «приложим» к развитию разных видов восприятия. В рамках исследования необходимо было найти объективные способы фиксации особенностей/фактов восприятия, исключающие вербальные ответы испытуемых.

В связи с этим мы выбрали вид восприятия, который не является ведущим в формировании профессиональной компетентности. Назовем его условно субординационным и предположим, что он как бы снимает основные структурные особенности функционирования восприятия в целом – точность тактильного восприятия.

Целью проведенного нами исследования было изучение психологических особенностей взаимосвязи точности восприятия и чувства неполноценности. Было выдвинуто гипотетическое предположение о том, что точность восприятия и чувство неполноценности взаимосвязаны.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 51 испытуемый, молодые люди в возрасте 18–25 лет, студенты 1–3-го курсов психолого-педагогического факультета Смоленского государственного университета (далее СмолГУ). Исследование проводилось в 2018–2019 гг. совместно со студенткой СмолГУ К.А. Поляковой в рамках подготовки выпускной квалификационной работы под моим научным руководством. Структуру экспериментальной части исследования составили три этапа, в ходе которых устанавливались особенности точности восприятия (воспроизведение заданного образца левой и правой рукой) и переживания чувства неполноценности, затем полученные результаты обрабатывались с помощью методов математической статистики. Методы исследования включали тензометрические измерения при воспроизведении испытуемыми заданного образца в различных психических состояниях (спокойного бодрствования и психоэмоционального напряжения) и методики «Шкала Адлера».

В ходе исследования было установлена динамика трансформации точности воспроизведения образца в различных психических состояниях испытуемых: в состоянии спокойного бодрствования величина ошибки правой руки меньше левой, в состоянии психоэмоционального напряжения ошибка правой руки возрастает, а левой – уменьшается. Можно предположить, что это обусловлено функционированием генотипически детерминированных систем мозгового обеспечения психической деятельности. Для группы испытуемых ошибка правой и левой рук постоянна, приблизительно 70 граммов на один килограмм. Вместе с тем аналогичные исследования, в которых участвовали спортсмены-разрядники, выявили иную динамику точности восприятия: в состоянии психоэмоционального напряжения величина ошибки при воспроизведении образца уменьшалась, показатели точности правой и левой рук одновременно увеличивались [5]. Это позволяет сделать вывод о том, что точность восприятия обусловлена фенотипически.

Результаты обследования испытуемых по «Шкале Адлера» выявили средний уровень выраженности чувства неполноценности (средний балл составил 19). Учитывая, что речь идет о будущих психологах-педагогах, их нельзя назвать нормативными. Коэффициент корреляции устанавливался с помощью критерия Пирсона, была выявлена высокая положительная связь (0,7) между воспроизведением образца левой рукой в состоянии спокойного бодрствования и чувством неполноценности, во всех остальных случаях она была средней (0,6 – правая рука в обоих состояниях и 0,5 – левая рука в состоянии психоэмоционального возбуждения). Таким образом, гипотеза, выдвинутая в начале исследования, о том, что имеется связь между точностью восприятия и чувством неполноценности верна.

Итак, ошибки в точности восприятия и чувство неполноценности, выявленные в ходе исследования, являются как бы нормативными. Поскольку оба феномена формируются в семье в возрасте 4–8 лет [1, 6] и далее «сенситивны» к социально-психологическому воздействию, необходимо специально организованное обучение, обеспечивающее развитие стрессоустойчивости и уверенности в собственной состоятельности. Речь идет о систематической практике, социокультурной деятельности, развивающей способности человека [4], например, спортивные, музыкальные, математические и другие. Представляется, что соответствующее семейное воспитание, в процессе которого ребенок формирует чувство собственной значимости, будет способствовать формированию сенсорно-перцептивной точности и чувства полноценности, обеспечивающих полноценную адаптацию к обществу и личностную эффективность.

Литература

1. Адлер А. Наука жить. – М.: Академический проект, 2009. – 244 с.
2. О государственной молодежной политике РФ [Электронный ресурс]. URL: http://www.vmo.rgub.ru/files/3_gmp_v_rf-781-2.pdf (дата обращения: 17.05.2019)
3. Петухов В.В. Общая психология. Тексты. – Т. 1. – М.: МГУ, 2002. – 295 с.
4. Полякова И.В. Перцептивные особенности «переживания» пространства: этнокультурные аспекты // XII Конгресс антропологов и этнологов России: сборник материалов (Ижевск, 3–6 июля 2017 г.) / Отв. ред.: А.Е. Загребин, М.Ю. Мартынова. – М.; Ижевск: ИЭА РАН, УИИЯЛ УрО РАН, 2017. – С. 408.
5. Полякова И.В. Психологические аспекты физической активности: точность восприятия // Совершенствование системы физического воспитания, спортивной тренировки, туризма и оздоровления различных категорий населения: Материалы XV Юбилейной Всероссийской с международным участием научной конференции / под ред. С.И. Логинова, Н.В. Пешковой. – Сургут: Дефис, 2016. – С. 251–253.
6. Райх В. Психология масс и фашизм. – СПб.: Университетская книга, 1997. – 380 с.
7. Распоряжение Правительства РФ от 29.11.2014 [Электронный ресурс]. URL:<http://www.base.garant.ru/70813498/> (дата обращения: 17.05.2019)
8. Хохлова Л.А. Гендерные особенности межполушарного взаимодействия при восприятии иноязычной речи // Известия Уральского государственного университета. Серия 1. Проблемы образования, науки и культуры. – 2010. – № 6 (85). – Ч. 1. – С. 200–203.

ОСОБЕННОСТИ УСТАНОВОК У МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Походня А.¹, Стоянова И.Я.², Черенева Е.А.³

¹ **Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия**

² **НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

³ **Международный институт аутизма КГПУ им. В.П. Астафьева, Красноярск, Россия**

Значимость оказания психологической помощи детям с нарушениями интеллектуального развития повышается в связи с увеличением их численности. Развитие системы инклюзивного образования в нашей стране ставит перед психологами новые задачи, связанные с адаптацией таких детей к учебному процессу. При этом семья играет особую роль в процессе обучения и социализации ребенка с особенностями развития (Юлдашева О.Н., 2010).

Целью настоящего исследования является выявление материнских установок как значимого фактора в развитии и адаптации ребенка.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 456 матерей, дети которых были в возрасте 8–11 лет. Были сформированы три группы испытуемых в зависимости от уровня интеллектуального развития ребенка: НИР (дети с нормальным интеллектуальным развитием), НИР1 (с задержкой психического развития – ЗПР) и НИР2 (с нарушениями интеллектуального развития в легкой степени). Далее респонденты были разделены на две возрастные группы, тем самым получилось 6 групп общей численностью 76 человек. Для исследования детско-родительских отношений была использована «Методика PARI» (опросник родительских установок).

Обсуждение результатов. В ходе исследования были получены статистически значимые различия между типами материнских установок в зависимости от особенностей интеллектуального развития детей. Так, у детей в возрасте 8–9 лет различия не обнаружены между материнскими установками по сравнению с детьми с нормальным интеллектуальным развитием (НИР) и с умственной отсталостью легкой степени (НИР2) (1,835, $p \leq 0,4$). Высоко значимые различия были получены между типами установок между НИР1 и НИР2 (11,59, $p \leq 0,003$). Тенденция к достоверным различиям отмечается между матерями детей из групп НИР и НИР1 (5,502, $p \leq 0,08$). В отношении группы детей в возрасте 10–11 лет статистически значимых различий по типам родительских установок получено не было.

При анализе данных выявлено, что для матерей группы НИР2 не характерен оптимальный эмоциональный контакт, который в большинстве своем присутствует в детско-родительских отношениях в группах НИР и НИР1. Статистически значимая взаимосвязь по этому показателю была получена при сравнении групп НИР1 и НИР2 ($\chi^2=1,886$). Особенностью эмоционального контакта матерей в группе детей с нормальным интеллектуальным развитием является достаточно низкий уровень побуждения к вербализации (19,7% респондентов), а также отсутствие уравнительных отношений с ребенком (5,3%).

Матери детей групп НИР и НИР2 отличаются излишней концентрацией на ребенке. В случае с нарушением интеллекта на уровне легкой умственной отсталости это можно объяснить повышенными требованиями к обеспечению безопасности ребенка. Однако в том и другом случае такие показатели являются фактором риска для развития ребенка, чему способствует подобный стиль воспитания, связанный с подавлением волевых качеств ребенка, его самостоятельности, чувственных и эмоциональных побуждений (Бордовская Н.В., 2011).

Следует отметить пониженное стремление ускорить развитие ребенка в группе матерей НИР2 (23,7%), хотя, как отмечают исследователи, при умственной отсталости легкой степени тяжести можно достичь значительных улучшений в интеллектуальном развитии при регулярных занятиях (Шипицына Л.М., 2005). Из числа матерей групп детей НИР и НИР1 больше половины респондентов уделяет внимание скорейшему развитию детских способностей (в группе НИР – 64,5%, в группе НИР1 – 56,6%). Возможно, это связано с материнской усталостью, субъективно недостаточной отдачей от детей родительских усилий. При этом в группе НИР2 51,8% респонденток отмечают, что их интересы ограничены внутрисемейными делами, что не дает возможности восстановить силы. Для группы НИР2 так же характерна высокая конфликтность внутрисемейных отношений (90,8%), что, в свою очередь, отнимает много сил и может являться предиктором нарушений психического здоровья матерей (Семченко Л.Н. и др., 2000).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости психологического консультирования матерей всех групп, направленного на снижение эмоционального напряжения, оптимизацию семейного климата и детско-родительских отношений, обучение адекватному эмоциональному контакту, в конечном счете это будет способствовать повышению адаптивных возможностей ребенка и успешности в учебной деятельности.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ И ВОЗМОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ АУТОАГРЕССИВНОЙ ПРЕДИСПОЗИЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ АДДИКТОВ

Пронин С.В.^{1,2}, Чухрова М.Г.^{1,2}, Пронина М.А.¹, Пронина Л.В.³

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет», Новосибирск, Россия

² ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления», Новосибирск, Россия

³ ФГБУЗ СОМЦ ФМБА, Новосибирск, Россия

Объективная диагностика внутренней картины суицидального поведения нередко сложна. Импульсивный суицидальный деликт может быть спровоцирован различными эндогенными, экзогенными и/или экологическими факторами [Зотов П.Б., 2012; Приленский Б.Ю., 2013; Harris E.C., 1997]. Для нарколологических аддиктов характерным является компонент суицидальной predisпозиции – внутренней готовности совершить суицид, который не проявляется в поведении, не вербализуется, а зачастую не осознаётся ими [Бисалиев Р.В. и др., 2013].

Поэтому необходим поиск биомаркеров таких «внутренних» состояний, которые могут быть отнесены к триггерным механизмам потери контроля над своей жизнью, приводящей в итоге к саморазрушительному аутоагрессивному поведению либо суициду. Ведущими в этой ситуации могут быть компоненты, связанные с дезадаптацией интеграции вегетативной и высшей нервной деятельности, дисбалансом систем внутреннего вознаграждения (ревард-стимуляция), объясняющих изменённые состояния сознания и рискованное поведение в целом [Пронин С.В. и др., 2015]. Сохранение стабильности вегетативной нервной системы (ВНС), как и её реактивность, коррелирует со способностью регулировать негативные эмоции [Appelhans B.M. et al., 2006; Porges S.W., 2007], агрессивностью, тревожностью, гневливостью [Scott B.G., 2014; Vogele C., 2010]. Также ассоциируется с социальной адаптивностью [Chang H.A. et al., 2014], включая пограничное расстройство личности [Austin M.A., 2007; Weinberg A., 2009], генерализованное тревожное расстройство [Mankus A.M., 2013]. Биомаркер «вариабельность сердечного ритма» (BCP) подвержен влиянию разных неадаптивных психических состояний и последствий приёма алкоголя [Ingjaldsson J.T., 2003]. Выявлена определённая взаимосвязь депрессивных и суицидальных идей и BCP [Khandoker A.H. et al., 2016]. Ранее нами была определена возможность прогнозирования психотических нарушений при состояниях отмены у лиц с различными формами «химической» зависимости на основе анализа некоторых параметров BCP [Пронин С.В. и др., 2008]. В совокупности имеющиеся на сегодняшний день данные литературы [Beauchaine T.P., 2015; Wilson S.T., 2016; Adolph D., 2018] позволяют говорить о влиянии активности ВНС на BCP, где изменение её некоторых составляющих может быть ассоциировано с наличием суицидальных идей у пациентов.

Методология нашего исследования выстраивалась в рамках многопрофильной модели мониторинга наркомании, которая часто рассматривается как суицидальная предрасположенность [Бохан Н.А. и др., 1998].

Цель исследования: обоснование возможности неинвазивной приборной оценки суицидальной предрасположенности на основе показателей вариабельности сердечного ритма у лиц с наркотической зависимостью.

Материал и методы. Дизайн исследования: открытое, ретроспективное, нерандомизированное. Критерии включения: 1) диагноз зависимости от ПАВ и состояние отмены, установленные в соответствии с критериями DSM-IV (1994), DSM-IV-TR и ICD-X; 2) у пациентов на момент госпитализации по критериям ICD-X верифицирована вторая стадия зависимости (F11.xx2).

Проведено комплексное психодиагностическое и инструментальное обследование 321 пациента с наркотической зависимостью с использованием шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory). К общим критериям исключения из исследования относились: 1) острые инфекционные заболевания; 2) наличие у пациентов эндогенных психических расстройств.

Пациенты разделены на две группы: первая (1), контрольная – лица без проявлений аутоагрессивности – состояла из 99 человек, в том числе 85 мужчин (85,8%) и 14 женщин (14,2%), в возрасте от 20 до 33 лет (средний возраст у мужчин – $27,4 \pm 5,3$ года, средний возраст у женщин – $25,6 \pm 4,6$ года). Вторая (2) группа сравнения или основная, включала 222 пациента с аутоагрессивными проявлениями (148 мужчин – 66,7% и 74 женщины – 33,3%). Общий балл на момент обращения по шкале Бека составил в первой группе – 10,5, во второй – 24,4 ($p \leq 0,01$).

Разделение на группы контрольная и основная проводилось по введённой нами на основе опросника Бека интегральной шкалы «аутоагрессивность». Суммировались баллы по следующим субшкалам: «Д» (чувство вины) + «Ж» (отвращение к самому себе) + «З» (идеи самообвинения) + «И» (суицидальные мысли). При сумме баллов свыше 4 пациенты были отнесены к основной группе с «аутоагрессивностью». При меньшем количестве баллов пациенты включались в контрольную группу. Средняя сумма баллов по шкале «аутоагрессивность» составила в контрольной группе 1,2 балла, в основной группе – 6,9 балла.

Пациенты с отсутствием в анкетах отметок по этим шкалам исключались из обработки. Реперные точки «суицидальные мысли «есть/нет» получены на основе шкалы «И» опросника Бека. Определен возраст начала приёма наркотиков: контрольная группа – $20,8 \pm 5,3$ года, основная – $20,5 \pm 5,1$ года. По коморбидности в группах получено следующее распределение: гепатит В и/или С – 41,6% и 45,9%; травма головы в прошлом – 38,8% и 37,8%; наличие алкогольной зависимости у родителей – 23,9% и 19,6%; наличие судимости по статье 228 УК РФ – 29,0% и 29,6%; индекс массы тела – $23,3 \text{ кг/м}^2$ и $21,8 \text{ кг/м}^2$.

Для исследования вегетативного баланса на основе ВСР применялся спектральный анализ сердечного ритма [Europ Heart J. 1996. Vol. 17. P. 354–381]. Исходные данные регистрировались с помощью программно-аппаратного комплекса «БОС-ПУЛЬС» (фотоплетизмографический датчик). Фоновая запись проводилась в условиях покоя в течение не менее 5 минут, которая осуществлялась в затемнённой комнате с периодом адаптации перед тестированием к окружающим условиям в течение 5–10 минут. Такая методика измерения демонстрирует высокую надёжность.

Референтной (3) группой ($n=32$) для нормативного сравнения показателей ВСП послужили материалы исследования, проведённого нами среди здоровых лиц в среднем возрасте $24,0 \pm 1,8$ года.

Результаты исследования. Число лиц с передозировками, связанными с внутривенным немедицинским приёмом наркотиков, составило 36,5%. Очевидна связь с возрастом пациентов ($F=8,06$; $p=0,005$) и длительностью заболевания ($F=10,14$; $p=0,002$). Возраст начала приёма наркотиков не имел такого влияния. Анализ пригодности ступенчатых и дихотомных шкал (ответы «да/нет») опросника Бека проводился с помощью расчёта коэффициента альфы Кронбаха. Использование характеристик спектрального анализа ВСП в разделении на группы контрольная/основная (аутоагрессивность) обосновано, где пригодность шкал по альфа Кронбаха составила 0,80 и 0,78, что является вполне приемлемым для использования данных показателей с целью выявления групп рискового поведения.

Наибольшее значение имеет такой индекс ВСП, как разница между «сосудистым – дыхательным» компонентами «LF – HF» (значимость 0,75; макс. 1,0). Вероятность прогноза по этому индексу составляет 85% для шкалы «суицидальная предрасположенность».

В основной группе преобладал центральный контур регуляции над автономным, с высокой активностью симпатической нервной системы (превышение значений контрольной группы на 30%).

Выявлены статистически значимые отличия между группами пациентов по такому показателю спектрального анализа ВСП, как VLF (нейрогенный компонент $p=0,01$). Также пациенты основной группы имели следующие особенности: индекс TF (общая мощность ритма) был в 1,78 раза ниже по отношению к группе сравнения (2) и в 1,40 раза ниже по отношению к здоровым лицам (3).

Обсуждение. При неадаптивном психическом состоянии (аутоагрессивности) ВСП и его мощность будут возрастать пропорционально силе стрессового воздействия. Это состояние аллостаза, или аллопластичное приспособление. При адаптивной реакции на стресс, при сохраненной мощности ВСП его изменчивость будет находиться в функциональном диапазоне – реакция гомеостаза. При выходе за нижний нормативный диапазон ВСП – аутопластичный тип приспособления. Схема приспособительных реакций может выглядеть так: аутопластические \leftrightarrow гомеостатические \leftrightarrow аллопластические состояния.

В первой группе отмечались аутопластические процессы адаптации, варибельность сердечного ритма была низкой, преобладал сосудистый компонент адаптации ($p \leq 0,05$). Во второй группе пациентов с аутоагрессивностью доминировали нейроэндокринные, центральные

механизмы адаптации. Вагальная регуляция была значительно снижена (показатель VLF), что рассматривалось как аллопластическое состояние ($p \leq 0,001$). В третьей группе (здоровые лица) в структуре ВСП преобладал высокочастотный (дыхательный) компонент – гомеостатический процесс саморегуляции ($p \leq 0,001$).

При наличии идеаторного компонента «суицидальные мысли» отмечается снижение суммарного эффекта вегетативной регуляции. Наблюдается своеобразный дизрегуляторный энергодефицит, поэтому становится объясним высокий процент аутоагрессивности среди наркотических аддиктов – 69,2%. При этом 35,2% пациентов отмечали наркотические передозировки. Диагностическая ценность спектральных характеристик ВСП в выявлении идеаторного компонента «суицидные мысли» составила: SE – 42%, SP – 100%, преваленс – 75%, что свидетельствует о надёжности предлагаемого метода.

Заключение. У больных наркоманией наблюдаются все виды агрессивного поведения, направленные как на внешний мир (гетеродеструкция), так и на собственную личность (аутодеструкция). Проведённое исследование обосновывает возможность объективной оценки суицидальной предрасположенности на основе показателей variability сердечного ритма у лиц с наркотической зависимостью. Разработанный нами подход, наряду с высокой информативностью, является неинвазивной малозатратной методикой, доступной для практической реализации при любом уровне медико-социальной помощи. Возможно применение данной системы диагностики аутоагрессивности и с целью выявления лиц со склонностью к рисковому аддиктивному поведению (например, в общеобразовательной школьной сети, вузах). Может способствовать разработке и адаптации профилактических программ отклоняющегося, делинквентного поведения, виктимности, агрессивности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С АУТИЗМОМ, В УСЛОВИЯХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Пустовая А.В., Пустовая Е.Н.

**Психолого-дефектологический центр «Мир семьи»,
Новосибирск, Россия**

Основным критерием аутизма, который выступает на первый план и на котором акцентируют внимание родители, являются отгороженность ребенка от внешнего мира, его неспособность и нежелание устанавливать и поддерживать контакт с другими детьми и взрослыми.

Согласно статистическим данным, распространенность аутистических нарушений в детском возрасте, проявляющихся в трудностях коммуникации и социальной адаптации, находится в диапазоне 15–20 случаев на 10 000 детей (Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 1997). Психологическая работа при аутизме направлена как на самого ребенка, так и на смягчение эмоциональной напряженности и тревоги у членов семьи.

Работа с семьей проводится в трех основных направлениях. *Личное консультирование родителей* включает психообразовательные программы (разъяснение родителям сути и особенностей аутизма, особенности построения взаимоотношений с ребенком, разрешение поведенческих проблем, описание необходимой комплексной коррекционной работы) и вовлечение родителей в коррекционно-воспитательный процесс. Важными задачами на данном этапе являются: снижение эмоционального дискомфорта в связи с состоянием ребенка, поддержка уверенности родителей в возможностях ребенка, формирование у родителей адекватного отношения к особенностям ребенка, сохранение адекватных детско-родительских отношений и стилей семейного воспитания. В формате *совместной работы психолога, родителей и ребенка* на занятиях специалист имеет возможность продемонстрировать родителю ход занятий и научить родителя взаимодействовать со своим ребенком. При проведении *общих родительских собраний* имеется возможность обсудить не только со специалистом, но и с другими родителями возникающие проблемы и поделиться опытом их преодоления.

Семья – первый институт социализации ребенка, мощный психический фактор, воздействующий на ребенка и фактически определяющий его дальнейшую жизнь. Следует отметить, что аутизм диагностируется у ребенка в возрасте от 1,5 до 4 лет. В первые 2–3 года жизни не только родители, но и врачи, наблюдающие ребенка, не всегда замечают нарастающие проблемы. Родители детей с аутизмом, по нашему опыту, обращаются за помощью к специалистам, когда ребенок уже старше 3–4 лет, но встречаются случаи, когда ребенка приводят в более старшем возрасте. Ситуация осложняется ещё тем, что в большинстве случаев родители, замечая и понимая, что их ребенок отличается от других, начинают испытывать эмоциональный дискомфорт и чувство необоснованной стеснительности и стыдливости (так как часто слышали: «Какой невоспитанный, избалованный... ребёнок»).

По результатам одного из исследований, из 100 родителей детей начальной школы на вопрос: «Как бы Вы отнеслись к тому, что в классе, где учится Ваш ребенок, занимался бы ребенок с нарушениями в психическом развитии?» 62% родителей были категорически против

пребывания в классе такого ребенка, 24% ответили, что им все равно, только 14% родителей отреагировали положительно (Мамайчук И.И., 2000). Поэтому очень часто ребенок находится дома, не посещает детский сад, не гуляет во дворе, родители обосновывают это тем, что «наш ребенок домашний, общение его травмирует». Хотя ребенку необходимо развиваться, расширять диапазон социальных навыков, готовиться к посещению образовательного учреждения. Для этого на протяжении всего периода коррекционной работы специалистом проводится срезовая диагностика навыков и умений ребенка (1 раз в 3–6 месяцев), родителями заполняются социогаммы и таблицы сенсомоторного развития. Это позволяет проследить динамику развития ребенка, выявить его наиболее выраженные проблемные области, применить полученные данные в коррекционной работе.

Специалисты центра сотрудничают с неврологами, психиатрами, для того чтобы дети своевременно получали медицинскую помощь, таким образом обеспечивая координацию действий родителей, врача, психолога и педагога. Таким образом, психологическая поддержка является важным звеном в системе психологической помощи детей с аутизмом. Основные цели психологической поддержки состоят в повышении чувствительности родителей к особенностям ребенка, снижении эмоционального дискомфорта, формировании у родителей адекватных представлений о потенциальных возможностях ребенка. Сам процесс психологической поддержки родителей, так же как и коррекционная работа с детьми, должен быть непрерывным и комплексным.

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЙ В ДИАДЕ «МАТЬ – РЕБЕНОК», ИХ РОЛЬ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Раева Т.В.¹, Леонова А.В.², Семёнова Н.Д.²

¹ ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

² ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», Центр патологии речи и нейрореабилитации, Тюмень, Россия

Актуальность. Формирование психоэмоциональной сферы ребенка является важным фактором его успешной адаптации в окружающем мире (Wamboldt M., Wamboldt F., 2000; Stadelmann S. et al., 2007). Процесс, начавшийся сразу после рождения, со временем претерпевает изменения в связи с постепенно расширяющимися количественными и качественными отношениями с другими людьми. Ключевой фигурой для ребенка длительное время остается мать (Freud A., 1965).

Именно во взаимоотношениях с матерью можно наблюдать и зафиксировать текущие отклонения в поведенческих и эмоциональных аспектах и с высокой точностью прогнозировать будущие проблемы (Easterbrooks M.A. et al., 2012). Благодаря живому и своевременному отклику матери на эмоциональные и поведенческие проявления ребенка раннего возраста происходит формирование положительного настроения, столь важного в процессах саморегуляции и в будущей социальной успешности ребенка, а также способности уменьшать отрицательное воздействие окружающей среды (Feng X. et al., 2007; Newland R. et al., 2011). Немаловажное значение в развитии речевых способностей ребенка имеют выбранный матерью стиль общения, употребление различных речевых структур, типов предложений, задаваемые вопросы, комментарии, построение диалогов и использование невербальных элементов (Armstrong R. et al., 2017; Fisher E.L., 2017).

С позиции биопсихосоциального подхода изучение взаимоотношений в диаде «мать – дитя», где ребенок страдает задержкой речевого развития (ЗРР), представляет собой недостаточно исследованную область, новые данные в которой позволят сформировать целостное представление о проблеме и возможность применять комплексный подход в реабилитации данного нарушения.

Цель. Выявить особенности отношения матери к ребенку с ЗРР, разработать рекомендации для повышения эффективности реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе Областной клинической психиатрической больницы Тюмени, в Центре патологии речи и нейрореабилитации. В нем участвовало 47 матерей детей с ЗРР (основная группа) и 45 матерей детей с нормальным речевым развитием. Средний возраст матерей составлял $29,1 \pm 5,2$ года. Высшее образование имели 76,5% женщин, остальные – среднее и среднее специальное. Средний возраст детей с ЗРР составил $27,9 \pm 5,5$ месяца, из них 70,2% мальчиков и 29,8% девочек. Все дети на первом этапе обследованы с помощью теста на определение речевого развития (Language Development Survey for Ages 18-35 Months), являющегося частью стандартизированного Опросника поведения детей 1,5–5 лет (CBCL 1,5-5) (Achenbach T.M., Rescorla L.A., 2000). Наряду с клиническим интервью матери заполнили психологическую методику PARI – опросник изучения родительских установок (Schaefer E.S., Bell R.Q., 1958).

Результаты и обсуждение. По всем показателям теста на определение речевого развития (число спонтанно произносимых слов и количество фраз) различия в основной и контрольной группах оказались статистически значимы.

В группе детей с ЗРР в возрасте 24–36 месяцев речевое развитие (экспрессивный словарный запас) соответствовало таковому у детей из контрольной группы в возрасте 18–23 месяцев. Число слов в возрасте 18–23 месяца в основной группе составило в среднем 5,5, в контрольной – 39,7 ($p=0,0014$). В возрасте 24–36 месяцев в основной группе среднее количество слов составило 35,9, в контрольной – 204,8 ($p\leq 0,001$). В возрасте 24–36 месяцев 72,3% детей основной группы не использовали фразовую речь ($n=34$). Разница между группами по коэффициенту фраз в возрасте 24–36 месяцев составила более 4 раз ($p\leq 0,001$). При этом рецептивная часть речи у детей из основной группы находилась в пределах нормы в 85,1% случаев, а в 14,1% была несколько снижена. Нарушение у детей из основной группы можно квалифицировать по МКБ-10 в рамках диагностической рубрики «Расстройство экспрессивной речи» (F80.1). В психическом статусе большинства детей выявлены поведенческие и эмоциональные нарушения, в которых просматриваются черты будущего гиперкинетического расстройства. «Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста» (F93) обнаружены в 19,1%, «Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи» (F91.0) – в 10,6% случаев.

Для оценки социальных факторов матери детей с нормальным развитием речи и детей с ЗРР были разделены на группы в соответствии с возрастом женщины на момент рождения ребенка, полученным образованием и общим количеством детей в семье.

По методике PARI, оценивающей отношение матери к семейной роли, наибольшие значения получены по шкале «ограниченность интересов женщины рамками семьи» для любого возраста и наличия высшего образования в группах матерей детей с ЗРР ($p=0,0048$ для возраста 18–26 лет и $p=0,0181$ для возраста 27–38 лет). Это может определяться тем, что мать считает себя виновной в наличии ЗРР у ребенка. В пользу этого говорят данные по шкалам оценки отношения родителя к ребенку. Для матерей детей с ЗРР в возрасте 27–38 лет наиболее характерны: «развитие активности ребенка» ($p=0,0337$), «раздражительность, вспыльчивость» ($p=0,0237$), «уклонение от эмоционального контакта с ребенком» ($p=0,0496$), «чрезмерная забота» ($p=0,04$), «стремление ускорить развитие ребенка» ($p=0,0169$). Таким образом, чем старше возраст матери, тем сложнее ей в психологическом плане при воспитании ребенка с ЗРР. Так, в ответ на обвинения окружающих в том, что причиной нарушения в речевом развитии является низкая вовлеченность матери в воспитательный и обучающий процесс, она начинает поощрять активность и любознательность ребенка, его равноправие в решении семейных вопросов.

Однако с помощью доступных матери методов эффективно скорректировать речевое нарушение не удается. Из-за чего формируются чувство неудовлетворения, раздражительность, вспыльчивость, что в дальнейшем ведет к эмоциональной отгороженности её от ребенка. Для матерей в возрасте от 18 до 26 лет, имеющих меньший жизненный опыт и в большинстве случаев воспитывающих единственного ребенка, характерно только «подавление агрессивности» ($p=0,0312$). При этом результаты исследования говорят о том, что матери детей с нормальным речевым развитием придерживаются равноправных отношений со своими детьми ($p=0,0371$) и склонны к повышенной требовательности и суровости, что не является характерным для матерей детей с ЗРР ($p=0,0275$). Для матерей детей основной группы, имеющих высшее образование, наряду с указанными особенностями характерно «чрезмерное вмешательство в мир ребенка» ($p=0,0214$).

Количество детей по данным проведенного исследования не оказывает существенного влияния на отношение матери к семейной роли, однако имеются значимые различия в отношении к детям. Так, для матерей, воспитывающих одного ребенка, страдающего ЗРР, характерно стремление к партнерским отношениям с ребенком ($p=0,0226$), развитие его активности ($p=0,0096$), создание безопасности с опасением обидеть ($p=0,0357$), чрезмерное вмешательство в мир ребенка ($p=0,0227$). В случае с неединственным ребенком в семье матерям из основной группы свойственно стремление ускорить развитие ребенка ($p=0,0253$), что связано, вероятно, с возможным сравнением с развитием других своих детей. Вместе с тем для них не характерно желание развить партнерские отношения ($p=0,0371$).

Таким образом, наиболее выраженными чертами в отношениях матери к ребенку в основной (клинической) группе являются поощрение активности ребенка, стремление ускорить его развитие, чрезмерная забота с установлением отношений зависимости и вмешательство в мир ребенка, в то же время уклонение от эмоционального контакта. Совокупность обнаруженных признаков позволяет определить ведущий тип взаимоотношений матери и ребенка с ЗРР как «симбиотический» (по классификации Варга А.Я., Столин В.В.). Данный тип характеризуется болезненным слиянием в отношениях двух людей, где мать не чувствует границу между собой и ребенком, отождествляя себя с ним, не оставляя ему личного пространства. Имея завышенные ожидания от детей, такие матери всегда готовы прийти им на помощь, когда те не справляются с поставленными задачами, что ещё больше усугубляет инфантильность ребенка и усиливает зависимость от матери.

Анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь при ЗРР, показал отсутствие в их программах реабилитации корректирующих мероприятий, направленных на семейные взаимоотношения. Исключением были краткие комментарии специалистов, не дающие необходимого результата.

Выводы. Задержанное речевое развитие является нарушением, требующим мультимодального подхода в лечебной тактике. Причиной тому служат сопутствующие проблемы ребенка. По данным исследования, внутрисемейные воздействия также нуждаются в коррекции. Выявлена патологическая симбиотическая связь между матерью и ребенком, страдающим ЗРР. Основу отношений в такой диаде составляют выраженная забота с установлением зависимости, стирание грани между собой и ребенком, при этом отсутствует необходимый эмоциональный контакт. Эти особенности воспитания не позволяют личности ребенка успешно развиваться.

Таким образом, существует необходимость разработки психообразовательного блока для семей, где воспитываются дети с ЗРР. Основой обучающих программ должно стать разъяснение причин нарушения и этапов корректирующей работы, её длительности и комплексности, роли матери в реабилитации ребенка. Это будет способствовать снятию вины с матерей за возникновение ЗРР, повышению их комплаентности. Отдельным пунктом должна стать психотерапевтическая помощь матерям для изменения стратегии воспитания, преодоления симбиотической связи, что поможет повысить эффективность проводимых реабилитационных мероприятий в Центре патологии речи и нейрореабилитации.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПРИ ИХ КОМОРБИДНОСТИ

Рощина О.В., Розин А.И., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Актуальность. Согласно многофакторной биопсихосоциальной модели алкогольной зависимости (АЗ) и депрессии, неспецифическими, общими биологическими факторами для возникновения депрессии и алкоголизма являются наследственная отягощенность, а также особенности микросоциального окружения, оказывающие влияние на формирование психологических конструктов и социальных навыков (Пуговкина О.Д., Попинако А.В., 2012).

В рамках биопсихосоциального подхода к изучению этиопатогенеза полигенных мультифакториальных заболеваний, к которым относятся депрессия и алкоголизм, реализация генетического риска происходит в процессе взаимодействия трех доменов: биологического (генетического), личностного и социального. Причем два последних также имеют свои уровни генетического контроля (Кибитов О.А., 2016; Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э., 2018). Отмечается прямая корреляция между уровнем суицидальной активности родителей и их потомства в семьях детей-суицидентов (Лукашук А.В., 2017; Kölves K., Draper V.M., Snowdon J., De Leo D., 2017). Дисгармоничность внутрисемейных отношений и дисгармоничность структуры личности относятся к «потенциальным» факторам риска суицидальных тенденций (Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А. и др., 2015). АР и АЗ являются психическими патологиями, часто приводящими к суициду (Cornelius J.R., Clark D.B., Salloum I.M. et al., 2004). По эпидемиологическим данным, 30–50% пациентов с диагностированными аффективными расстройствами предпринимают суицидальные попытки (Смулевич А.Б., 2015). Алкоголизм или злоупотребление алкоголем обнаруживаются в 43% случаев самоубийств (Сахаров А.В., Говорин Н.В., 2015). Продемонстрирована прямая корреляция частоты аутоагрессивных действий среди злоупотребляющих алкоголем лиц и недавними интерперсональными или рабочими конфликтами, а также большая частота встречаемости психической патологии среди лиц, не злоупотребляющих спиртными напитками (Pirkola S.P., Isometsä E.T., Heikkinen M.E. et al., 2000). Исходя из вышеизложенных данных, можно предположить, что в случае коморбидности алкогольной зависимости и аффективного расстройства риск наследственной отягощенности возрастает за счет аддитивного влияния генетических факторов, а риск суицидального и аутоагрессивного поведения лиц, страдающих коморбидной патологией, выше, чем среди пациентов с люцидными формами заболеваний.

Цель: выявление корреляции между наследственной отягощенностью по аффективной и наркологической патологии, суицидальному поведению в исследуемых группах пациентов с АР, АЗ и их коморбидностью. Сравнение уровня суицидальной активности в группах лиц, страдающих АР и АЗ в «чистом виде» и в коморбидности.

Материалы и методы. Обследовано 88 человек с АР и АЗ. Первая группа – 31 пациент с АЗ без коморбидной аффективной симптоматики. Вторая группа – 29 больных с АР без зависимости от алкоголя, третья – 28 пациентов с коморбидным течением АЗ и АР. Группы сопоставимы по полу и возрасту ($p \geq 0,05$, критерий хи-квадрат). В исследовании использовался клинико-катamnестический и статистический методы.

Результаты. При анализе данных семейного анамнеза в исследуемых группах выявлено, что АЗ в семейной истории чаще встречалась в группе с коморбидностью: 57,1% (n=16), чем в группе с «чистыми» АЗ – 29% (n=9) и АР – 24% (n=7). Психические расстройства у родственников пациентов выявлены в 20,7% (n=6) случаев в группе с «чистыми» АР, в 14,3% (n=4) – в группе с коморбидностью и в 6,5% (n=2) – в группе с «чистой» АЗ. Пациенты с «чистой» АЗ не имели информации о суицидальных попытках или суицидальном поведении своих родственников. В группах с коморбидностью и «чистыми» АР эти показатели оказались примерно одинаковыми: завершённый суицид имел место в 17,9% (n=5) и 17,2% (n=5) случаев соответственно, а незавершённые – в 3,6% (n=1) и 3,4% (n=1) случаев ($p \leq 0,05$, критерий хи-квадрат).

93,5% (n=29) пациентов группы АЗ отрицали суицидальные мысли или действия. У пациентов группы с АР суицидальные мысли и действия в течение жизни отмечались в 27,5% (n=8) наблюдений. В их числе выявлены: суицидальные мысли – 13,8% (n=4), действия – 10,3% (n=3), суицидальные попытки – 3,4% (n=1). Суицидальная активность в этой группе в 75% случаев (n=6) не была сопряжена с состоянием алкогольного опьянения. В группе пациентов с коморбидностью АЗ и АР суицидальные мысли имели место в 17,9% случаев (n=5), действия – в 7,1% (n=2) и в 10,7% (n=3) пациентами предпринимались суицидальные попытки. В 50% случаев пациенты находились в состоянии алкогольного опьянения на момент появления аутоагрессивных тенденций ($p \leq 0,05$, критерий хи-квадрат).

Выводы. В группе пациентов с двойным диагнозом отмечается большая наследственная отягощенность не только по наркологической, но и по психиатрической патологии в сравнении с группой аддиктов, а также значительно выраженная отягощенность алкоголизмом по сравнению с группой пациентов с расстройствами настроения. Суицидальная активность среди родственников пациентов, страдающих АР, как в «чистом» виде, так и в коморбидности имела более высокие значения по сравнению с группой пациентов с «чистой» АЗ. Сосуществование АЗ и АР усиливает суицидальный риск отдельных заболеваний; суицидальные тенденции в группе пациентов с коморбидными расстройствами чаще приводят к активным аутоагрессивным действиям и в половине случаев сопряжены с состоянием алкогольного опьянения.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-313-00147.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

Рудницкий В.А.^{1, 2, 3}

¹ **НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

² **ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет», Томск, Россия**

³ **ГБОУ ВПО «Томский государственный педагогический университет», Томск, Россия**

В литературе встречается распространенное мнение [1, 2, 3, 4], что насилие между близкими людьми существует столько времени, сколько существует само человечество. Причём ситуация с насилием в семье носит сложный и скрытый характер. Огласке и принятию конкретных мер противодействия подвергается лишь небольшое число имеющих медицинские или социальные последствия ситуаций, вызвавших сильный общественный резонанс. Психологические и психиатрические проблемы обычно остаются в стороне, частично в связи с «закрытостью» тематики, в ряде случаев из-за лояльного отношения общества к проявлениям домашнего насилия, отчасти в связи с отсроченным характером психологических последствий и склонностью приписывать данные последствия к воздействию иных факторов. Это создает трудности при своевременной диагностике нервно-психических заболеваний, в происхождении которых значительный вклад имеет бытовое насилие, что снижает эффективность лечебных и профилактических мер. В настоящее время почти отсутствуют данные о реальной связи психических расстройств и насилия в семье, которое может формировать представления о психологическом климате в таких семьях как о мало пригодном для нормальной жизни.

Цель. Изучить ситуацию с насилием в семьях пациенток с непсихотическими психическими расстройствами и разработать подходы к её улучшению.

Материалы и методы. Использованы методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический, статистический.

Проведено комплексное обследование 80 пациенток с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте от 25 до 52 лет, проходивших лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Обследование и лечение больных проходило в рамках разработки медицинских технологий по прикладным научным исследованиям и финансировалось из бюджетных средств.

Нозологическая структура изучаемой психической патологии была представлена 3 подгруппами заболеваний: органическими непсихотическими психическими расстройствами (25 пациенток), расстройствами адаптации (25 пациенток), и соматоформными расстройствами (20 больных). Из данных пациентов были сформированы подгруппы. В отношении всех пациенток были получены сведения о социально-психологической обстановке в семьях, включающей в себя в качестве одного или основного психотравмирующего фактора бытовое насилие. На начальном этапе проведен сбор анамнестических сведений и осуществлялось катamnестическое наблюдение. Методы исследования были традиционными, но расширены иммунобиологическими и психологическими методами за счет участия в программах прикладных исследований по медицинским технологиям.

Результаты. Наиболее распространенными являлись ситуации с насилием в семьях пациентов с соматоформными расстройствами (70%) и расстройствами адаптации (64%). В 2 раза реже насилие встречалось в семьях пациенток с органическими непсихотическими расстройствами (32%). В 32,86% случаев сами пациентки в отношении детей или других членов семьи также применяли насилие (преимущественно психологическое). Около трети пациенток, подвергающихся семейному насилию, признавали, что иногда провоцируют своих партнеров, осознают это, осуждают, но не хотят/не могут сдержаться, так как испытывают гнев или обиду. Только 27,14% респонденток считают насилие неприемлемым способом решения домашних проблем. При этом 30% из них, декларирующих неприемлемость насилия в семье, тем не менее регулярно проявляют его по отношению к членам семьи.

Таким образом, во всех обследованных подгруппах женщин с непсихотическими психическими расстройствами выявлялась высокая распространенность насилия в семье. Оно обнаружено с меньшей частотой при органических психических расстройствах, хотя из-за типичной симптоматики органического регистра (эмоциональная лабильность и снижение когнитивных функций) можно было ожидать противоположной ситуации. Это можно объяснить сочетанием социально-психологических и биологических факторов. Родственники и сами пациентки при расстройствах органического спектра имели более адекватное представление о болезни, чем при нарушениях невротического и соматоформного происхождения, что сопровождалось формированием более толерантного отношения к больным. Кроме того, они последовательнее и точнее придерживались рекомендованной терапии (как психиатрической, так и соматически ориентированной) и в меньшей степени провоцировали свое микроокружение на конфликты.

У пациенток с расстройствами адаптации и соматоформными нарушениями распространённость насилия в семьях различалась незначительно (64% и 70%). Во всех нозологических подгруппах преобладало психологическое насилие, в части случаев носило взаимный характер, с преобладанием недоброжелательного отношения членов семьи друг к другу. Применение насилия женщинами, декларирующими его неприемлемость при решении семейных проблем, является подтверждением личностной основы данной ситуации, свидетельствует о желании произвести нужное впечатление, высказывая то, что, по мнению пациенток, от них ожидают, а также соответствует преобладающему в обществе терпимому отношению к насилию в семье.

Говоря о подходах к терапии и профилактике, можно начать с того, что большинство пациенток не считали насилие в семье проблемой. Случаи, когда семейный союз распадался, редко были обусловлены ситуацией насилия в данной семье. Разводы в большей мере были связаны не с насилием, а обусловлены другими причинами (измены одного из супругов, отсутствие взаимопонимания и общих интересов, финансовые трудности, проблемы детей). Более того, распад семьи, в которой они подвергались насилию, пациентки считали тяжелой психотравмирующей ситуацией. Большинство состоящих в разводе женщин создавали новые семьи. Примечательно, что и при вступлении в повторные браки ситуации с насилием неизбежно повторялись с новыми партнерами (14 случаев из 17, т.е. в 82,35%). У многих повзрослевших детей пациенток также прослеживается тенденция к насилию в создаваемых ими семьях. Работа с пациентками, переживающими ситуации насилия в семье, должна носить превентивный и профилактический характер и в первую очередь включать разработку и проведение образовательных программ и предусматривать комплекс медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер по формированию нетерпимого отношения в обществе к насилию.

Литература

1. Цыганков Б.Д., Тюнева А.И., Былим А.И. Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция. – М., 2006. – 176 с.
2. Голуб С.Н., Ульянов И.Г. Клинические варианты невротических расстройств у женщин при домашнем насилии в Дальневосточном регионе // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 1 (70). – С. 12—15.
3. Голуб С.Н., Ульянов И.Г. Психотерапия и психопрофилактика преневротических состояний и невротических расстройств у женщин, подвергшихся домашнему насилию в Дальневосточном регионе // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 2 (72). – С. 58—62.
4. Гуткевич Е.В., Рудницкий В.А., Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф. Женские кризисы в семье – психолого-социальные аспекты. – Томск, 2018. – 210 с.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ КРИМИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Сахаров А.В., Клинова М.А.

**ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»,
Чита, Россия**

В последнее время данные официальной статистики свидетельствуют о снижении преступности среди несовершеннолетних в РФ. Однако в ряде субъектов, особенно в Забайкальском крае, криминогенная активность подростков остается крайне высокой (7,7% от общего числа преступлений в Забайкальском крае; 3,7% – в РФ). Закономерно, что многие авторы отмечают высокую частоту психической патологии среди несовершеннолетних правонарушителей (Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б. и др., 1994, 2007; Трошкина Е.Н., Балашов П.П., 2007; Romer D., 2010). Эти обстоятельства обуславливают значимость изучения психического здоровья и факторов криминогенного поведения подростков, особенно в ряде регионов нашей страны.

Целью исследования стало изучение некоторых факторов криминогенной активности подростков Забайкальского края.

Материал и методы. Сплошным методом за 2011–2017 гг. проанализировано 1 073 заключения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз по уголовным делам несовершеннолетних в возрасте 15–17 лет. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием методов описательной статистики.

Результаты. Среди подэкспертных подростков в Забайкальском крае было 96,6% правонарушителей мужского пола (n=1037) и 3,4% (n=36) женского пола. В сельской местности проживали 60,4% (n=648) подростков, в городе – 39,6% (n=425). Большинство (64,3%) подростков имели психопатологически отягощенную наследственность, в первую очередь по алкоголизму родителей. Формирование личности несовершеннолетних правонарушителей происходило в неблагоприятных микросоциальных (семейных) условиях, преимущественно в неполных, с низким материальным достатком семьях (67,8%), в ситуации алкоголизации и асоциального образа жизни родителей, с их частыми ссорами и конфликтами на почве приема спиртного. Кроме того, 89,0% (n=956) включенных в исследование воспитывались в условиях гипопеки, отношения с родными носили формальный характер. 33,6% (n=361) подростков-правонарушителей не учились вовсе. Выявлено, что судимость у родителей испытуемых встречалась в 15,7% случаев. Отставание в нервно-психическом развитии обнаруживали 27,3% (n=293) подростков, совершивших противоправные действия.

Ранее наблюдались у психиатра 62,5% подэкспертных (n=671), 33,5% (n=360) подростков ранее госпитализировались в психиатрическую больницу. Совершали в прошлом суицидальные попытки 11,5% (n=124). Удельный вес подростков-правонарушителей в Забайкальском крае, у которых в ходе проведения амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы диагностированы психические расстройства, составил 88,4% (n=949). Психические расстройства не были выявлены в 8,3% случаев, окончательное решение не было вынесено в 3,3% случаев. У подавляющего большинства испытуемых экспертами диагностировались признаки органического расстройства личности, специфического расстройства личности, социализированного или не социализированного расстройства поведения и легкой умственной отсталости. Выявлены факторы риска противоправного поведения. Курили 71,6% подростков-правонарушителей, были знакомы с употреблением алкоголя 78,0%, пробовали наркотические вещества 23,6%, употребляли летучие органические соединения 8,1%.

Анализ характера общественно опасных деяний показал, что основную долю среди правонарушений, совершаемых подростками, составили имущественные преступления – 79,6%. В меньшем количестве зарегистрированы преступления против жизни и здоровья – 10,5%. Преступления против половой неприкосновенности и половой свободы человека составляли меньшинство (5,5%). Правонарушения, связанные с незаконным приобретением, хранением и изготовлением наркотиков, составили 3,4% (ст. 228), по остальным статьям Уголовного Кодекса РФ судебно-психиатрические экспертизы подросткам были единичными.

Заключение. В ходе проведенного исследования выявлено, что на формирование криминальной активности подростков Забайкальского края влияют такие факторы, как неблагоприятные условия семейного воспитания с асоциальными установками родителей, их алкоголизацией и низким уровнем жизни. В результате у подростков-правонарушителей отмечаются низкая мотивация к обучению, приверженность к асоциальным группам с ранним началом алкоголизации и наркотизации, с формированием стойких стереотипов асоциального и криминального поведения, в том числе с вовлечением в криминальную субкультуру. В процессе проведения амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз психические расстройства были выявлены в 88,4% случаев. В структуру правонарушений, совершенных подростками, входили имущественные преступления – 79,6%; преступления против жизни и здоровья – 10,5%, преступления против половой неприкосновенности и половой свободы человека – 5,5%.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОГО КРИЗИСА ИНСТИТУТА РОССИЙСКОЙ СЕМЬИ

Селезнёв С.Б.

Филиал ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», Анапский филиал ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет», Анапа, Россия

Современное развитие российского общества, обновление его правовой и социально-экономической основы, мировые демографические вызовы предъявляют ряд новых требований к традиционным социальным институтам. Это в полной мере относится и к социальному институту современной российской семьи, обновлению государственной семейной политики и соответствующим изменениям в семейном законодательстве. Данные изменения, которые в настоящее время всё ещё носят малосистематизированный, фрагментарный (а порой и популистский) характер и поэтому не дают достаточно быстрых позитивных результатов, а порой, напротив, как и всё новое, порождают множество ошибок, заблуждений, неверных трактовок и «перекосов».

Социальным и практическим психологам, другим специалистам в области семейного права и семейных отношений вполне очевидна назревшая необходимость научной разработки системной, взвешенной и долгосрочной семейной политики государства. Безусловно, что она должна предусматривать кардинальные изменения, направленные на возрождение традиционной функции и наиважнейшей социальной роли семьи как основы дальнейшего позитивного развития всего нашего общества.

Однако современные общественные реалии таковы, что столь важный социальный институт семьи не только в РФ, но и во всём современном мире оказался в глубочайшем системном кризисе, у которого имеются свои социально-психологические причины и уже вполне ощутимые негативные социальные последствия. И особенно в последние десятилетия они реально угрожают не только становлению и развитию института семьи, но и его фактическому существованию. Мощная пропагандистская антисемейная кампания, которая вполне соответствует критериям современной «информационной войны», настолько системно и плотно «вошла» в мировоззренческую сферу современного молодого человека (по сути «зомбирова» его), настолько уже «отлучила» его от истинных семейных ценностей, что «бить тревогу» по этому поводу некоторым научным скептикам представляется уже бесполезным, так как, по их мнению, «...современный мир движется к миру без семьи...».

Извращённая псевдосемейная и откровенная антисемейная политика на волне нарастания феминистских и гомосексуальных семейных отношений, пропаганды однополых браков, которые уже давно проникли в правовое поле Нидерландов, Франции, США, Великобритании и других современных цивилизованных государств, давно уже нивелируют все прежние семейные ценности и их социальную значимость. Ведь сегодня в некоторых из указанных стран можно официально оформить брачные отношения не только с людьми того или иного пола, но и с животными, растениями и даже с неодушевлёнными предметами и оргтехникой...

Об утраченной социальной ценности семьи в молодёжной среде указывают и данные наших анонимных социологических опросов студентов, аспирантов и молодых преподавателей анапских вузов (350 респондентов в возрасте от 18 до 30 лет). Лишь 13% опрошенных выделили в качестве основного жизненного приоритета – «создание полноценной семьи». Подавляющее большинство (более 70%) в этом качестве отметило «материальное благосостояние» и соответствующий «карьерный рост». 27% респондентов полностью проигнорировали вопросы с ориентацией на возможное создание семьи в ближайшем будущем. Около 40% допускают возможность гражданского брака, но только без рождения детей, а 65% девушек «боятся рожать».

Мы считаем, что необходим развёрнутый анализ наиболее значимых, на наш взгляд, социально-психологических аспектов, способствующих формированию подобных взглядов, нивелирующих социальное значение семьи в современном российском обществе. Ещё одним важным моментом мы считаем информацию о том, какие превентивные меры по сохранению и возрождению традиционного института семьи возможно использовать на уровне внутривузовской семейной политики.

В 2011 г. на первом этапе исследования на базе Филиала ФГБОУ ВО «РГСУ» в Анапе (3,5 тыс. студентов), а затем (2016 г.) в Анапском филиале ФГБОУ ВО «МПГУ» нами были созданы новые научные тематические площадки на основе тесного взаимодействия учёных, студентов, аспирантов и специалистов смежных направлений в области семейного права, социальных и психологических проблем современной российской семьи, семейной политики государства. Создание таких научных площадок на базе вузов, на наш взгляд, имеет важную социально-психологическую и воспитательную функцию в отношении обучающейся и работающей там молодёжи.

В частности такой первой учебно-научно-воспитательной площадкой стала «Школа семейного права», которая функционировала

(2011–2014) в рамках учебно-научно-практического комплексирования кафедр гражданского права и процесса, социальной работы и социального права, психологии и конфликтологии. В 2014 г. произошло её логическое расширение до «Школы семейного права и семейных отношений». В рамках этих учебно-научных площадок (по сути – объединения студенческих научных кружков) в последние 5 лет профессорско-преподавательский состав при активном участии студентов (будущие юристы, практические психологи, конфликтологи, социальные работники и педагоги-психологи) осуществляют большую научно-исследовательскую работу по основным проблемам семейного права и семейных отношений. Результатом этих исследований явилось опубликование более 50 научных работ по семейно-правовой и семейно-психологической тематике. Ежегодно выпускниками филиалов выполняется не менее 30 выпускных квалификационных работ по данной тематике, которые проходят успешную защиту в рамках итоговой государственной аттестации. Практически каждый месяц по актуальной семейной тематике проводятся студенческие межкафедральные и межвузовские конференции, круглые столы, диспуты, учебно-методические семинары.

Помимо того, сами студенты, аспиранты и преподаватели в рамках работы «Школы...» активно занимаются общественной, консультативной, просветительской и воспитательной работой среди населения и учащейся молодёжи города. На базе функционирующего Центра социального консультирования специалисты и другие представители школы безвозмездно оказывают консультативную правовую помощь малоимущим семьям по различным вопросам семейного права и семейных отношений. При Институте береговой охраны ФСБ РФ для молодых супружеских пар в рамках «Школы...» были организованы систематические лектории «Для вас, мужа и отца», «Этика супружеских отношений», «Если в семье не один ребёнок...» и др.

Таким образом, в условиях кризиса института российской семьи на уровне вузов, а также других учебных заведений целесообразно создание подобных учебно-научно-воспитательных площадок, направленных на учебно-научное исследование различных проблем современной российской семьи, возрождение семейных ценностей. Активное участие в этой работе молодых преподавателей, студентов и аспирантов имеет неоспоримое воспитательное значение и позволяет нам в будущем надеяться на успешное преодоление указанных выше кризисных явлений в столь важном социально-психологическом институте, которым является семья, делающая нас добрыми, любящими и ответственными.

НОВЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Сердюк О.В.¹, Сиденкова А.П.²

¹ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», Екатеринбург, Россия

²ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ», Екатеринбург, Россия

Распространенность тяжелых когнитивных расстройств в различных возрастных популяциях, вовлечение значительного числа лиц трудоспособного возраста в медицинские, экономические, психологические и социальные проблемы, ассоциированные с поздними деменциями, недостаточность и противоречивость сведений о механизмах формирования данных расстройств, отсутствие разработанных программ комплексной помощи лицам с деменциями и их семьям определяет необходимость разработки и внедрения организационных мер помощи, адекватных по объему и содержанию, гражданам данной категории.

Нами разработана модель организации геронтопсихиатрической помощи лицам с когнитивными расстройствами.

Целью разработки данной организационной модели явилась необходимость повышать качество и объем геронтопсихиатрической помощи, потребность организовать взаимодействие медицинских, экспертных (МСЭ), социальных, общественных учреждений и организаций с целью обеспечения своевременного выявления когнитивных нарушений.

Материалы и методы. Материалом настоящего организационно-эпидемиологического исследования является популяция пилотного района Свердловской области.

Основные положения модели включают организацию диагностической и лечебной помощи лицам с когнитивными расстройствами в психиатрической службе пилотной территории; повышение выявляемости когнитивных расстройств в популяции; формирование межведомственного и междисциплинарного взаимодействия при оказании диагностической, лечебной и социальной помощи лицам с когнитивными расстройствами на пилотной территории; эпидемиологическую оценку распространенности когнитивных расстройств в общей популяции у лиц старших возрастных групп (с целью возможной дальнейшей актуализации проблемы, разработки стратегий развития социальных служб и здравоохранения на пилотной территории); социальную профилактику развития психических расстройств в позднем возрасте.

Результаты. В рамках программы отдельное направление посвящено психообразованию разных категорий граждан города – от обычных горожан, реальных и потенциальных пользователей предлагаемых услуг до специалистов, оказывающих медицинскую (в том числе специализированную психиатрическую), социальную, правовую помощь. Задачи психообразовательных модулей: повышение уровня идентификации основных признаков когнитивных болезней, что реализуется на основе принципов компетентного подхода, заложенного в идеологическую и методологическую базу настоящего психообразовательного проекта. Особое место отводится формированию личностной компетентности всех участников проекта с профилактикой геронтофобических и эйджистких психосоциальных личностных установок. Уровень информационной компетентности, опираясь на представления о границах возрастной психологической и когнитивной нормы, создание в общегородской популяции настроенности на идентификацию основных проявлений когнитивных расстройств как болезненных проявлений с дальнейшим своевременным обращением за квалифицированной диагностической, терапевтической и социальной помощью, качество которой определяется отлаженным межведомственным взаимодействием. Отдельное внимание в разработке и реализации программы уделяется повышению профессиональной компетентности врачей-психиатров в вопросах оказания геронтопсихиатрической помощи на основе возрастнo-специфического подхода в диагностической методологии и ведении пациентов старших возрастных групп.

Выводы. Применение принципов современного образовательного подхода возможно при разработке масштабных программ по улучшению оказания геронтопсихиатрической помощи.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Силаева А.В.^{1,2}, Лещинская С.Б.¹

¹ **Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия,**

² **ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», Томск, Россия**

Актуальность. По данным Федеральной службы государственной статистики, за 2017 г. на 100 000 женщин в возрасте 18–49 лет приходится 278,8 женщин с бесплодием (Росстат, 2017). Как правило, пациенты программы лечения бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) находятся в состоянии психоэмоционального

стресса (Гарданова Ж.Р., 2008; Adamyan L.V., Fillipova G.G., Kalinskaya M.V., 2012), испытывают больше проблем с психическим здоровьем, которые могут продолжаться и после рождения ребенка (Петрова Н.Н. и др., 2013; Chen T.H. et al., 2004).

Психические состояния большинства женщин группы ЭКО характеризуются допустимым уровнем тревожности, ригидности, агрессии и фрустрации. У некоторых женщин отмечаются симптомы легкой, умеренной, средней, а в единичных случаях – тяжелой депрессии. Кроме того, высокая личностная тревожность характерна для многих женщин группы ЭКО (Захаренко И.Л., 2011, Блох М.Е., 2012; Петрова Н.Н. и др., 2013; Рябова М.Г., 2014; Наку и др., 2016; Кочерова Ю.В. и др., 2016; Verhaak С.М. et al., 2007; ZaigI. et al., 2012). При этом следует отметить, что система «мать – дитя», наряду с другими факторами, оказывает влияние и определяет благополучие ребёнка в период внутриутробного и постнатального развития (Ракова Г.Н., 2018), поэтому ключевое значение имеет психическое здоровье и благополучие матери. Например, неэффективные копинг-стратегии и низкая стрессоустойчивость (Nelson D.B. et al., 2003; Stark M.A., Brinkley R.L. 2007) могут являться психологическими факторами невынашивания беременности (Lászlo K.D. et al., 2014), симптомы депрессии и тревожности – риска преждевременных и осложненных родов (Saunders T.A. et al., 2006, Grandi C. et al., 2009; Saisto T., 2011). Неконструктивные эмоциональные реакции беременной на стресс влияют на формирование в послеродовом периоде у ребенка высокого уровня сепарационной тревоги, невротических расстройств, задержек психического развития и других нарушений (Батуев А.С., 1996; Maestripieri D., 2009). В то же время положительный эмоциональный фон и яркие позитивные эмоции во время беременности определяют благоприятные течение, исход беременности и внутриутробное развитие ребёнка (Ландбург М.Е., Крысанова Т.В., Соловьева Е.В., 2016; Voellmin A. et al., 2013). Психическое благополучие матери, особенно при взаимодействии с младенцем в первые шесть месяцев его жизни, способствует в дальнейшем формированию качественной привязанности, успешной социализации, защитных факторов здоровья (Василенко Т.Д., Воробьева М.Е., 2016). В связи с этим важно уделять психоэмоциональному состоянию беременных женщин, особенно с сопутствующими факторами риска, особое внимание.

Цель исследования: оценить психоэмоциональное состояние (наличие депрессии и тревожности) женщин с физиологической беременность и беременностью посредством ЭКО в период третьего триместра беременности.

Материалы и методы. Выборка включала 200 женщин с естественной беременностью и 100 женщин с беременностью методом ЭКО. Средний возраст женщин в группе с естественной беременностью был ниже ($28,3 \pm 3,4$ года), чем в группе с индуцированной беременностью ($34 \pm 4,6$ года), по данному критерию обнаружены статистически значимые различия. Сбор данных проходил на базе клиники Авиценна (Новосибирск), ОГАУЗ «Областной перинатальный центр им. И.Д. Евтушенко» (Томск) и Центра вспомогательных репродуктивных технологий СибГМУ (Томск). Для исследования психоэмоционального состояния беременных в период третьего триместра (28–40 акушерских недель) женщинам была предложена для заполнения Клиническая шкала для самооценки раздражительности, депрессии и тревоги (Snaith R.H., 1978).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 22 (описательная статистика и U-критерий Манна-Уитни).

Результаты. Большинство женщин обеих групп не демонстрировали симптомы депрессии и тревожности в период третьего триместра беременности. Однако некоторые участницы исследования среди женщин с физиологической беременностью и индуцированной беременностью по результатам диагностики имеют пограничный показатель выраженности депрессии. У большинства женщин с беременностью посредством ЭКО тревожность находится в пределах нормы, что соответствует данным других исследований (Hjelmstedt A. et al., 2003; McMahon C. et al., 2007). Вместе с тем у некоторых женщин с индуцированной беременностью тревожность выражена выше значений нормы, такая же ситуация наблюдается среди женщин с естественной беременностью, что, по данным И.В. Добрякова (2010), является вариантом нормы и связано с переживаниями по поводу предстоящих родов, а также способствует процессу подготовки к ним и к послеродовому периоду.

Статистически значимых различий между группами женщин с естественным зачатием и с помощью ЭКО не обнаружено.

Выводы. Психоэмоциональное состояние большинства женщин с физиологической беременностью и беременностью посредством ЭКО соответствует нормативным показателям. У большинства участниц исследования не обнаружено выраженных симптомов тревожности и депрессии. При этом у ряда женщин обеих групп результаты диагностики указанных психоэмоциональных состояний могут свидетельствовать о возможном наличии проблемы и необходимости в специализированной поддержке и помощи.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙНОГО СТАТУСА ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Частота коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) может достигать 38,1–62% (Fan A.H., Hassell J., 2002; Zimmerman M. et al., 2008). Коморбидность АР с РЛ оказывает существенное негативное влияние на различные клинико-динамические характеристики АР, ухудшает эффективность лечения и отдаленный прогноз АР (Степанов И.Л., Горячева Е.К., 2011; Вакман А.В., 2013; Симуткин Г.Г. и др., 2014; Яковлева А.Л., 2016; Jylhä P. et al., 2016; Bezerra-Filho S. et al., 2017).

Исследования качества жизни и социальной адаптации при различных психических расстройствах и степень улучшения этих показателей в ходе терапии является предметом многочисленных исследований (Суровцева А.К., 2005; Семке В.Я., Куприянова И.Е., 2007; Семке А.В., 2009). В то же время вопросы социальной адаптации и качества жизни в приложении к случаям коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности изучены достаточно мало.

Отдельные исследования показали более низкие показатели качества жизни, социального функционирования при АР, коморбидных с РЛ, чем в случае «чистых» АР (Степанов И.Л., Горячева Е.К., 2012; Markowitz J.C. et al., 2007). Считается, что РЛ является независимым фактором снижения социального функционирования у пациентов с АР (Skodol A.E. et al., 2005). Социальная адаптация непосредственным образом связана с семейными отношениями. К факторам уязвимости, которые оказывают дезадаптирующее воздействие на формирование личности, можно отнести семейную дисгармонию (Семке А.В., Погорелова Т.В., 2006). В отличие от деструктивной семьи, в гармоничной семье характерологические особенности в значительной мере могут сглаживаться и не приводят в дальнейшем к нарушению адаптационных механизмов (Дмитриева Т.Б., 2001). Плохое социальное функционирование при РЛ, в том числе и в контексте семейных отношений, вероятно, способно генерировать отрицательные события в жизни, которые затем могут являться предрасполагающими факторами к депрессивным эпизодам у соответствующих уязвимых индивидуумов (Klerman G.L. et al., 1984), что может объяснять высокую частоту коморбидности РЛ и АР.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке влияния коморбидности АР и РЛ на уровень субъективно оцениваемой социальной адаптации, а также условий воспитания в семье и основных характеристик семейного статуса у соответствующих пациентов.

Материал и методы. В исследование было включено 120 пациентов (80 женщин в среднем возрасте $44,4 \pm 10,2$ года и 40 мужчин в среднем возрасте $40,6 \pm 11,0$ года) с текущим умеренным или тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ) в рамках единственного ДЭ – 42 человека, рекуррентного депрессивного расстройства – 39 человек, БАР – 39 человек.

Общая группа пациентов была разделена на основную группу – 60 человек, из них 38 женщин (63,3%) и 22 мужчины (36,7%), которая состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ, и группу сравнения – 60 пациентов, в том числе 42 женщины (70%) и 18 мужчин (30%) с АР без коморбидного РЛ. Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ($p \geq 0,05$).

РЛ в основной группе были представлены в 85% ($n=51$) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7% ($n=4$) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 8,3% ($n=5$) – истерическое расстройство личности (F60.4).

В качестве основных методов использовались клинико-психопатологический и клинико-динамический методы. Объективизация уровня социальной адаптации осуществлялась с помощью шкалы самооценки социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale – SASS) (Bosc M. et al., 1997), которая, являясь дополнительным стандартизированным инструментом в комплексной оценке тяжести депрессии, позволяет оценить степень нарушения социального функционирования пациентов в разных сферах жизнедеятельности, в том числе качество семейных отношений.

Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v.8.0.

Результаты и обсуждение. Субъективная оценка уровня социальной адаптации пациентов соответствующих групп с помощью шкалы SASS выявила более низкий средний суммарный балл по данной шкале в группе пациентов с АР, коморбидными с РЛ, по сравнению с пациентами с АР без коморбидности с РЛ ($31,3 \pm 6,2$ и $38,7 \pm 5,6$ балла соответственно, $p \leq 0,001$), что свидетельствует о более затрудненной социальной адаптации именно в случае коморбидности АР и РЛ. В подавляющем большинстве случаев (80%) пациенты группы сравнения воспитывались в полной семье, тогда как в основной группе в 40% случаев семья была неполной ($p \leq 0,05$).

Большая часть пациентов исследуемых групп состояли в браке: в основной группе – 43%, в группе сравнения – 63% ($p \leq 0,05$). Количество пациентов, не состоящих в браке, преобладало в основной группе (23%, $p \leq 0,01$). Количество браков в основной группе и группе сравнения статистически значимо не различалось ($p \geq 0,05$) и составило соответственно (Mediana (Q25–Q75): 1 (1–2) и 1 (1–1), в то время как количество детей в основной группе и группе сравнения статистически значимо ($p \leq 0,01$) отличалось: 1 (0–2) и 2 (1–2).

Заключение и выводы. Полученные результаты исследования показали, что наличие коморбидности АР и РЛ усиливает негативную оценку уровня своей социальной адаптации соответствующими пациентами. Кроме того, пациенты с такого рода коморбидностью чаще, чем пациенты с «чистыми» АР, воспитывались в условиях неполной семьи, реже состояли в браке на момент обследования, но в то же время имели большее количество детей. В целом характер семейного функционирования, в том числе родительской семьи, может оказывать дополнительное негативное влияние на формирование коморбидности АР и РЛ, что требует дальнейшего исследования.

О МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ В МЛАДЕНЧЕСТВЕ И РАННЕМ ДЕТСТВЕ «DC:0-5»

Скобло Г.В., Трушкина С.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

«Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве» (в оригинале – Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, сокращенно «DC:0-5») широко используется в западной детской психиатрии и клинической психологии. В зарубежных исследованиях она утвердилась в качестве диагностического стандарта при оценке состояния детей первых лет жизни с признаками нарушений психического развития или психических отклонений.

Впервые классификация была издана в 1994 г. в США («DC:0-3», 1994) и впоследствии выдержала два переиздания – в 2005 г. («DC:0-R», 2005) и в 2016 г. («DC:0-5», 2016), становясь с каждым выпуском все более объемным и детализированным руководством. «DC:0-5» соотносится с другими классификационными системами (DSM-V и МКБ-10) и может использоваться как дополнительная к ним диагностическая классификация, учитывающая ярко выраженную специфику психических нарушений в младенчестве и раннем детстве.

Возраст детей, к которому применима последняя по времени выхода редакция – от рождения до 5 лет включительно, что отражено в её названии – «ДС:0-5». Более ранние варианты ограничивались возрастом ребенка от рождения до 3 и 4 лет. Классификация построена в соответствии с принципами многоосевой диагностики и позволяет оценить состояние ребенка по 5 независимым направлениям. Она включает: Ось 1 «Клинические расстройства» (имеются в виду только психические расстройства), Ось 2 «Контекст семейных взаимоотношений», Ось 3 «Состояние соматического здоровья», Ось 4 «Психосоциальные стрессоры» и Ось 5 «Уровень развития ребенка». Такое содержание диагностических осей отражает междисциплинарную ориентированность данной классификации.

В период с 2002 по 2017 г. междисциплинарной научной группой ФГБНУ НЦПЗ (руководитель – ведущий научный сотрудник, к.м.н. Г.В. Скобло) проводилось исследование, направленное на анализ данной классификации. Оно включало в себя перевод текста всех редакций, адаптацию и апробацию на российских выборках диагностических разработок, а также анализ динамики в концептуальных подходах разработчиков к оценке нарушений психического здоровья у детей первых лет жизни.

Ось 1 «Клинические расстройства» является основной и содержит подробное описание многих ранних психических отклонений (выделены 42 диагностические единицы), а также критерии для их распознавания. По сравнению с предыдущими версиями руководства она значительно расширилась вследствие проведенных за последнее десятилетие лонгитудных клинических исследований, обогативших клинические знания. Все расстройства впервые в ДС:0-5 были разделены на определенные классы, каждый из которых объединял схожие в общем диагностическом значении нарушения. В порядке следования в Оси 1 это расстройства психического развития, расстройства сенсорных процессов, тревожные расстройства, расстройства настроения, обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства, расстройства сна, пищевого поведения и плача, посттравматические, адаптационные и депривационные расстройства, расстройства связей. Каждый класс предваряет общая характеристика входящих в него расстройств.

Так, в класс расстройств психического развития отнесены ранние психические нарушения, характеризующиеся: непрерывным течением без ремиссий и рецидивов; наличием в этиологии генетических аномалий (которые обычно проявляются во взаимодействии с неблагоприятными биологическими экзогенными и негативными социальными факторами); частой коморбидностью внутри группы; большей распростра-

ненностью среди мальчиков; необходимостью привлечения междисциплинарной команды специалистов для лечения и психокоррекции.

Этим характеристикам отвечают расстройства аутистического спектра, расстройство дефицита внимания с гиперактивностью, общая задержка психического развития, задержка речевого развития, расстройства координации. Схожая рубрикация есть и в DSM-V (и предполагается в МКБ-11), однако в DC:0-5 представлены более разработанные в возрастном отношении критерии.

Следующий класс расстройств в DC:0-5 – это расстройства сенсорных процессов. Он по своему названию непривычен для отечественных детских психиатров, так же как и класс расстройств связей. Нами неоднократно было показано, что первый из них во многом соответствует известным синдромам невропатии, хотя и в их редуцированном варианте (Скобло Г.В., Трушкина С.В., 2016).

Что касается диагноза расстройств связей, то он является новым и для данного руководства. Постулируется, что этот диагноз должен быть выставлен в том случае, если дети демонстрируют постоянные эмоционально-поведенческие нарушения при общении с каким-либо одним лицом и не проявляют их при взаимодействии с другими. Наша клиническая практика показывает высокую правомерность данного диагноза.

Каждое из выделенных в классах расстройств описывается по одному и тому же развернутому диагностическому алгоритму. Он включает в себя специфические критерии расстройства, симптомы нарушения социального функционирования ребенка и (или) семьи, возраст начала нарушения, продолжительность, диагностические особенности и особенности развития при данном расстройстве, его популяционную частоту, течение, факторы риска и прогноза, проблемы диагностики, связанные с культуральными особенностями, гендерные различия, дифференциальный диагноз, отражение в DSM-V и МКБ-10.

Такая подробная, тщательно разработанная информация о каждом из расстройств превращает данную классификацию, и в частности её первую ось, из схематичного построения в полноценное клиническое руководство по ранней детской психопатологии.

Оси 2, 4 и 5 представляют наибольший интерес для клинических психологов, социальных работников и коррекционных педагогов, работающих с маленькими детьми и членами их семей. Они позволяют выявить и оценить степень влияния условий, сопровождающих возникновение и развитие психических нарушений у ребёнка, а также определяющих мишени и потенциал психотерапевтических или педагогических интервенций.

Вследствие принципиальной важности для развития и психического здоровья ребенка первых лет жизни его взаимоотношений с близким взрослым понимание специалистом контекста этих взаимоотношений должно быть включено в любую оценку состояний детей этого возраста. Ось 2 предлагает специалисту диагностические подходы для оценки составляющих родительского отношения к ребёнку с психическими нарушениями и общих родительских компетенций (способность взрослого обеспечить физическую безопасность и основные потребности ребёнка, способность родителя обучать ребёнка и стимулировать его включенность в социальное взаимодействие, интерес к индивидуальности ребенка и перспективам его развития и многие др.). Кроме того, предлагается выявлять и оценивать не столь очевидные, но от этого не менее важные для качества родительско-детских отношений характеристики родителя, такие как его толерантность к собственной амбивальности в чувствах к психически больному ребёнку или способность к рефлексии в отношении траектории дальнейшего развития ребёнка. По итогам оценки специалист может сделать общий вывод об уровне адаптивности диадических и более широких семейных взаимоотношений, а также о необходимости, содержании и степени срочности интервенций, направленных на коррекцию детско-родительских отношений или, в особых случаях, на защиту ребёнка.

Таким образом, диагностическая классификация «DC:0-5» позволяет учитывать клинические и психологические аспекты нарушений психического здоровья у детей первых лет жизни. В результате её междисциплинарного применения может быть выстроена развернутая картина заболевания, отражающая такие важные для организации коррекционно-терапевтических вмешательств характеристики, как поддерживающие ребенка (или наоборот – усугубляющие его страдание) внутрисемейные отношения, кумулятивная стрессовая нагрузка на него, высокий или недостаточный для адаптации уровень развития социальных и эмоциональных способностей у ребёнка и др. Целый ряд её положений требует дальнейшего осмысления профессиональным сообществом, соотнесения их с принятыми среди отечественных специалистов диагностическими и терапевтическими тактиками, уже сложившимися на основе традиций и реального клинического опыта, терминологией, представлениями о прогрессе в развитии в условиях длительного заболевания и т.д. О динамике и незавершенности подобных процессов в зарубежных научных и научно-практических взглядах свидетельствуют принципиальные изменения, которые были внесены авторами-разработчиками в содержание всех пяти осей последнего издания «DC:0-5» («DC:0-5», 2016).

ЭТИ ВАЖНЫЕ И ТРУДНЫЕ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ, ИЛИ ПОЧЕМУ ДЕТИ НЕ ХОТЯТ ЖИТЬ?

Соколов С.Р.

ГБУЗ «Пензенская областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова», Пенза, Россия

Детско-родительские отношения определяют личную и семейную жизнь. Важность отношений ребенка с родителями в том, что как бы они ни были тяжелы для него, ребенок не может разорвать их. Не только потому что до определенного возраста зависим от родителей материально, но и потому что в любом возрасте его жизнь, успехи, счастье и даже здоровье непосредственно зависят от отношений с родителями и от их отношения к ним. Отсутствие взаимопонимания, теплых и доверительных отношений с родителями – большая трагедия в жизни многих людей. Если конфликт с родителями серьезный и затяжной, дети становятся несчастными людьми, депрессогенными, некоторые даже пытаются убить себя. Если доходит до явных или скрытых проклятий родителями («лучше бы я тебе не рожала», «ты мне не сын» – это тоже проклятия), жизнь превращается в ад. На проклятого ребенка обрушиваются тяжелые беды, и часто он погибает не от старости.

Ссора с родителями похожа на то, как дерево обрубает свои корни. Маленький конфликт – обрубание части корней и, как следствие, частичное засыхание ветвей. Большой конфликт – обрубание всех корней и полная гибель дерева (Егорова У.Г., 2015). Родители не понимают детей, не хотят их слушать, не верят им. Родители слишком безразличны к детям или назойливо-требовательны, часто требуют не того, что хочется детям, а что нужно им. И при этом посягают даже на то, чтобы выбирать друзей, любимых людей и профессию (Прохорова О.Г., 2007). Отношения с родителями оказывают на детей сильное влияние..

Когда ребенок становится подростком, родители не хотят слушать его, а он не хочет выслушивать замечания родителей. Он вынужден сидеть и делать вид, что слушает, потому что если он скажет «да пошли вы», то ничего хорошего из этого не будет. Ребенок придает значение словам родителей, а родители словам ребенка нет (Абрамова Г.С., 2000). В душе накопилось, а ребенок никак не может объяснить свое состояние родителям. Никак, потому что у них «уши закладывает», когда он пытается что-либо им сказать. Причем они стараются не замечать высказываний ребенка независимо от того, ты им «пургу говоришь» или ты говоришь что-нибудь умное. У них стереотипно «уши заложены» на всё, что ты пытаешься до них донести (Копылова Ю.С., 2008). Достучаться до родителей трудно.

Дети всегда любят своих родителей, а родители не всегда любят своих детей. Более того, дети охотно жертвуют собой ради родителей. И делают это не сознательно, а эгоцентрически, потому что ребенку нет смысла жертвовать матерью, ведь если не будет её, не будет и его. Поэтому ему лучше попытаться сохранить мать, пусть даже ценой своей жизни. В этом смысле дети берут на себя проблемы родителей, т.е. берут на себя, как это называется в семейной терапии, роль «спонтанной жертвы», стремясь сделать что-то, чтобы родители задумались о положении вещей (Осницкий А.В., 2011). Дети умирают за родителей, потому что они всегда их любят, родители же не всегда умирают за детей, это скорее декларируется. Родители не умирают за детей, потому что нет смысла оставлять ребенка, если ты умрешь. Родители тоже всегда любят детей, но часто родительская любовь – это когда «я хочу, чтобы ты был счастлив, но чтобы был счастлив по-моему, потому что только если ты соответствуешь моим представлениям о счастье, я сама могу быть счастлива». Потому что если ты счастлив не по-моему, то нужно очень большое мужество, чтобы сказать: «А вот это уже лично мои трудности». Как правило, идет ломка, когда либо ты счастлив по-моему, либо «ты мне не сын, уходи». Родители иногда доходят до того, что вызывают у себя равнодушие или даже ненависть к своему ребенку (Шабельникова В.К., Лидерс А.Г., 2005).

Невнимание со стороны родителей или же конфликты с ними чаще всего являются причиной именно детских суицидов, и реже – подростковых, так как ценность родительского внимания с возрастом утрачивается, и 16–17-летние подростки легче переносят отрыв от родителей, чем дети младшего возраста. Среди причин смерти детей и подростков суицид занимает ВТОРОЕ место. Со стороны же близких людей выявляется преступная черствость, проявляющаяся в непонимании причин и механизмов детского суицида (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980). Основным фактором суицидального поведения у детей является обстановка в семье. 92% суицидов в детском возрасте связано с неблагоприятной семейной ситуацией, семейными конфликтами, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих. Причинами суицидов становятся сугубо личные причины и переживания, проблемы, которые подростку зачастую кажутся абсолютно неразрешимыми. Причем нередко взрослые удивляются, когда узнают, что толкнуло ребенка на подобный шаг – причина может быть столь незначительной, что взрослый человек просто не обратил бы на нее особого внимания. Для ребенка же она глобальна (Моховиков А.Н., 2001).

Подобные попытки самоубийства – не тщательно обдуманый шаг, а скорее, крик о помощи, страстное желание обратить на себя внимание близких людей. При этом в расчёт не берётся ничто и никто: близкие и друзья больше ничего не значат. Жизнь кажется девушке или юноше настолько невыносимой, что они ищут любые средства уйти из этого мира. Для таких детей перерезанные вены или таблетки являются лишь своеобразным способом заявить миру о степени своего отчаяния. Однако очень часто подобные попытки обратить на себя внимание приводят к инвалидности, а то и к смерти ребенка (Ненастьев А.Н., 2002). Не существует какой-либо одной причины самоубийства. Самоубийства не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации. За любое суицидальное поведение ребёнка в ответе взрослые!

Среди тех, кто намеревается совершить суицид, многие ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто врачи и семья не слушают их. Подросток вряд ли добровольно пойдет решать свои проблемы к психиатру, так же как и до последнего будет избегать самостоятельного обращения в кожно-венерологический диспансер. Если нет контакта с близкой, родственной душой, то к чужим людям за помощью он не пойдет.

Литература

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебное пособие для студентов вузов. – М., 2000. – 624 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 55 с.
3. Зимановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения): учебное пособие для студентов вузов. – 2-е изд. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288 с.
4. Копылова Ю.С. Особенности переживания негативных эмоций в подростковом возрасте. – Пермь: ПГУ, философско-социологический факультет: Психологическая лаборатория, 2008.
5. Прохорова О.Г. Мы и наши дети: как построить отношения в семье. – СПб: КАРО, 2007. – 160 с.
6. <http://revolution.allbest.ru/psychology/00000785.html> – Психосоциальный анализ проблематики суицида
7. <http://revolution.allbest.ru/psychology/00016607.html> – Проблема детско-родительских отношений в неполных семьях
8. <http://revolution.allbest.ru/sociology/00018467.html> – Семейное неблагополучие как фактор девиантного поведения
9. <http://www.tiphoanaliz.narod.ru/slovar.html>

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ МАТЕРИ НА РАЗВИТИЕ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКОГО БАРЬЕРА ЧЕЛОВЕКА

Солонский А.В.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

Основные процессы формирования головного мозга у человека происходят до рождения, в течение эмбриогенеза – периода онтогенеза, начинающегося оплодотворением и заканчивающегося рождением. У человека этот период продолжается около 40 недель и составляет примерно 1% от средней продолжительности жизни, учитывая статистику по развитым странам. Влияние характера эмбриогенеза на последующее развитие головного мозга неизмеримо больше его временной доли во всем онтогенетическом развитии. Интерес к эмбриональному периоду связан со стремлением выяснить принципы организации и взаимосвязи формирующихся нервных и глиальных клеток, их контактов, поскольку от этого зависят сложные функции головного мозга. Доказана важная роль ранних этапов постнатального периода онтогенеза в развитии мозга. Основными факторами, вызывающими повреждение нервной системы плода, новорожденного, а в дальнейшем и младенца, являются внутриутробная гипоксия, родовая травма, асфиксия в родах, нарушение мозгового кровообращения, инфекции, экзогенные токсические вещества и генетические нарушения.

Материал исследования. В работе изучен головной мозг эмбрионов и плодов человека 7–12 недель развития, которые были получены в соответствии с требованиями этического комитета в процессе проведения операций по прерыванию беременности. Всего получено 73 эмбриона: 23 – от больных алкоголизмом женщин и 30 – от здоровых женщин (контрольная группа). Возраст больных алкоголизмом был 26–39 лет, длительность заболевания – от 3 до 13 лет. Во всех случаях была диагностирована II стадия алкоголизма (F10.201; F10.202 по МКБ-10). 20 образцов эмбрионального мозга были получены от матерей с хронической плацентарной недостаточностью. Возраст женщин контрольной группы был аналогичен таковому у больных матерей. Диагноз установлен в результате клинического обследования сотрудниками отделения аддиктивных состояний НИИПЗ ТНИМЦ РАН.

Обсуждение. Формирование элементов гематоэнцефалического барьера (ГЭБ) происходит постепенно, в ранние периоды эмбрионального развития нервная трубка не имеет кровеносных сосудов. Эта стадия продолжается до 5–6 недель беременности. Быстрорастущие нейроэктодермальные структуры извлекают питание из богатой белком жидко-

сти в просвете нервной. В дальнейшем, когда их масса увеличивается, такой механизм становится неадекватным и задачи снабжения питательными веществами, а также переноса продуктов метаболизма берут на себя кровеносные сосуды.

Первые капилляры проникают в нейроэктодермальную ткань на 5-й неделе беременности. Вростание сосудов в нейроэктодермальную ткань происходит с помощью так называемых почек – полипоподобных выпуклостей. Стенка капилляров состоит из одного слоя эндотелиальных клеток, просвет сосуда закрыт, а центральная часть состоит из гомогенного прозрачного вещества. Эндотелиальные клетки, лежащие на вершине ростовой почки, имеют большое ядро и обильную цитоплазму, которая содержит митохондрии, развитый комплекс Гольджи, эндоплазматический ретикулум (ЭПР) и микропиноцитозные пузырьки. Сосуды ещё не имеют базальной мембраны, но окружены перицитами. В этот период ещё можно наблюдать новообразование сосудов путем «почкования».

В течение 7-й недели узкое пространство между клетками эндотелия и прилегающими клетками становится шире, в нем появляется аморфный материал будущей базальной мембраны. Клетки эндотелия дифференцируются, в их цитоплазме, помимо органелл, встречаются липидные капли, мезосомоподобные структуры и липопротеиновые гранулы. Клетки, образующие стенку сосуда, имеют выраженные зоны смыкания и микроворсинки. Одновременно становятся более дифференцированными перициты и адвентициальные клетки, легко отличимые от других элементов рядом расположенной ткани. По мере развития они принимают более вытянутую форму и становятся крупнее.

8–9-я недели развития характеризуются появлением в сосудах базальной мембраны, представленной рыхлым волокнистым материалом малой электронной плотности, но встречаются места, где эндотелий граничит с межклеточным пространством. В областях контакта эндотелиальных клеток и перицитов наблюдается взаимодействие цитоплазматических мембран клеток обоих типов путем взаимной инвагинации. Сами перициты отличаются плотной цитоплазмой, в которой находится ЭПР с расположенными на нем рибосомами.

На 10-й неделе развития базальная мембрана капилляров уже хорошо выражена. Полагают, что процесс её формирования идет с разной скоростью в различных отделах мозга, так как в белом веществе в этот период развития сосуда лишены базальной мембраны. К этому времени эндотелиальный слой становится тоньше и приобретает более гладкую поверхность. В цитоплазме эндотелиальных клеток можно различить гранулы гликогена. Базальный слой толщиной 40–50 нм окружает

сосуды. Он сформирован аморфным материалом одинаковой электронной плотности. Узкие отростки врастают между сосудами и телами нейроэктодермальных клеток, лежащих в непосредственном контакте с базальным слоем, начиная врастать между телами клеток и базальным слоем к периоду 10-недельной беременности.

Во второй половине беременности капилляры сплошь окружены отростками формирующихся астроцитов со светлой цитоплазмой, содержащей единичные митохондрии и эндоплазматическую сеть. Базальный слой отдельно окружает тела перицитов, обволакивая клетки. Со стороны нейроэпителиальной ткани клеточные мембраны отростков астроцитов окружают сосуды, примыкая к базальной мембране.

Прослеживая развитие капилляров в норме и у эмбрионов, подвергшихся воздействию алкоголя и гипоксии, установлено, что формирование структуры капилляров в последнем случае на разных стадиях развития происходит без задержек или опережения по сравнению с нормой. В том и другом случаях поверхность эмбриональных эндотелиоцитов остается достаточно гладкой, без значительных выростов этих клеток в просвет сосудов, полость которого остается свободной. Не выявлено также различий во времени появления и структуре базальной мембраны капилляров. Эти факты указывают на относительную сохранность клеточных и неклеточных элементов сосудов, что создает основу для выполнения ими своих функций по обеспечению ткани мозга кислородом и питательными веществами. Выявленные нами факты сохранности элементов ГЭБ говорят об относительной устойчивости его компонентов к действию доз алкоголя и его метаболитов, достигающих клетки эмбрионального головного мозга, что, однако, не является гарантией полноценного развития мозга.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ФОРМЫ ПОМОЩИ В ПСИХИАТРИИ: РОЛЬ НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ДОБРОВОЛЬ- ЧЕСТВА В ОКАЗАНИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

Солохина Т.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

В российской историографии истоки общественной медицины, формирование её структур относятся к концу XVIII – началу XIX века. Именно в это время в обществе широко распространяются идеи о необходимости общественной инициативы в решении важнейших вопросов жизни общества (А.Н. Радищев, Я.П. Козельский, Д.С. Аничков и многие др.).

Хорошо известна и описана в литературе роль психиатров, работавших в земский период (С.С. Корсаков, В.И. Яковенко, А.Я. Кожевников, В.Р. Буцке, П.П. Кащенко, Н.Н. Баженов, И.В. Константиновский и др.) – они не только внесли значительный вклад в развитие психиатрической помощи, но также проводили огромную работу в обществе по освещению насущных нужд психиатрии. Эта работа требовала от них инициативы, большой активности, постоянных контактов с органами управления, населением, в связи с этим психиатров земского периода стали называть общественниками [Каннабих Ю.В., 1929; Юдин Т.И., 1951].

Необходимо подчеркнуть, что реформы 60–70-х гг. XIX века привели к количественному и качественному росту в стране общественной активности. Но именно в здравоохранении, включая психиатрию, процесс консолидации и самоорганизации гражданского общества проходил наиболее активно. В этот период широкое распространение получают следующие общественные формы помощи: медицинские общества, врачебные съезды (например, первый съезд психиатров прошел в 1878 г.), благотворительные светские и религиозные общества, семейные советы, фонды, меценатство, медицинские периодические издания и др. При непосредственном участии общественных организаций были открыты богадельни, приюты, народные столовые, дома призрения, больницы, в том числе для психически больных, осуществлялся сбор средств для всех нуждающихся в помощи.

Продолжателями земских традиций можно заслуженно считать П.Б. Ганнушкина, Л.М. Розенштейна, Т.А. Гейера, Д.Е. Мелехова, совмещавших научную, лечебную, экспертную и педагогическую работу с большой общественной деятельностью [Ястребов В.С., 2018].

Новая веха в развитии общественного движения связана с перестройкой социально-политического уклада жизни страны, начиная с конца 80-х годов прошлого столетия. С вступлением в силу в 1995 г. Федерального Закона № 82-ФЗ «Об общественных объединениях», а затем в 1996 г. Федерального закона № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» активизировался рост численности общественных формирований, в том числе тех, деятельность которых связана с проблемами психического здоровья.

Цель исследования – изучить состояние общественного сектора в психиатрии, включая добровольческое движение, оценить его вклад в реформу службы психического здоровья, достижения, направления работы, перспективы развития, а также проанализировать актуальные проблемами и пути их решения.

Материал и методы. Результаты научных исследований отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, государственная статистика, каталоги организаций, предоставляющих услуги людям с особенностями психического здоровья (Союз охраны психического здоровья, 2015–2017). Социологический опрос лидеров некоммерческих организаций (НКО), их анкетирование, интервьюирование.

В настоящее время общественные (некоммерческие) организации представляют собой важное звено психиатрической помощи, основными направлениями деятельности которого является защита прав и интересов лиц, страдающих психическими расстройствами, оказание им и членам их семей разных видов социальной и психологической помощи и поддержки, снижение стигматизации, психиатрическое просвещение. Важным аспектом их деятельности является привлечение внимания государственных и общественных структур к нуждам людей с особенностями психического здоровья, актуальным проблемам психиатрических и социальных служб [Лиманкин О.В., 2013; Солохина Т.А., Ястребов В.С., 2014].

Рост роли общественного сектора в социально-политической и экономической жизни государства – это мировая тенденция. Во всех демократических странах развитый общественный (некоммерческий) или, как его ещё называют, третий сектор, является предметом гордости и считается основой гражданского общества. Поэтому реформирование отечественной службы психического здоровья, её модернизация, внедрение модели общественно-ориентированной психиатрии предполагают активное участие в этом процессе общественного звена.

Вместе с тем точное количество тех, кто вовлечен в различные общественные инициативы, добровольческую деятельность или занят благотворительностью в сфере психического здоровья, неизвестно, несмотря на отмечающийся рост гражданской активности в этой сфере. Такие сведения невозможно получить и в государственных формах статистической отчетности, однако по результатам наших исследований можно предположить, что количество НКО в психиатрии весьма значительное и может достигать многих сотен. Отмечается также рост добровольчества в психиатрии, имеются эффективные модели добровольческой деятельности.

Необходимо отметить, что несмотря на очевидные достижения, общественный сектор сферы психического здоровья ещё находится в стадии развития и для его расширения и активизации необходимо решить ряд проблем, часть которых носит общий, универсальный характер, присущий всем НКО, вне зависимости от сферы, в которой они осуществляют свою деятельность.

Общие проблемы в основном относятся к нормативно-правовому полю, регулирующему их деятельность. Назрела необходимость совершенствования законодательства по регламентации деятельности некоммерческих организаций, в частности через принятие в новой редакции Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях». Как показывает анализ, среди характерных для психиатрии причин, в настоящее время тормозящих развитие общественного сектора в сфере психического здоровья, наиболее явными являются указанные ниже [Солохина Т.А., Ястребов В.С., 2014, 2016].

1. Низкая информированность общества о деятельности НКО в психиатрии. С одной стороны, позитивные факты об общественных объединениях редко публикуются в СМИ, с другой, как отмечают сами представители НКО, они часто не обладают достаточными навыками работы со СМИ, нуждаются в обучении работе со СМИ, развитии умений донести до них свои успехи и достижения.

2. Традиционное, связанное со стигмой, отношение государственных органов, властных структур к психиатрии и психически больным людям.

3. Скепсис в отношении эффективности деятельности НКО в сфере психического здоровья, поскольку большинство из них не обладает достаточными ресурсами, включая низкое финансирование, а порой его полное отсутствие.

4. Недостаточная поддержка общественных организаций профессионалами службы психического здоровья.

5. Установка на самостоятельное решение своих проблем: лица, страдающие психическими расстройствами, и члены их семей полагаются больше на собственные, традиционные технологии выживания, что делает невостребованными социальные инновации, предлагаемые общественными организациями.

6. Значительные трудности вовлечения родственников и пациентов в работу НКО, что связано с их низкой мотивацией, бременем семьи, иными факторами.

7. Разобщенность НКО, отсутствие представительной структуры, которая бы объединяла многочисленные неправительственные организации. Вместе с тем в последнее время такие общероссийские организации уже появляются. Получила официальный статус в апреле 2018 г. и включает представителей региональных организаций из 61 субъекта РФ Всероссийская организация родителей детей-инвалидов и инвалидов старше 18 лет с ментальными и иными нарушениями, нуждающихся в представительстве своих интересов (ВОРДИ).

8. Консервативная позиция пользователей помощи относительно организации различных форм помощи в сообществе и организационно-структурных перемен в психиатрической службе [Лиманкин О.В., 2016].

Актуальной и нерешенной в настоящее время проблемой является оценка качества работы и эффективности деятельности самих НКО, работающих с сфере психического здоровья, а также добровольчества в психиатрии. Это, прежде всего, связано с особенностью деятельности неправительственных организаций, отсутствием стандартов оказания услуг в некоммерческом секторе как способа обеспечения гарантий качества работы НКО, необходимостью использования при оценке социологических и психологических подходов. С нашей точки зрения, такую работу целесообразно проводить для определения корректности программ, применяемых НКО, оценки правильности выбора целевых групп, инструментов работы, повышения их конкурентоспособности и т.д. Эти вопросы рассматриваются в научном проекте отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ.

Решение указанных проблем согласуется и с распоряжением Правительства РФ от 8 июня 2016 г. № 1144-р о «Поддержке доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в социальной сфере», направленного на расширение участия негосударственного сектора экономики в оказании услуг в социальной сфере для повышения их доступности и качества, а также для оптимизации бюджетных расходов. Для этого предлагается выявление лучших практик социальных проектов, реализуемых НКО; формирование перечня видов услуг, которые рекомендованы к выполнению негосударственными организациями; совершенствование механизмов проведения независимой оценки качества их услуг и эффективности деятельности; разработка механизма обеспечения доступа специалистов НКО к прохождению программ непрерывного образования в государственных учреждениях; разработка концепции развития добровольчества в социальной сфере; проведение мероприятий по информационной поддержке социально-ориентированных НКО, а также деятельности в сферах благотворительности, добровольчества, социального предпринимательства и иные меры.

Для решения указанного комплекса проблем необходимы межсекторальные действия с привлечением различных министерств и ведомств при участии Общественной палаты РФ, Общественных советов разного уровня, заинтересованных НКО.

О НЕКОТОРЫХ ФАКТОРАХ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

**Степанова А.Э., Семенова В.Н., Галузо Н.А., Федянина Н.С.
ФБГОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск, Россия**

Две ипостаси человека заставляют думать не только о «здоровом теле», но и о «здоровом духе». Состояние психического здоровья – объект многочисленных наблюдений ученых. Накопленные данные свидетельствуют о ежегодно нарастающей доле лиц с признаками изменения психического здоровья во всей человеческой популяции в целом и среди детей и подростков в частности. Психическое здоровье – состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям действительности регуляцию поведения и деятельности. Содержание понятия не исчерпывается медицинскими и психологическими критериями, в нем отражаются общественные и групповые нормы и ценности. Современное общество становится всё более информированным, технически грамотным, интеллектуально развитым. С другой стороны, масса негативных воздействий природного и антропогенного характера (природные катаклизмы, резкие смены социальных норм, политическая и экономическая нестабильность, урбанизация, отрыв от природы) делают человека (и общество) более нездоровым.

Школа как социальная среда, где дети находятся значительное время, часто создает для них психологические трудности. Специфика современного учебного процесса обусловлена большим объемом информации и способами её подачи, необходимостью использования разнообразных форм внеучебной деятельности, зачастую не имеющих здоровьесберегающей направленности. Важен и исходный уровень функционального состояния, адаптационных возможностей ученика, характер эмоционального фона и т.п. Одним из серьёзных и неразрешённых вопросов современной школы остаётся задача создания психологической комфортности и защищённости. Длительное состояние эмоционального дискомфорта и эмоциональной напряжённости ведёт к эмоциональным расстройствам, высокой тревожности, скрытой депрессии.

В данной статье приведены результаты разных исследований, объединённых (полностью или частично) общей целью – изучение разнообразных характеристик психического здоровья с использованием широко применяемых методик. Анализ позволил выделить ряд факторов и причин, влияющих на формирование и определяющих изменения психического здоровья.

Для растущего организма несомненный вклад вносит учебная нагрузка, её соответствие анатомо-физиологическим возрастным и индивидуальным особенностям школьников. Так, в одном из исследований для изучения тревожности учащихся 8-го класса применили «Шкалу социально-ситуационной тревоги» Кондаша. Методика включает оценивание ситуаций трех типов: ситуации, связанные со школой, общение с учителем (школьная тревожность); ситуации, активизирующие представления о себе (самооценочная тревожность) и ситуации общения (межличностная тревожность).

Получены обнадеживающие данные, так как доля детей с нормальным уровнем всех изученных вариантов тревожности достаточно высока – от 67 до 85%. Однако сравнение в 3-летней динамике выявило снижение доли таких детей, более выраженное у девочек, за счет пополнения групп с повышенным и высоким уровнями, прежде всего «школьной тревожности». Подобное можно объяснить усугублением несоответствий гигиеническим требованиям (СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях») за этот период. Произошли изменения в учебном расписании – на фоне уменьшения числа ежедневных уроков и учебной нагрузки в течение недели увеличилась продолжительность выполнения домашних заданий, при этом сохранилось несоответствующее физиологической динамике работоспособности распределение предметов по трудности (балльная оценка). Вышеописанное сопровождалось ростом показателей усталости детей в конце учебного дня и учебной недели с 60% до 75%.

Важна не только количественная, но и качественная сторона нагрузки. В этом контексте необходимо обратить внимание на степень информатизации образовательной среды. Так, сравнительная оценка старшеклассников двух школ выявила зависимость уровней тревожности (тест Филлипса) и технической оснащённости. В группе школьников, посвящающих компьютеру ежедневно 2–3 часа, более половины (61%), в группе с меньшей увлечённостью (1–2 часа) только пятая часть, а в группе «менее часа» лишь каждый двадцатый имели проблемы со здоровьем.

Значимым фактором является продолжительность рабочей недели и организация свободного времени в режиме дня. Так, в динамике учебного полугодия отмечалась тенденция к возрастанию тревожности, более выраженная среди младших школьников, занимающихся по 6-дневной неделе. Кроме того, уровень стресса у них значительно выше, чем у сверстников, имеющих больше свободного времени на самореализацию, отдых и времяпрепровождение с семьёй.

Многочисленными исследованиями доказана роль рационального двигательного режима в формировании здоровья, причем не только физического, но и психического.

Так, описанные выше половые различия «школьной тревожности» восьмиклассников в какой-то степени можно объяснить различиями в уровнях двигательной активности и отношением к занятиям физической культурой. Например, значительная часть (70–80%) девочек не делает утреннюю гимнастику, на уроках физкультуры они занимаются «с неохотой», «лишь бы не ругали». Иная ситуация наблюдается среди мальчиков – половина занимается длительное время в спортивных секциях и подавляющее большинство работает с полной отдачей на уроках физкультуры.

Несомненно, следует иметь в виду и индивидуальные особенности детей – тип высшей нервной деятельности и биоритмологический профиль.

Немаловажно и то обстоятельство, что груз сформировавшихся проблем психического здоровья школьники несут дальше, на следующие ступени образования.

Так, изучение уровня тревожности (с применением теста Ханина–Спилберга) в выборке студентов-медиков выявило достаточно высокую её распространенность, прежде всего личностной тревожности. Понятно, что и здесь одним из негативных факторов является высокая учебная нагрузка, о чем свидетельствует динамика изменений тревожности в процессе освоения знаниями. Изменения тревожности от первого курса к шестому соответствовали качественным и количественным характеристикам образовательного процесса (сессии – их число в учебном году и количество дисциплин, многообразие дисциплин, требующих разных способов освоения – «зубрежка», логика, наличие общетеоретической базы, наличие профессиональных компетенций, полученных во время так называемой вторичной занятости, «думы о будущем» и т.п.).

Таким образом, в комплексе факторов формирования психического здоровья значимое место занимает образ жизни и прежде всего учебная нагрузка. Привести указанное в соответствие с существующими рекомендациями (обязателен учет не только возрастных, но и индивидуальных особенностей) – задача медико-педагогических коллективов образовательных учреждений и семьи.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНДЕРНОГО РЕАГИРОВАНИЯ В КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Стоянова И.Я.¹, Кожевникова Т.А.², Костарев В.В.²

¹ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

² ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева», Красноярск, Россия

Актуальность настоящего исследования обусловлена тем, что современные работы, базирующиеся на концепции психического здоровья, позволяют рассмотреть роль гендерно-психологических механизмов, опосредующих реальное удовлетворение человека своей жизнью, а также когнитивного и аффективного компонентов качества жизни, которые участвуют в генезе кризисных состояний, а также установить их сложные взаимосвязи при распаде семьи (Волкова А.Н., 2010; Гуткевич Е.В., 2016; Семке В.Я. и др., 2016; Аксенов М.М. и др., 2017; Стоянова И.Я. и др., 2017).

Материал и методы. Исследование проводилось в рамках Краевой программы «Семья», реализуемой Губернаторским благотворительным фондом. Набор материала проводился в территориальных отделах ЗАГС г. Красноярск. Работа выполнялась по запросу «Агентства записи актов гражданского состояния» Красноярского края.

Всего обследовано 255 человек, из них 125 женщин и 130 мужчин в возрасте от 21 до 43 лет. Психодиагностическое исследование включало изучение ожиданий и притязаний в браке на основе использования методики «Рольевые ожидания и притязания в браке» (Волкова А.Н., 1989).

Результаты и обсуждение. Результаты исследования, проведенные с супругами, находящимися в кризисном состоянии, показали, что среди причин заключения брака наиболее частой являлась любовь. Так, брак по любви заключили 67,3±4,2% женщин и 73,9±2,7% мужчин. Еще одной из причин заключения брака являлась регистрация браков по расчету. Брак по расчету был заключен среди 11,4±3,2% женщин и 9,5±1,3% мужчин. Брак, основанный на принципе «ради общего дела» занял третье место в структуре причин вступления в брак. Такой брак был зарегистрирован у 6,8±0,85% женщин и 3,4±0,24% мужчин. Брак по причине «из сострадания» не был выявлен ни среди мужчин, ни среди женщин во всей выборке исследования.

В результате исследования причин расторжения брака было обнаружено, что первое место (53,8±3,31%) среди причин развода у женщин приходилось на эмоциональные факторы: чувство обиды, унижения, непонимания, невнимательности, то есть эмоциональные причины

развода доминировали в группе женщин. Среди мужчин основной причиной развода явилась психологическая несовместимость с супругой, различие интересов, ценностей, нужд, желаний (39,2±2,73%). На втором месте у женщин причинами развода явилась монотонность и однообразие семейной жизни (33,7±4,2% испытуемых). У мужчин на втором месте причиной развода явилось стремление супруги к обладанию полной властью в семье: доминирование, ревность, запреты (27,1±1,89%). У женщин среди причин развода психологическая несовместимость с супругом заняла третье место и составила 25,6±1,67%. Среди мужчин, как основная причина расторжения брака «утрата интереса к жене», заняла третье место в указанном регистре причин развода (16,8±2,73%). Измены супругов, ставшие основной причиной разводов, заняли четвертое ранговое место, при этом этот показатель был достоверно более высоким в группе женщин.

Изучение особенностей инициации бракоразводного процесса показало, что в 76,9±4,95% случаев развод иницируют именно женщины, и только в 33,4±2,98% случаев мужчины. Большинство опрошенных женщин (87,1±2,88%) и мужчин (89,73±11,2%) предъявляли ожидания друг к другу, связанные с выполнением родительских обязанностей. Исследование показало, что у 51,7%±2,64% женщин ожидания в сфере родительских обязанностей относительно мужей в семейной жизни не реализовались. Анализ ожиданий супругов в области родительских обязанностей выявил, что лишь 16,5±2,11% мужчин отмечали, что жена в семье была плохой матерью. Проведенное исследование позволило выявить разногласия между мужчинами и женщинами в представлении о ценностях моральной и эмоциональной поддержки и личной общности. Эта сфера оказалась для женщин более важной, чем для мужчин. Так, 88,9±3,69% женщин хотели бы видеть в лице мужа внимательного, заботливого, понимающего друга и только 72,84±6,6% мужчин ожидали тех же качеств от женщины. При анализе ожиданий в области моральной поддержки 71,9±7,12% женщин отметили, что ожидания в этой сфере не сбылись.

В области ожиданий супругов к внешнему виду друг друга было установлено, что 84,2±3,74 женщин ожидали от мужа, что он будет красиво и модно одет. Однако в 55,6±3,82% случаев эти ожидания в будущем не оправдались. Ожидания в области внешнего вида супруги показали, что 61,52±4,7% мужчин ожидали от жены, что она будет всегда красиво и модно одеваться. В результате исследования было установлено, что большинство из них (53,4±3,81% мужчин) отмечали, что их ожидания в этой области сбылись.

Исследования, проведенные в сфере сексуальных отношений супругов, позволили установить, что у $41,8 \pm 3,71\%$ женщин и $41,6 \pm 2,61\%$ мужчин ожидания не соответствовали реальности. Ожидания, относящиеся к сфере личностной общности, преобладали среди мужчин ($75,54 \pm 9,3\%$), однако только в $41,2 \pm 1,26\%$ случаев эти ожидания сбылись. Ожидания, относившиеся в сфере личностной общности, в перечне прочих сфер семейной жизни являлись для мужчин наиболее важной составляющей семейной жизни и в то же время наиболее не реализовавшейся. Результаты анализа ожиданий в сфере хозяйственно-бытового обслуживания показали, что у большинства женщин ($63,4 \pm 3,52\%$) эти ожидания не сбылись. В то время как большинство мужчин ($73,6 \pm 3,83\%$) отметили, что их ожидания в этой сфере сбылись. Карьерный рост и профессиональные интересы супруга были важным фактором для $60,5 \pm 3,23\%$ женщин. При этом для большинства мужчин профессиональные интересы супруги оказались мало значимыми. Лишь $32,67 \pm 9,4\%$ мужчин проявляли внимание к профессиональным интересам супруги.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующее заключение. Эмоциональные причины развода в группе женщин занимали ведущее место, у мужчин же ведущим фактором развода являлась психологическая несовместимость с супругой. Монотонность и однообразие семейной жизни для женщин и стремление к власти супруги в семье находились на втором месте среди причин разводов. Психологическая несовместимость с мужем для группы женщин и утрата интереса к супруге для группы мужчин занимали третье место в структуре причин разводов. Важно, что психологическая несовместимость супругов выступила одним из ведущих факторов распада семейных отношений. Это может быть связано с воспитанием, но главным, на наш взгляд, явилось нарушение адаптационных возможностей супругов в реализации семейной жизни и фиксированные формы их поведения.

Изучение гендерных особенностей имеет непосредственное отношение не только к человеку, но и ко всему обществу в целом. В наше динамичное время только свободная и мобильная, а это, как правило, одинокая личность, может справляться со всеми требованиями, продиктованными экономическим укладом современной жизни в мегаполисах. А семья, обладая сравнительной пассивностью, естественно, не успевает за быстрым темпом жизни и многими нашими современниками воспринимается как архаика, обуза. Все эти изменения являются стрессообразующими в функционировании семьи и оказывают значимое влияние на психическое здоровье супругов.

СПЕЦИФИЧНОСТЬ ГЕНДЕРНОГО РЕАГИРОВАНИЯ СУПРУГОВ В СИТУАЦИИ РАЗВОДА

Стоянова И.Я.¹, Кожевникова Т.А.², Костарев В.В.²

¹ **НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия**

² **ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева», Красноярск, Россия**

Развитие семейной психологии в последние десятилетия вызвано широким спектром проблем, обуславливающих кризисы, способствующие нарушению психического здоровья у представителей семьи. Особенности современной жизни определяют происходящие трансформационные процессы в семье, требующие анализа её функционирования, прохождения стадий жизненного цикла и переживания нормативных и ненормативных кризисов. В рамках системного подхода ненормативный семейный кризис рассматривается в качестве ситуации, нарушающей привычную жизнедеятельность и приводящей к возникновению кризисных состояний у членов семьи. Он вызывается негативным событием и переживается членами семьи как субъективно экстремальное.

Под разводом понимается разрыв супружеских отношений в его юридическом, экономическом и психологическом аспектах, что способствует реорганизации семейной системы и появлению избыточного психического напряжения у членов семьи. Кризисный характер данного события (даже если развод осуществляется с согласия обоих партнеров) обусловлен продолжительностью и болезненностью переживаний членов семьи и его дестабилизирующим влиянием на всю семейную систему, что не может не сказаться на здоровье большинства членов семьи. Исследования свидетельствуют о том, что наиболее тяжело супругами переживается ситуация развода, являющаяся психотравмирующей для каждого из них.

Поэтому **целью** нашего исследования является выявление особенностей реагирования на ситуацию развода супругов с учетом гендерных особенностей, мотивов вступления в брак, удовлетворенности супружескими отношениями как факторов, определяющих степень риска нарушений психического здоровья у членов семьи.

Материал исследования. Исследование проводилось с использованием архивных записей из ЗАГСов г. Красноярска в 2015–2017 гг.

Всего обследовано 315 человек, том числе 158 женщин и 157 мужчин в возрасте от 21 года до 43 лет. Средний возраст женщин составил 29±5,14 года, средний возраст мужчин – 35±3,74 года.

С помощью опросника «Социально-ролевые ожидания и притязания в браке» (Волкова А.Н., 1989) выявлено наличие партнерских противоречий, неудовлетворенных потребностей и несбывшихся ожиданий от брака, которые вызывали эмоциональную напряженность, формировали кризисную насыщенность в семейной ситуации и создавали почву для возникновения нарушений психического здоровья у супругов обоего пола. Ведущими психологическими предикторами для женщин являлись негативные эмоциональные переживания, неудовлетворенность выполнением родительских обязанностей мужем, отсутствие личностной общности с супругом, психологическая несовместимость, монотонность и однообразие семейной жизни, отсутствие моральной поддержки со стороны мужей, недостаточная помощь в воспитании детей и в хозяйственно-бытовой сфере.

Основными причинами нарушения здоровья для супругов мужского пола оказались психологическая несовместимость с женой, стремление к власти супруги, утрата интереса к ней, отсутствие личной общности с супругой, отсутствие моральной поддержки жены, несбывшиеся ожидания в сексуальной сфере. Для супругов обоего пола значимыми неудовлетворенными потребностями являются недостаточность эмоциональной поддержки, отсутствие личностной общности. Блокада этих потребностей порождает семейный кризис, способствует нарушению психического здоровья и становится психологическим предиктором, определяющим кризисную насыщенность переживания ситуации развода.

Полученные данные позволяют сделать вывод о наличии нарушенных психических состояний у супругов, обусловленных переживанием кризисной ситуации развода. Выраженность и длительность этих состояний становится фактором риска нарушений психического здоровья. Показатели психического состояния с высоким уровнем эмоциональной напряженности, избыточной тревоги в большей степени характерны для супругов с мотивацией брака по любви в отличие от супругов с мотивацией брака по расчету ($p \leq 0,01$).

Результаты исследования супругов, переживающих ситуацию развода, с помощью опросника ММИЛ свидетельствуют о нарушенном психическом состоянии, которое содержит общие характеристики с пациентами с невротическими расстройствами.

Выявленные характеристики наличия невротических нарушений с учетом половых различий и мотивов вступления в брак требуют дальнейшего уточнения. В связи с этим на следующем этапе исследования применялся Опросник невротических расстройств (ОНР) (Васерман Л.И. и др., 2003).

На основании анализа данных личностных шкал опросника ОНР установлена близость определенных параметров между супругами, находящимися в ситуации развода, и больными с невротическими расстройствами. Особенно выраженные сходства в анализируемых группах имела шкала «Аффективная неустойчивость». Выявление сходных проявлений в отношении шкал у пациентов и супругов ещё раз подтверждает наличие повышенной эмоциональной напряженности, готовность к невротическим и психосоматическим нарушениям.

Основными характеристиками возможных нарушений являются «Колебания интенсивности жалоб», «Расстройства в сфере пищеварения», «Расстройства сердечно-сосудистой деятельности», «Психическая истощаемость», «Немотивированный страх», «Фобические расстройства». Вместе с тем у больных невротическими расстройствами выявленные нарушения имели более выраженный характер.

Анализ результатов личностных шкал опросника ОНР у супругов, находящихся в кризисной семейной ситуации, и пациентов с невротическими расстройствами показал равнозначность ряда параметров. Близость показателей в группах имели шкалы «Неуверенность в себе», «Познавательная и социальная пассивность», «Невротический «сверхконтроль» поведения». У пациентов достоверно более высокими были показатели шкал «Аффективная неустойчивость» ($p \leq 0,05$), «Интровертированная направленность личности» ($p \leq 0,05$), «Социальная неадаптивность» ($p \leq 0,01$). В группе больных невротическими расстройствами значение шкалы «Ипохондричность» достоверно значимо превышало показатели основной выборки (69,6 Т б), что указывало на чрезмерную сосредоточенность на своем здоровье. Показатель нарушений здоровья у супругов, переживающих ситуацию развода, свидетельствует о его значимости в качестве психологического предиктора переживания кризисной ситуации.

Наиболее парадоксальные результаты в отношении причин развода выявлены у женщин, вступивших в брак по любви. Если во всех изучаемых группах основной причиной развода являлась неудовлетворенность партнерскими качествами супруга или супруги, в этой группе женщин неоправданные ожидания касались, прежде всего, неудовлетворенности материальными возможностями супруга.

Проведение стандартизованного интервью позволило выявить факторы риска нарушения психического здоровья у супругов в ситуации развода. У мужчин и женщин с разной мотивацией создания брака выявлены противоречивые представления о причинах развода. Это свидетельствует о возможности формирования внутриличностных конфликтов в качестве рисков нарушения психического здоровья.

Заключение. Таким образом, в проведенном исследовании выявлена специфика нарушения психического здоровья у супругов при переживании ситуации развода с учетом выраженности нарушений, половой принадлежности и мотивов вступления в брак. В 18,8% случаев у супругов обоего пола выражена патопсихологическая симптоматика, сходная с симптоматикой пациентов с невротическими расстройствами. У супругов женского пола в большей степени выражен уровень невротических проявлений, у супругов мужского пола – психосоматических нарушений ($p \leq 0,01$). Показатели нарушения мультимодального психического состояния с высоким уровнем эмоциональной напряженности, избыточной тревоги в большей степени характерны для супругов с мотивацией брака по любви в отличие от супругов, заключающих брак по расчету ($p \leq 0,01$). Установлены низкие показатели ролевого функционирования у супругов женского пола по сравнению с супругами мужского пола: коэффициент ролевой адекватности у женщин – 0,5, у мужчин в большинстве случаев данный коэффициент превышает эти значения ($p \leq 0,01$).

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ И АГРЕССИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И СХОЖИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Стоянова И.Я.¹, Черенева Е.А.², Гуткевич Е.В.¹

¹ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

² ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева», Красноярск, Россия

Проблема оказания психолого-педагогической помощи детям с расстройством аутистического спектра (РАС) и их семьям в последнее время является чрезвычайно актуальной. Это связано, во-первых, с ростом распространенности расстройств аутистического спектра. Во-вторых, с инклюзией детей с РАС в образовательные дошкольные и школьные учреждения, при которой агрессивное поведение является серьезной проблемой. РАС представляют собой группу первазивных нарушений развития, основными проявлениями которых являются отсутствие способности к социальному взаимодействию, нарушение общения и стереотипность поведения [1, 4]. Проблемное поведение, в том числе и агрессивное, которое часто встречается при данном расстройстве, значительно нарушает социализацию ребенка, приводя к его вторичной изоляции. В целом агрессия является обычным явлением для детского возраста и часто носит доброкачественный характер.

При этом агрессивное поведение детей с РАС имеет свои особенности в зависимости от тяжести и характера аутизма. Агрессивные проявления у аутичных детей также неоднозначны в плане их оценки. Агрессивное поведение часто выполняет функцию защиты от непереносимых воздействий окружающей среды или изменений привычного стереотипа, а также может свидетельствовать о положительном росте активности ребенка [5,6, 7, 8].

Большинство зарубежных и отечественных исследователей агрессии (Л. Берковиц, Р. Бэрн, Э. Фромм, А. Бандура, Н.М. Платонова, Е.П. Ильин, Е.О. Смирнова и др.) указывали на то, что воспитание и психологический климат в семье играют огромную роль в возникновении и закреплении агрессивного поведения у детей.

Как известно, именно в семье ребенок проходит первичную социализацию, именно в ней идет формирование взаимоотношений ребенка с действительностью, а также его адекватных реакций на различные явления действительности [4, 5]. При этом взаимоотношения родителей и ребенка являются важным источником детского развития, в них формируется активность ребенка, его стремление и умение решать возникающие проблемы. Поэтому изучение детско-родительских отношений является важным как для понимания факторов, влияющих на становление личности ребенка, так и для организации воспитательной практики [2, 9]. Воспитание детей является главной функцией семьи, в случае её нарушения возникает дисфункция семьи, что создает неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка и приводит к коммуникационным нарушениям между членами семьи. Семьи, имеющие ребенка с РАС, отличаются особой ранимостью, напряженностью своих переживаний, оказываются более страдающими, чем семьи, имеющие детей с другими тяжелыми нарушениями развития, испытывают постоянные сложности и ограничения. Матери аутичных детей имеют низкую самооценку, считая, что недостаточно хорошо справляются со своей материнской ролью [2, 3, 5]. Источником воспитательных стратегий являются родительские представления и установки, которые являются культурно обусловленными и, как правило, мало изменяются во времени, несмотря на взросление ребенка.

Методологией исследования явились положения общей и специальной психологии и педагогики: о единстве закономерностей развития нормального и аномального ребенка, о потенциальных возможностях развития ребенка (Л.С. Выготский, Р.Е. Левина, Е.М. Мастюкова и др.); об особенностях агрессивного поведения у детей (Н.М. Платонова, Т.П. Смирнова, А.Г. Долгова и др.); фрустрационная теория агрессии (Д. Доллард, Л. Берковиц, Р. Бэрн, Д. Ричардсон), теория

социального научения (А. Бандура); о сущности, структуре, функциях и нарушениях детско-родительских отношений (Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, Е.А. Савина, Е.О. Смирнова, А.С. Спиваковская, В.В. Столин, А.Я. Варга и др.); возрастная психология (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, В.В. Давыдов, В.С. Мухина, Г.С. Абрамова и др.); подход к аутизму как расстройству аффективной организации поведения и сознания (Л. Каннер, В.В. Лебединский, О.С. Никольская); о необходимости психологического сопровождения семьи с целью обеспечения полноценного развития ребенка (Б.М. Битянова, Н.С. Глуханюк, И.В. Дубровина, Р.В. Овчарова).

Методы определены согласно с целью, гипотезой, задачами исследования. В ходе исследования применяли теоретические и эмпирические методы. К первым относится анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, ко вторым – наблюдение, вербально-коммуникативные (анкетирование, беседа, опросники стили родительского воспитания АСВ Э.Г. Эйдемиллера и родительских установок PARY Е.С. Шафера, Р.К. Белла (адаптация Т.В. Нещерет), проективные методики: HAND – тест руки (адаптация Н.Я. Семаго), методика рисуночной фрустрации С. Розенцвейга (модификация Н.В. Тарабриной), рисунок несуществующего животного, рисунок семьи), количественный и качественный анализ полученных данных.

Эксперимент проходил на базе КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1». В исследовании участвовало 18 детей в возрасте 7–10 лет с клиническим диагнозом детский аутизм без умственной отсталости и их матери. Все дети обучаются в образовательной организации с полным включением в образовательный процесс по основной адаптированной общеобразовательной программе для детей с расстройством аутистического спектра, имеющих задержку психического развития, с 1-го по 4-й класс. По результатам исследований подготовительного этапа дети с РАС были разделены на две группы. Основную группу составили 12 детей младшего школьного возраста с РАС с агрессивным поведением, контрольную группу – 6 детей с РАС, для которых не характерно агрессивное поведение.

Результаты и обсуждение. У детей младшего школьного возраста с РАС, как и у типично развивающихся сверстников, гнев и агрессивные тенденции встречаются довольно часто и в целом характерны для данного возраста. Но у одних детей они проявляются в социально приемлемых формах, а у других нет. Последние и характеризуются окружающими как агрессивные. У исследуемых детей выявлены те же виды агрессии, что и у нейротипично развивающихся сверстников, за исключением аутоагрессии, характерной для аутичных детей.

По целенаправленности выявляется агрессия инструментальная, или доброкачественная, за исключением одного ребенка. Наиболее частыми причинами агрессии у младших школьников с РАС являются соперничество со сверстниками, требования и запреты со стороны взрослых, невозможность удовлетворить свои потребности. Не у всех аутичных детей даже при условии одинаковой структуры дефекта выявляется агрессивное поведение, следовательно, оно не является обязательным симптомом РАС, а значит, его проявление может быть обусловлено какими-либо внешними причинами.

При этом у детей младшего школьного возраста с РАС обнаружен экстрапунитивный, самозащитный тип реакции на фрустрацию, в целом характерный для детей данного возраста. Но у большинства аутичных детей, характеризующихся как агрессивные, он усилен по сравнению с возрастной нормой при одновременном ослаблении наиболее конструктивных способов реагирования на фрустрацию и отсутствии или слабой выраженности фактора подчинения требованиям взрослого. В данном случае практически единственным способом реагирования на фрустрирующую ситуацию является агрессия, направленная на других людей и внешние предметы. Способы реагирования на фрустрацию являются результатом воспитания.

Для большинства матерей детей с РАС характерен дисгармоничный тип воспитания в виде гиперпротекции с минимальностью санкций, а отношение матери к ребенку часто характеризуется эмоциональным отвержением или излишней эмоциональной зависимостью матери от ребенка и чрезмерным побуждением ребенка высказаться, к чему он не готов в связи с имеющимися коммуникативными нарушениями. У матерей детей с РАС с агрессивным поведением выявлены сочетания вышеуказанного типа дисгармоничного воспитания с недостаточностью требований-обязанностей и требований-запретов, обусловленное воспитательной неуверенностью, проекцией на ребенка собственных нежелательных качеств. Кроме того, для них характерны излишняя тревожность, несамостоятельность и зависимость, а в ряде случаев предъявление ребенку недоступных ему по возрасту и уровню развития требований. Важную роль в развитии агрессивности у детей с РАС играет и нарушение коммуникативных функций самого ребенка в сочетании с нарушением внутрисемейного общения членов семьи.

10 детей основной группы (83,3 %) проявляли агрессию по отношению к членам семьи, в основном к матери, младшим братьям или сестрам. Половина детей совершали агрессивные действия по отношению к чужому взрослому и 11 детей (91,7%) – по отношению к ровесникам или детям более младшего возраста. 11 детей из 12, по утверждению

матерей, после совершения агрессивного поступка сожалели о нем. Только один ребенок не испытывал сожаления, напротив, у него после этого отмечалось приподнятое настроение. В 66,7% случаев как в основной, так и в контрольной группе матери отмечали частые реакции раздражения и гнева у детей. Но в контрольной группе это не приводило к агрессивным реакциям.

Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод, что практически у всех детей с РАС выявляются нарушения способов реагирования на фрустрацию. Но для обследуемых основной группы в фрустрирующей ситуации характерно менее конструктивное поведение, чем для детей из контрольной группы, выражающееся в превышении нормативного показателя экстрапунитивных реакций с одновременным снижением нормативного показателя импунитивных реакций. Кроме того, в основной группе чаще встречались реакции с фиксацией на самозащите, которая в сочетании с экстрапунитивными реакциями формирует экстрапунитивный, самозащитный тип. Именно для последнего характерны психологические защиты в виде агрессии, направленной на других людей и внешние предметы. В основной группе чаще отсутствовал фактор подчинения требованиям взрослого, при нарастании фрустрации чаще отмечалось ослабление наиболее конструктивной реакции с фиксацией на удовлетворение потребностей, отражающей способность субъекта решать фрустрирующую ситуацию, а также более нарушена адаптация ребенка к социуму.

В ходе исследования установлено, что дети младшего школьного возраста с РАС имеют специфические особенности проявления агрессии, обусловленные нарушением коммуникации и социального взаимодействия, на фоне общих закономерностей, характерных для нейротипично развивающихся сверстников. Следовательно, на формирование и закрепление агрессивного поведения у детей с РАС также оказывает влияние стиль детско-родительских отношений, в частности отсутствие контроля за поведением ребенка, слишком суровые наказания, недостаточная требовательность родителей, их неспособность выдвигать последовательно возрастающие требования или добиваться их выполнения, гиперпротекция, несогласованность требований к ребенку со стороны родителей.

Литература

1. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг и др. – М.: Полиграф сервис, 2003. – 232 с.
2. Башина В.М. Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999 – 240 с.
3. Богдашина О. Сенсорно-перцептивные проблемы при аутизме: учебное пособие. – Красноярск, 2014. – 180 с.

4. Богдашина О. Расстройства аутистического спектра: введение в проблему аутизма: учебное пособие / под науч. ред. Е.А. Череневой. – Красноярск, 2015. – 248 с.
5. Морозов С.А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра: учебно-методическое пособие. – М., 2014. – 448 с.
6. Черенева Е.А. Международный институт аутизма как ресурс современных практик системы высшего образования в реализации системы помощи лицам с аутизмом [Электронный ресурс: <http://sibsedu.kspu.ru>] // Сибирский вестник специального образования. – 2014. – № 1 (13). – С. 86–91.
7. Черенева Е.А., Богдашина О.Б., Казанова М.Ф., Ли С. Модернизация идей исследования аутизма и развития системы помощи людям с аутизмом в России: от региональной инициативы к глобализации решений [Электронный ресурс: <http://psyjournals.ru/psyedu/2016/n3/chereneva.shtml>] // Психологическая наука и образование. – 2016. – Т. 21, № 3. – С. 131–140. doi:10.17759/pse.2016210315
8. Черенева Е.А., Володенкова Е.А. Влияние детско-родительских отношений на проявления агрессивного поведения у детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра. – Красноярск, 2017. – 172 с.
9. Черенева Е.А., Володенкова Е.А. Межведомственная модель организации системы помощи детям с РАС в Красноярском крае [Электронный ресурс http://psyjournals.ru/autism/2016/n4/chereneva_volodenkova.shtml] // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т. 14, № 4. – С. 19–26. doi:10.17759/autdd.2016140404
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. – 4-е изд., перераб., доп. – СПб.: Питер, 2008. – 672 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ АНАЛИЗА ПРОИЗВОЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Стоянова И.Я.¹, Черенева Е.А.²

¹ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

² ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева», Красноярск, Россия

Развитие произвольного поведения у детей с нарушениями интеллектуального развития – сложный и длительный процесс, требующий комплексной поведенческой терапии, направленной на коррекцию дезадаптивных паттернов поведения.

Цель – сравнительный клинико-психологический анализ произвольного поведения у детей с когнитивными нарушениями и выявление основных механизмов его формирования.

Проблема исследования психической регуляции в детском возрасте является одной из актуальных проблем современности. Сегодняшние тенденции развития современного общества говорят о возникновении

большой доли психических расстройств, вызванных разными этиопатогенетическими факторами. Одними из них являются возросшие уровни психической напряженности, стресса и фрустрации у населения, вызванные социально-экономическими проблемами, высокий уровень рождения детей с психической патологией, формированием психических отклонений в детском возрасте. Об этом свидетельствуют статистические данные. Отсюда очевидна актуальность исследования психической регуляции в детском возрасте в норме и патологии, не только как одного из индикаторов эмоционально-личностной сферы, но и как основного механизма формирования произвольности поведения и социально-психологической адаптации во взрослой жизни.

В теории и практике психологической науки не ослабевает интерес к детерминантам произвольного поведения как фактора формирования эмоционально-личностной сферы в детском возрасте и индикатора социально-психологической адаптации индивида во взрослой жизни.

Для нас представляет интерес к генерализации произвольного поведения в детском возрасте через когнитивные стратегии, применяемые индивидом. Термин «когнитивные стратегии» в клинической практике используется в аспектах когнитивно-поведенческой терапии. Этот термин мы применяем при анализе произвольного поведения. В нашем случае произвольность – психическое образование, объединяющее когнитивные, поведенческие и эмоционально сфокусированные социальные стратегии изменения в социальной среде. По Ф. Кендалл (2002), когнитивные стратегии не передаются от родителей через генетический код, но приобретаются опытным путем, через наблюдения и интеракции с другими людьми. Это представляет исследовательский интерес, так как уровень произвольной регуляции не в полной мере зависит от уровня интеллекта. Безусловно, особенности ВНД и уровень когнитивного развития влияет на формирования общей регуляции поведения, формирование целей, задач и аспектов контроля выполнения процесса произвольности, но необходимо помнить о многоаспектности произвольности. Например, таким компонентом являются наши эмоциональные состояния, как позитивные (Daniel & Lucas, 1999), так негативные, влияющие на когнитивные и поведенческие задачи.

Нарушения поведения, сопутствующие нарушениям интеллектуального развития (далее НИР), осложняют социально-психологическую адаптацию учащихся во взрослой жизни. Несвоевременное выявление их характера и природы, отсутствие специальных профилактических и корригирующих программ приводят к тому, что нарушения поведения детей с НИР в подростковой и взрослой жизни нередко достигают уровня криминальной выраженности.

В современных условиях возросла роль исследований произвольной регуляции поведения и основных его механизмов формирования в предупреждении нарушений поведения и отклонений эмоционально-личностной сферы, обеспечивающих психологическую направленность в системе профилактики социальных отклонений. Вопросы нарушения поведения детей и подростков с НИР рассматривались в связи с разработкой адекватных методов коррекционно-воспитательного процесса и социально-трудовой адаптации (В.В. Коркунов, С.Л. Мирский, Г.М. Дульнев, И.П. Лаужикас). В последние десятилетия усилился интерес ученых к изучению собственно проблемы нарушения поведения умственно отсталых детей и подростков как механизм успешной социальной адаптации (Ш.Н. Чхартишвили, М.Г. Царцизе, Е.А. Черенева). Вместе с тем успешность социальной адаптации и интеграции в общество детей с психическим недоразвитием определяется не только глубиной нарушений познавательной сферы, но и особенностями поведения данной категории детей, у которых значительно ослаблены умения приспосабливаться к социальным требованиям.

Нами исследованы механизмы когнитивных стратегий произвольного поведения у детей младшего школьного возраста в норме и патологии (нарушения интеллектуальной деятельности). Разработанная психологическая модель анализа произвольного поведения применительно к этой категории детей отражена во взаимосвязанных уровнях личностной организации, определяющих характеристики и динамическую структуру саморегуляции, эмоционально-личностный опыт индивида, влияющий на формирование личности в целом. Мы выделяем следующие уровни произвольной регуляции и их структурные компоненты: личностно-смысловой, когнитивный, регулирующий.

Оценка уровней произвольной регуляции у детей младшего школьного возраста в норме и патологии базируется на параметрах: 1) самооценка, уровень притязаний, установки, защитные механизмы поведения – личностно-смысловой уровень; 2) уровень развития интеллекта, динамические свойства мышления: ригидность, тугоподвижность, инертность, застреваемость (персеверации) – когнитивный уровень; 3) взаимосвязь поведения с речью (функции речи: регулирующая, планирующая, управление (внешнее и внутреннее) поведением – регулирующий уровень). Выделенные уровни и параметры оценки произвольного поведения базируются на осях диагностики: клиническая, патопсихологическая, социально-психологическая. Комплексная система оценивания произвольной регуляции поведения генерализирует производные: когнитивные стратегии в произвольной регуляции и особенности интеракций с другими людьми.

Проведенные нами сравнительные клинико-психологические исследования произвольности в детском возрасте в норме и при интеллектуальной патологии позволяют: 1) расширить дополнительной возможности понимания механизмов формирования личности детей в норме и патологии, поиске дополнительных ресурсов развития и коррекции эмоционально-личностной сферы; 2) разработку современных мультидисциплинарных диагностических комплексов оценки психической регуляции в детском возрасте и терапевтических программ для детей и их семей с целью профилактики вторичных психических отклонений; 3) продолжить развитие методологических концепций понимания механизмов произвольности с параметрами субъективного мира и их влияние на эмоционально-личностное развитие в детском возрасте и социально-психологическую адаптацию во взрослой жизни.

Таким образом, актуальность исследуемой проблемы определяется тенденциями развития научного знания и существующими потребностями социально-психологической и клинической практики. Изучение произвольного поведения в детском возрасте при нормальном и нарушенном интеллектуальном развитии – важное направление, позволяющее раскрыть механизмы психической регуляции и формирования эмоционально-личностного развития. Полученные данные позволят решать важнейшую теоретическую и практическую задачу, требующую актуального исследования и разработки.

Литература

1. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Терехина О.В. Нарушение саморегуляции и опосредования эмоций как основа риска формирования антивиталяного поведения в молодом возрасте // Сибирский психологический журнал. – 2017. – № 65. – С. 94–103.
2. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., Смирнова Н.С. Нарушения социальной ситуации развития в подростковом возрасте в контексте антивиталяного поведения и социальной тревоги // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017 – № 1 (94). – С. 25–32.
3. Черенева Е.А., Гуткевич Е.В. Структурно-функциональная модель организации произвольного поведения у детей в норме и с нарушениями интеллектуального развития // Поляковские чтения-2018 (к 90-летию Ю.Ф. Полякова): Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием. – М., 2018. – С. 358–360.
4. Черенева Е.А., Гуткевич Е.В. Произвольная регуляция поведения у детей с нарушениями в интеллектуальном развитии // Антология российской психотерапии и психологии: Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Отечественная психотерапия и психология: становление, опыт и перспективы развития (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева)». – СПб., 2018. – С. 139–140.

5. Черенева Е.А., Черенев Д.В. Психологические критерии исследования личности младших школьников с нарушениями интеллектуального развития // Инклюзивное образование в профессиональных образовательных организациях: проблемы и решения: Материалы XVIII Всероссийской научно-практической конференции. – Воронеж, 2017. – С. 209–213.
6. Черенева Е.А. Клинико-психологический анализ когнитивных стратегий произвольного поведения в детском возрасте // Комплексные исследования человека: психология. Материалы VII Сибирского психологического форума. – Томск, 2017. – С. 157–163.
7. Cherevena E.A. Unconscious mechanisms of social and psychological adaptation of mentally retarded children // Журнал Сибирского федерального университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2014. – Т. 7, № 9. – С. 1620–1626.

ВЛИЯНИЕ МИКРОИЗМЕНИ НА МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ

**Стрижев В.А., Ложникова Л.Е., Мартиросян К.П.
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский
университет» Минздрава России, Краснодар, Россия**

Термин «микроизмена» (микрочитинг) связывают с появлением различных мессенджеров и огромных возможностей для онлайн-общения. В результате у людей появился неограниченный доступ к объектам своего вожделения, в данном случае даже необязательно подразумевается секстинг. До смартфонов микроизмена могла быть тайным удалением обручального кольца перед выходом на улицу, но в цифровую эпоху легче, чем когда-либо, сообщить кому-либо, что вы открыты для общения. «Лайки» под фотографиями, фривольное использование «эмодзи с цветочками и сердечками», внезапная подписка на «Инстаграм» бывшего партнера, «тиндер» в списке приложений, двусмысленная история запросов в поисковике – всё это так или иначе подходит под определение микроизмен. По сути, микроизменой можно назвать всё, что становится триггером для подозрительного человека. В определение микроизмен можно включить всё, что вызывает опасение и чувство ненужности. Однако, как можно обвинять партнёра в измене, когда тот находится на другом конце дивана и не собирается никуда уходить? К тому же чувствительность у всех разная: если один не обращает внимания на переписки с бывшими партнерами, то другой видит место экс-партнёров только в чёрном списке.

Всё это значительно усложняет механику отношений, хотя бы потому, что определение микроизмены для кого-то включает не только прямую коммуникацию («лайки», переписку или внезапный «фолло-

винг)), но и даже «несвойственное» поведение. Почему обычно немногословный, малообщительный муж в «Фейсбук» выпускает по три-четыре поста в день и вместо традиционной вечерней беседы всю ночь отвечает на комментарии? Откуда взялось столько «селфи» в «Инстаграм»? Зачем эти полуобнажённые фотографии? Даже такие, на первый взгляд, невинные перемены могут вызывать беспокойство и недопонимание, подтачивающие доверие в отношениях.

Возможность общаться дистанционно имела и раньше (у многих в детстве были друзья по переписке), но социальные сети сделали этот процесс масштабным. «Лайки» стали универсальным способом выражения не только одобрения, но и стимулируют негативные эмоции (например, ревность). А бурная реакция на пост или её отсутствие может расцениваться как открытое заявление. Малая изученность микроизмен приводит к тому, что практически невозможно очертить круг запретных действий. Во многом это ещё *terra incognita*, поэтому торопиться с выводами не стоит, так же как и в реальной жизни.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния микроизмены (микрочитинга) на межличностные отношения.

Материалы и методы. Методом анкетирования был проведен анонимный опрос студентов педиатрического факультета ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России с помощью Google-формы. Критерии включения – пол: мужской/женский, возраст от 18 лет до 25 лет. Критерии исключения: возраст менее 18 лет и более 25 лет.

Результаты и обсуждение. Из опрошенных студентов 60,0% считают микрочитинг обманным поведением (проявлением неверности, измены). 40,0% считают, что микрочитинг не является обманным поведением (проявлением неверности, измены). О необходимости рассказывать партнеру о своих действиях в интернете положительно высказались 71,4% опрошенных студентов. Предпочтут умолчать о своих действиях в интернете 28,6% респондентов. «Лайки», «эмодзи» и общение вашего партнера с бывшим партнером являются объективными признаками отчуждения, так считают 57,1% опрошенных. 42,9% не считают данные проявления микрочитинга объективными признаками отчуждения. В отношениях состоят 68,6% респондентов, 31,4% не состоят. Из состоящих в отношениях 66,6% считают микрочитинг обманным поведением (проявлением неверности, измены). 33,4% не считают его таковым. 70,8% предпочтут рассказать партнеру правду о своих действиях в интернете, 29,2% предпочтут умолчать. 62,5% считают «лайки», «эмодзи» и общение партнера с экс-партнером объективными признаками отчуждения, а 37,5% не считают эти действия отчуждением.

Из не состоящих в отношениях студентов 45,5% считают микрочитинг обманным поведением (проявлением неверности, измены). 54,5% считают, что микрочитинг не является обманным поведением (проявлением неверности, измены); 72,7% предпочтут рассказать партнеру правду о своих действиях в интернете; 27,3% предпочтут умолчать; 45,5% считают «лайки», «эмодзи» и общение партнера с экс-партнером объективными признаками отчуждения, а 54,5% – не считают это отчуждением.

Таким образом, наше исследование показало, что большинство состоящих в отношениях студентов считают микрочитинг проявлением неверности, измены, однако во многом это зависит от действий и восприятия конкретного человека, а также от готовности партнеров работать над своими отношениями.

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Султанова А.С., Иванова И.А.

**ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания
Российской академии образования», Москва, Россия**

В последние десятилетия стабильно повышается распространенность нервно-психических заболеваний у детей и подростков. В структуре детской инвалидности с 2014 г. психические расстройства и расстройства поведения занимают первое место (Росстат, www.gks.ru, дата обращения 29.03.19). Между тем особенности семейного воспитания – важнейший фактор, который может либо положительно влиять на развитие детей с психическими расстройствами, либо усугублять проявления заболевания.

Материал и методы. В представляемом исследовании приняли участие 60 семей с детьми в возрасте от 5 до 14 лет, имеющими установленные психические расстройства (умственная отсталость различной этиологии, шизофрения, детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Аспергера). Использовались следующие методы: стандартизированная беседа, сочинение «Мой ребенок», опросник «Анализ семейного воспитания» Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса (АСВ).

Результаты исследования. Во многих семьях детей с отклонениями в психическом развитии, независимо от нозологии, имеются нарушения в стиле воспитания. Наиболее часто встречающимся (44%) паттерном нарушения взаимодействия взрослых с больным ребенком является сочетание гиперопеки, потворствующей гиперпротекции, сни-

жения требований-обязанностей, запретов и санкций. В этом случае родительская позиция выражается в воспитании ребенка по типу «центра Вселенной», т.е. имеют место гипертрофированное проявление внимания к ребенку, неоправданные бесконечные восторги по поводу его «достижений», вседозволенность, отсутствие требований и правил поведения (например, необязательно мыть руки, убирать игрушки, есть ложкой, а не руками и пр.). В подобных случаях члены семьи потакают желаниям ребенка, выполняют все его капризы, поощряют или не прерывают стереотипное или иное негативное поведение ребенка. При этом родители часто искренне полагают, что это и есть «любовь» к ребенку, не понимая, что такая позиция не подготавливает ребенка к выходу в социум.

Особенно часто такая ситуация складывается в семьях с детьми-аутистами; нередко все взаимодействие с ребенком сводится к тому, что члены семьи пытаются понять, чего он хочет, и немедленно ему это предоставить, чтобы он перестал плакать, кричать, биться головой, царапать себя и пр. Обычно подобная родительская позиция лишена динамичности, т.е. не претерпевает адекватных трансформаций в соответствии с изменением состояния ребенка в процессе коррекции и перспектив его развития, как ближайших, так и долгосрочных, что крайне негативно влияет на ход психического онтогенеза.

Второй наиболее часто встречающийся (25%) паттерн нарушений семейного воспитания – сочетание неустойчивости стиля воспитания (переходы от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению) и воспитательной неуверенности.

Третий по частоте встречаемости (17%) тип отклонений в семейном воспитании – комбинация воспитательной неуверенности и тенденции к негативной оценке ребенка в целом. В таких случаях типичны высказывания родителей: «и так всю жизнь?» «мы его, конечно, любим, но...», «устали от него» и т.п. Ситуация зачастую усугубляется разноплановостью стилей воспитания у разных членов семьи детей с психическими расстройствами. Характерны следующие сочетания: гиперпротекция со стороны матери и эмоциональное отвержение со стороны отца, воспринимающего болезнь ребенка как «непосильную ношу», собственную неудачу, «обузу»; эмоциональное отвержение и нетерпимость со стороны матери и доминирующая гиперпротекция со стороны бабушки; воспитательная неуверенность у матери и чрезмерность санкций у отца и пр. Противоречивость и неадекватность стилей воспитания в семье наносит ущерб психическому развитию ребенка и препятствует ходу коррекционного процесса.

Искажение стиля воспитания больного ребенка отражает нарушение родительской позиции в целом. Родительскую позицию определяют как триединство эмоционального отношения родителя к ребенку, стиля общения с ним и когнитивного видения (образа) ребенка (Варга А.Я., Смахов В.А., 1986). По нашему мнению, при наличии у ребенка какого-либо заболевания родительская позиция включает и внутреннюю картину болезни ребенка, которая зачастую является искаженной. Оптимальная родительская позиция базируется на адекватной оценке своего ребенка, понимании его особенностей и перспектив развития. Она должна быть гибкой, меняться по мере взросления и изменения состояния ребенка. Можно выделить основные факторы, под влиянием которых происходит формирование родительской позиции в семьях, воспитывающих ребенка с психическими расстройствами:

1. Социальные и социально-психологические, в том числе семейные факторы. Готовность родителей принять диагноз ребенка, искать пути помощи, применять адекватные методы воспитания во многом зависит от отношения общества к психическим расстройствам в целом и к отдельным нозологиям в частности. Например, последнее время возросло негативное отношение к диагнозу «умственная отсталость», но повысилась толерантность к диагнозу «аутизм». Второй фактор, который относят к социальным, – недостаточная подготовленность медицинских работников, зачастую плохое знание детской психиатрии педиатрами, неврологами. Из семейных факторов важными являются наличие других детей в семье и включенность матери в работу. Если в семье есть опыт воспитания здорового ребенка, то родители скорее заметят отклонения у младшего ребенка и будут менее склонны объяснять их возрастной незрелостью («перерастет»). В анализируемых нами случаях задержка обращения к специалистам была более свойственна работающим матерям.

2. Личностные особенности взрослых членов семьи. Ситуация установления диагноза ребенка является, по сути, стрессовой для членов семьи, а реакция на любой стресс зависит от эмоционально-волевых особенностей и установок человека. Способ взаимодействия с особым ребенком, выбор пути коррекционной работы также зависят от особенностей родителей, их мировоззрения, воспитательных установок, уровня личностного развития. Отчетливое выражение это находит в случаях, когда больной ребенок не получает адекватной медико-психологической помощи, так как родители не обращаются за ней, а ведут ребенка к разного рода «целителям», используют вспомогательные методы в качестве основных (например, цветотерапию, песочную терапию и пр.). Наблюдаются случаи эмоционального отторжения

родителями больного ребенка. В других случаях родители патологически привязаны к ребенку и склонны отказываться от всего, вызывающего у него негативные эмоции, в том числе от занятий и лечения. В итоге при полярном отношении родителей результат одинаков – игнорирование интересов ребенка; ребенок оказывается в ситуации депривации (недостаток факторов, стимулирующих развитие ребенка).

3. Внутрисемейные и супружеские взаимоотношения. Как правило, наличие у ребенка болезненных проявлений первой замечает и озвучивает мать. Для своевременного обращения за адекватной помощью важна поддержка матери со стороны других членов семьи. Между тем зачастую с матерью ребенка не соглашаются, нередко даже обвиняют в том, что причина имеющихся у него отклонений – не болезнь, а её «неправильное» воспитание. Вместо совместной содружественной работы по преодолению болезненного состояния ребенка начинаются семейные конфликты. Некоторые члены семьи (как правило, отцы) часто отстраняются от общения с ребенком или пытаются «лечить» детей своими воспитательными приемами (физическими наказаниями, спортивной секцией бокса, борьбы). Немаловажным является и фактор финансового обеспечения коррекционных мероприятий, часто зависящий от отца и нередко вызывающий семейные разногласия.

Данные факторы значимы на всех этапах лечения ребенка с психическим расстройством, а именно: постановка и уточнение диагноза, начало лечебной и коррекционной работы с ребенком, собственно коррекционный процесс. На первом этапе одной из самых неблагоприятных позиций родителей является отрицание диагноза. Период отрицания присутствует практически всегда; это закономерная реакция на любую психотравмирующую ситуацию. Оптимально, чтобы этот анозогностический период был как можно более кратким, так как важно оказание своевременной помощи.

Поиск пути коррекции ребенка в основном осуществляют родители. В самом общем плане можно выделить две группы семей – тех, которые идут по «официальному» и «неофициальному» пути. «Официальный» путь – обращение к системе государственной помощи, при необходимости оформление инвалидности ребенку, многим родителям кажется нежелательным вследствие наличия у них ряда предубеждений о психиатрической помощи и опасений, что в будущем ребенка будет тяжело «снять с учета» или «снять диагноз» и пр. Нередко встречается неполное принятие диагноза ребенка, в подобных случаях родители избегают обращения к государственной медицинской помощи, официально поставленного медицинского диагноза, стараются отдать ребенка в массовые образовательные учреждения. Однако педагогический

персонал этих учреждений не подготовлен к работе с «особыми» детьми, не владеет ни знаниями, ни навыками коррекционно-развивающих и адаптационных занятий, не может грамотно выстроить отношение к таким детям со стороны сверстников. В результате создается иллюзия инклюзивного образования, ребенок в течение дня оказывается предоставленным самому себе, находится в группе не вместе с детьми, а среди детей. Другой вариант – желание попробовать на ребенке «всё и сразу», поиск «волшебного средства». Дети в таких семьях зачастую перегружены занятиями, посещениями различных учреждений, специалистов, которые назначают все новые лекарства и БАДы, кратковременными программами коррекции, откровенно сомнительными «лечебными» и развивающими методами, измучены всевозможными диетами и различными сменяющимися друг друга процедурами. Оптимальные результаты же достигаются, когда родителям при помощи квалифицированных сопровождающих специалистов удается найти «золотую середину» с обязательным индивидуальным подходом к процессу коррекции ребенка, страдающего психическим расстройством.

Наличие у ребенка психического расстройства требует длительных лечебно-коррекционных мероприятий и ставит родителей перед необходимостью перестройки жизненного уклада и изменения некоторых мировоззренческих установок. Большое значение имеет повышение психологической грамотности родителей и формирование адекватной родительской позиции. Наш многолетний опыт работы с детьми, страдающими психическими расстройствами, показывает, что адекватная родительская позиция оказывает первостепенное влияние на результаты медико-психологической помощи этим детям, улучшает их развитие и поведение, увеличивая шансы успешной социальной адаптации.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И РАЗРЕШЕНИЯ СУПРУЖЕСКИХ КОНФЛИКТОВ В МОЛОДОЙ СЕМЬЕ

Сухарева Н.Ф., Киреева Е.В.

**ФГБОУ ВО «Мордовский государственный педагогический
институт имени М.Е. Евсевьева», Саранск, Россия**

Семья – важнейший институт социализации личности, исторической трансляции культурных, этнических, морально-нравственных ценностей. Семейная жизнь имеет первостепенное значение для человека, и от того, как она складывается, какую роль играют в ней конфликты, как они разрешаются, зависит физическое, психическое и психологическое благополучие абсолютно всех членов семьи.

Разные виды конфликтов на различных стадиях становления семьи имеют свои характеристики, стадии, динамику, особенности разрешения. Предупреждение и разрешение семейных конфликтов зависит от всех членов семьи, их умения управлять собой, уступать и идти на компромисс. Это не врожденные способности, они достигаются в результате упорной работы человека над самим собой, особенностей воспитания и обоюдного желания конструктивно преодолевать конфликты и сохранять теплые семейные взаимоотношения.

К сожалению, в последние годы в России статистика разводов неумолимо превышает показатели зарегистрированных браков. Одна из причин, на которую указывают бывшие супруги, – неумение разрешать возникшие в семейной жизни противоречия, ссоры, скандалы. Особенно это касается молодых семей, которые часто распадаются в течение первых трех лет совместной жизни супругов, не выдерживая бремени ответственности. Это обусловлено тем, что когда молодые люди решаются вступить в брак, они являются уже сформировавшимися личностями со своими, более или менее стабильными, чертами характера, привычками, вкусами, установками, взглядами, идеалами, ценностями. Молодым супружеским парам необходимо из двух различных «Я» создать систему «Мы». Это нелегкая задача, требующая толерантности, самопожертвования, умения идти на компромисс. От того, насколько молодые супруги сумеют адаптироваться, освоить новые роли, создать обстановку взаимопонимания и уважения, во многом зависит прочность супружества, создание благоприятного климата для дальнейшего развития семейных отношений.

Различия между супругами начинают проявляться во внутрисемейных взаимоотношениях в первые месяцы и годы существования семьи. В силу таких различий между членами семьи возникают противоречия, споры и даже конфликты, которые супругам приходится разрешать. На это обычно уходит много сил и времени, и далеко не всегда все вопросы и проблемы сразу удается решить. Семейные конфликты являются одной из самых распространенных форм конфликтов. Уникальность семейных отношений обуславливает не только специфику возникновения и протекания конфликтов в семье, но и особым образом отражается на социальном и психическом здоровье всех её членов.

Семейные конфликты – это противоборство между членами семей на основе столкновения противоположно направленных мотивов и взглядов (Фароян Г.Д., 2018). Самыми распространенными среди семейных конфликтов являются супружеские конфликты, основное содержание которых составляют межличностные отношения и правовые и нравственные обязательства (Демидов С.В. и др., 2014).

Конфликты можно разделить на два типа в зависимости от их решения. *Созидательный тип* – представляет собой определенное терпение в отношениях друг к другу, выдержку и отказ от оскорблений, унижения; поиск причин возникновения конфликта; взаимную готовность к ведению диалога, старание изменить сложившиеся отношения. Итог: налаживаются доброжелательные отношения между супругами, общение становится более конструктивным. *Разрушающий тип* – включает деструктивные проявления: оскорбление, унижение, насилие. Итог: исчезает взаимное уважение, общение друг с другом превращается в обязанность, часто неприятную (Ростовская Т.К., 2014).

Супружеские конфликты часто возникают из-за неудовлетворения потребностей супругов. Выделяют главные причины супружеских конфликтов: психосексуальная несовместимость; отсутствие взаимопонимания; неудовлетворение потребности в значимости своего «Я», неуважение чувства достоинства со стороны партнера; неудовлетворение потребности в положительных эмоциях: отсутствие ласки, заботы, внимания и понимания; ограничение свободы активности, действий, самовыражения члена семьи; наличие противоположных интересов, устремлений, ограниченность возможностей для удовлетворения потребностей одного из членов семьи (с его точки зрения); пристрастие одного из супругов к чрезмерному удовлетворению своих потребностей (алкоголь, наркотики, финансовые расходы только на себя); наличие трудноразделимых материальных проблем; авторитарное вмешательство родственников в супружеские отношения; неудовлетворение потребности во взаимопомощи и взаимопонимании по вопросам ведения домашнего хозяйства, воспитания детей и т.д.; различия в потребностях проведения досуга, увлечениях (Мазнева А.Г., 2017).

Возможными причинами отсутствия взаимопонимания могут быть такие, как разница в уровне образования, интеллектуального развития, жизненного опыта, воспитания обоих супругов; невладение одного или обоих супругов логикой доказательства своей правоты и неспособность одного из супругов убедить в чем-то другого супруга; неумение супругов слушать и понимать друг друга; неспособность переключать внимание во время разговора с собственных мыслей на то, о чем говорит партнер; стремление одного из супругов во что бы то ни стало доказать свою правоту другому супругу и взять верх над ним; уверенность одного или обоих супругов в безусловной правильности, непогрешимости собственной точки зрения; неумение одного или обоих супругов идти на компромисс, гибко, в зависимости от ситуации, менять стратегию и тактику общения друг с другом с учетом сложившихся условий; предубежденное отношение одного из супругов к другому.

Все названные причины могут действовать совместно и порознь. Вопросов, по которым между супругами расходятся мнения, много, и согласовать позиции по этим вопросам, добившись полного или частичного взаимопонимания, представляется весьма важным. Значимой является целенаправленная работа с молодыми семьями по предупреждению и разрешению конфликтов с целью сохранения физического, психического и психологического здоровья всех членов семьи: супругов, детей, а также старших поколений и других родственников.

Нами разработана социально-психологическая программа по информационно-консультационной работе с молодыми семьями, формированию навыков бесконфликтного общения, гармонизации отношений внутри семьи. Комплекс занятий способствует конструктивному разрешению конфликтных ситуаций в молодых семьях и в целом профилактике разводов. Задачи программы: 1) расширение возможностей взаимопонимания и толерантности между молодыми супругами; 2) выработка у членов семьи навыков конструктивного разрешения конфликтов; 3) формирование навыков взаимодействия по решению различных проблем; 4) расширение имеющихся знаний в области культуры семейных взаимоотношений; 5) привитие культуры межличностных отношений, основанных на любви и уважении друг к другу. Программа включает 12 тренингов с молодыми семьями по темам: «Знакомство и самопрезентация», «Понять партнера», «Принятие себя», «Эффективная критика», «Ты кричишь, я молчу», «Приказ – просьба», «Слышать и слушать», «Конструктивное разрешение конфликтных ситуаций», «Вопрос – ответ», «Выполнение семейных функций», «Ребенок в молодой семье», «Погода в доме». Реализация программы способствует укреплению и защите семьи, повышению её роли в жизни общества, профилактике и преодолению семейного неблагополучия. Все вышесказанное способствует реализации Концепции государственной семейной политики в РФ на период до 2025 г.

ОТНОШЕНИЕ К БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Таишева С.Ф., Минуллина А.Ф.

**Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Институт психологии и образования, Казань, Россия**

Актуальность. На сегодняшний день процедура экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) набирает особую популярность среди методов лечения бесплодия. За последние 25 лет успешность ЭКО вырос-

ла до 60%. Статистика удачных протоколов зависит от индивидуальных особенностей пациентов. Существует множество факторов, влияющих на процент вероятности благоприятного исхода данной процедуры. Качественное изучение медицинских и психологических особенностей пациента повышает шансы стать родителями. В связи с вышесказанным актуальность приобретает исследование типов отношения к беременности у пациенток, участвующих в программе ЭКО.

Цель: выявление типов отношения к беременности у пациенток, участвующих в программе ЭКО.

Объект исследования: отношение к беременности.

Предмет исследования: исследование типов отношения к беременности у пациенток, участвующих в программе ЭКО.

Данное исследование опиралось на предложенную И.В. Добряковой классификацию типов отношения к беременности, в которой тип отношения к беременности рассматривается как совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, её поведенческие стереотипы. В своей классификации автор опирается на понятие «гестационная доминанта», которая обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. В рамках классификации выделено 5 типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный.

Материал и методы. Для реализации поставленной цели было проведено эмпирическое исследование, направленное на выявление типа отношений к беременности. Эмпирическое исследование проводилось с 2 группами испытуемых. Первая группа (экспериментальная) включала беременных, участвующих в программе ЭКО. Выборка была сформирована на базе ООО «КМДЦ «Клиника Нуриевых» (Казань). Количество испытуемых составило 25 человек. Вторая группа (контрольная) состояла из беременных пациенток с естественной беременностью. Выборка проводилась в родильном доме № 3 им. В.С. Груздева при КГМУ (Казань), в отделении акушерской патологии беременности. Число испытуемых составило 25 человек.

В качестве методики исследования использовался «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова (см.: Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2006).

Полученные результаты. В группе беременных, участвующих в программе ЭКО, наиболее выражен «оптимальный» тип ПКГД. При данном типе женщины переживают беременность без лишней тревоги, ответственно относятся к своему состоянию и состоянию будущего ребенка. Ведут активный образ жизни, продолжают профессиональную деятельность, выполняют рекомендации врачей.

Наименее выраженным показателем является «депрессивный» тип ПКГД, при котором у беременных отсутствует сниженный фон настроения, у них редко возникают мысли о внешнем уродстве в связи с беременностью, сверхценные, бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, суицидальные мысли.

Наименее типичным для беременных с ЭКО является «тревожный» тип ПКГД. Данный тип характеризует беременную женщину излишне тревожной на момент протекания беременности, что влияет на её соматическое состояние здоровья. Тревога может быть оправданной и причинно-обусловленной (хронические заболевания, нарушенные семейные отношения, проблемы с социально-экономическим и бытовым аспектами семейной жизни). Нередко тревога коморбидна с ипохондричностью. В большинстве случаев неправильные действия со стороны медицинского персонала провоцируют усиление тревоги у беременных, такая тревожность расценивается как ятрогенная (связанная с неправильным оказанием медицинской помощи). При таком типе ПКГД беременные нуждаются в помощи психолога или психотерапевта. После рождения ребенка такие пациентки отличаются повышенной ответственностью, они не уверены в своих силах и возможностях правильно воспитать ребенка. Воспитание ребенка в виде доминирующей гиперпротекции, вынесение конфликта между супругами в сферу взаимодействия с ребенком обуславливает противоречивый тип воспитания.

Для группы пациенток с естественной беременностью наиболее характерны «оптимальный» и «эйфорический» типы ПКГД, а менее выраженным является «депрессивный» тип ПКГД. Для женщин с оптимальным типом гестационной доминанты свойственно ответственное отношение к беременности, без излишней тревоги. Часто отношения в семьях этих женщин зрелые и гармоничные, беременность является желанной для обоих супругов. В период беременности женщина придерживаются активного образа жизни, работают до ухода в декрет, занимаются любимыми делами, строго выполняют рекомендации врачей. Все назначения и обследования проходят своевременно и с удовольствием. Оптимальный тип ПКГД способствует формированию гармоничного стиля семейного воспитания.

Для женщин с эйфорическим типом ПКГД беременность часто служит способом манипулирования, изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом они демонстрируют окружающим безмерную любовь к будущему ребенку, преувеличивают недомогания и трудности, предъявляют к близким бесчисленные претензии, требуя от них повышенного внимания и исполнения прихотей. Такой тип, как правило, присущ женщинам с истерическими чертами личности и длительно лечившимся от бесплодия. Медицинские рекомендации и назначения они не всегда выполняют или относятся к ним формально, не прислушиваются к советам медработников. Супружеские конфликты могут выноситься в сферу воспитания.

При депрессивном типе ПКГД сниженное настроение часто обусловлено опрометчивыми высказываниями медицинского персонала. Женщина, мечтавшая о ребенке, неожиданно для всех начинает отказываться от желанного, так как не верит в себя, свои силы, свой организм, боится не выносить и умереть во время родов. Часто у женщин возникают мысли о своем «изуродованном» беременностью теле. Они высказывают опасения, что муж «бросит такую уродину», склонны к слезливости, сверхценным, бредовым ипохондрическим идеям, самоуничтожению, суицидальным мыслям. Вынесение и распространение конфликта происходит в сферу взаимодействия с ребенком. Встречающаяся эмоциональное отвержение и жестокое обращение, при этом мать испытывает вину, усугубляющее её состояние.

Выводы. У беременных пациенток, участвующих в программе ЭКО, наиболее выраженный показатель – «оптимальный» тип ПКГД, а наименее выраженный – «депрессивный» тип ПКГД. Для беременных женщин с естественной беременностью наиболее выраженными является «оптимальный» и «эйфорический» типы ПКГД, а менее выраженным – «депрессивный» тип ПКГД.

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СЕМЬЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Тарасова А.В., Куприянова И.Е., Аксенов М.М.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН, Томск, Россия

В связи с неуклонным ростом заболеваемости онкопатологией в настоящее время много исследований посвящено проблеме психических расстройств среди пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями. Но не стоит забывать, что наличие такого заболевания является серьезной психологической травмой не только для самого пациента, но и для его близких.

Зловещий диагноз «рак» может стать причиной развития психического расстройства у членов семьи и друзей онкобольного [3, 4]. Так, ещё в 1985 г. Oberst и James заметили, что «учиться жить, болея раком, не просто. Но, возможно, ещё сложнее жить рядом с человеком, страдающим от этой болезни». Понятие идентификации, отождествления человека со своей семьей и близкими приводит к тому, что родственник проходит все те же стадии психологического стресса, что и сам больной. Актуальность поставленной проблемы семьи онкологического пациента трудно переоценить, если учесть, что по статистике заболеваемость и смертность среди родственников в течение 1–2 лет после потери близкого увеличивается на 40–60 %, а по некоторым данным, возрастает почти вдвое [1, 2, 5].

Цель исследования: изучить структуру непсихотических психических расстройств у пациентов, являющихся членами семьи онкологического больного; оценить клинико-динамические и социально-психологические факторы, влияющие на формирование и развитие психологических реакций испытуемых; обеспечить высококвалифицированную персонализированную медицинскую помощь данной категории пациентов с акцентом на психотерапевтические мероприятия.

Материал и методы. Обследовано 28 пациентов, являющихся членами семей онкобольных, в возрасте от 26 до 54 лет, с диагностированными непсихотическими психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра (F4 по МКБ-10). Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический.

Обсуждение результатов. Состояние пациентов в наблюдаемой группе при госпитализации характеризовалось тревожно-депрессивной симптоматикой разной степени выраженности с разнообразными психовегетативными проявлениями и склонностью к ипохондрическим переживаниям. Данная симптоматика наблюдалась 1–6 месяцев. Ведущие жалобы пациентов: немотивированная тревога и страх развития онкологического заболевания. После установления диагноза онкопатологии у родственника пациенты начинали активно изучать литературу по данному вопросу, прислушиваясь к различным изменениям и ощущениям в своем теле, заниматься самодиагностикой и обследоваться у различных специалистов.

По шкале Спилбергера–Ханина ситуативная тревога при обращении в стационар у данных больных составляла 47 ± 3 балла. Выявленные расстройства отвечали критериям диагнозов по МКБ-10: расстройства адаптации с преобладанием различной симптоматики (19 пациентов), паническое расстройство (3), другие смешанные тревожные расстройства (2), соматоформное расстройство (4).

На начальном этапе ведущим методом лечения стала фармакотерапия, так как из-за выраженности тревожных переживаний проведение психотерапии было затруднено. По ходу лечения наблюдалась высокая настороженность и тревожность пациентов по отношению к применению психотропных лекарственных средств. Отдавая предпочтение более мягким препаратам с минимальным количеством побочных эффектов, многие выражали опасения по поводу негативного влияния психофармакологических препаратов на организм. Поэтому психотерапевтические мероприятия на данном этапе были направлены на стимуляцию приверженности пациентов к фармакотерапии и установление комплаенса между врачом и пациентом.

По достижении терапевтического эффекта в лечение включались различные психотерапевтические методики. Персонализированное психолого-психотерапевтическое (когнитивно-поведенческая терапия, нейролингвистическое программирование, визуализация, аутотренинг и арттерапия) сопровождалось индивидуально и в группах.

Пациенты демонстрировали хороший ответ на проводимые психотерапевтические мероприятия. Выраженный анксиолитический эффект наблюдался при использовании аутогенных тренировок с последующей визуализацией. В работе с иррациональными установками более эффективны методы когнитивно-поведенческой терапии. На фоне проводимого лечения наблюдалась положительная динамика, которая подтверждалась как редукцией клинических проявлений, так и по психологическим шкалам, в частности показатели ситуативной тревоги по шкале Спилбергера–Ханина снизились с 47 ± 3 до 25 ± 5 баллов, хотя изменения личностной тревоги были незначительны. На последнем этапе стационарного лечения основной акцент ставился на психосоциотерапевтических мероприятиях.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что проблема онкологических заболеваний имеет широкий спектр влияния и уходит далеко за пределы онкологического стационара и его пациентов. Семья онкобольного, пребывая в длительной стрессовой ситуации, подвержена высокому риску развития психических расстройств и требует особого внимания специалистов. Дальнейшее наблюдение за данной категорией пациентов и оказание им лечебно-профилактической помощи позволит детально изучить особенности их психологических реакций и повысить качество реабилитационных и превентивных мероприятий.

Литература

1. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. – № 1 (5). – С. 5–13.
2. Семке В.Я. Психогении современного общества. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – 407 с.

3. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Ц., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н. Развитие сибирской психоонкологии. – Томск: Изд-во ТГУ, 2008. – 198 с.
4. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. – 2010. – Вып.1. – С. 91–100.
5. Okamura M., Yamawaki S., Akechi T. et al. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life // Jpn J Clin Oncol. – 2005. – Vol. 35 (6). – P. 302–309.

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ У РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ РЕТТА

Тимуршина А.З.

**Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Институт психологии и образования, Казань, Россия**

Актуальность. Синдром Ретта (СР) является орфанным генетическим заболеванием, сцепленным с X-хромосомой и влекущим за собой нарушение нервно-психического развития с последующей утратой уже приобретенных навыков. СР впервые был описан австрийским педиатром Андреасом Ретта в 1966 г. при обследовании групп девочек (Мухин К.Ю. и др., 2010). Заболеванию подвержены преимущественно девочки, однако очень редко встречаются случаи данного заболевания и у мальчиков. Частота среди популяции в зависимости от региона составляет 1:10 000–1:15 000 девочек (Кривушев Б.И. и др., 2016).

По данным Минздрава России, на 2016 г. зарегистрировано 360 случаев синдрома Ретта, хотя количество человек должно составлять примерно 2–3 тысячи, соотнося с численностью проживающих в стране. Актуальность связана с тем, что родители, воспитывающие детей с синдромом Ретта, сталкиваются с трудностями как на этапе постановки диагноза, так и в дальнейшем, что в целом отражается на их психическом и физическом здоровье. Поэтому им необходима психологическая поддержка, включающая сознание своих защитных реакций и научение более конструктивным способам преодоления стресса.

Целью исследования является выявление особенностей копинг-стратегий, а также определение взаимосвязи между используемыми копингами, которые используют родители таких детей.

Методы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методики: Проактивное совладающее поведение (РСІ) Э. Грингласа и Р. Шварцера, Способы совладающего поведения Р. Лазаруса и С. Фолкман.

Материал. Исследование родителей проводилось на базе ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан» г. Казани в рамках «Школы пациентов» для родителей, воспитывающих детей с синдромом Ретта, а также в ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г. Казани. В исследовании принимали участие 46 родителей, из них 21 воспитывают детей с синдромом Ретта.

Результаты. Полученные по методике «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса данные свидетельствуют о том, что группе родителей, на попечении которых находятся дети с синдромом Ретта, более свойственно подавлять свои эмоции, ориентироваться на помощь со стороны, тщательно анализировать проблемные ситуации и искать выход из них. Эти родители пытаются скрывать от окружающих свои переживания, стремятся контролировать поведение за счет точного планирования своих действий с учетом объективных условий, имеющих ресурсы и прошлого опыта. Тем не менее им необходима эмоциональная поддержка окружающих, они стремятся быть выслушанными и понятыми, разделить свои переживания и проблемы с кем-либо в трудные минуты, ожидая внимания и сочувствия. Кроме того, они склонны обращаться за помощью и необходимой информацией к экспертам, врачам и знакомым. В стрессовых ситуациях такие родители для быстрого снижения эмоционального напряжения могут начать избегать проблемы, отрицая их либо переосмысливая, рассматривая как стимулы для личностного роста. Группе родителей, воспитывающих здоровых детей, в отличие от родителей детей с синдромом Ретта, более характерны враждебность и импульсивность в поведении, трудности в планировании действий и прогнозировании результата. Они склонны уходить от возникших проблем путем снижения их значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее.

Выявлены различия среднего показателя по методике «Проактивное совладающее поведение» между родителями, воспитывающими детей с синдромом Ретта, и родителями детей без признаков данного заболевания по следующим шкалам: «рефлексивное преодоление», «превентивное преодоление» и «поиск инструментальной поддержки». Родителям детей с синдромом Ретта свойственно путем анализа ситуации и сопоставления её с предыдущим опытом справляться со стрессом. Также для совладания со стрессом родители, воспитывающие детей с синдромом Ретта, стремятся к поддержанию отношений с социальным окружением для получения различной помощи. У родителей, воспитывающих здоровых детей, в большей степени развита способность предвосхищать потенциальные стрессоры до их наступления.

Так как рассчитанное значение t-критерия Стьюдента больше критического, сделан вывод, что наблюдаемые различия между родителями, воспитывающими детей с синдромом Ретта, и родителями здоровых детей, полученное по методике «Проактивное совладающее поведение» Грингласа и Шварцера статистически значимы ($p=0,05$). Выявлены значимые различия по шкале «стратегическое планирование». Высокие результаты говорят о склонности родителей, воспитывающих детей с синдромом Ретта, генерировать предполагаемый план действий, в котором наиболее масштабные цели подразделяются на подцели для более вероятного достижения успеха.

Для выявления взаимосвязи между копинг-стратегиями поведения у родителей, воспитывающих детей с синдромом Ретта, использовался метод корреляционного анализа (коэффициент линейной корреляции по Пирсону). Интерпретации были подвергнуты только значимые корреляционные связи ($p=0,001$), так как интерес представляют лишь существенные связи между компонентами.

Способность родителей, воспитывающих детей с синдромом Ретта, достигать поставленные цели, способствует: 1) повышению уровня самоконтроля (0,65, $p=0,001$), который предполагает справляться с негативными переживаниями за счет сдерживания своих эмоций для минимизации их влияния на поведение; 2) повышению уровня по шкале «планирование решения проблемы» (0,70, $p=0,001$), подразумевающей анализ проблемной ситуации и выбор оптимальной стратегий для её разрешения с учетом объективных условий и положительного прошлого опыта; 3) повышению уровня «положительной переоценки» (0,71, $p=0,001$), которая предполагает попытки справиться с фрустрирующей ситуацией за счет её позитивного переосмысления, рассмотрения с точки зрения личностного роста и самосовершенствования; 4) повышению уровня по шкале «конфронтация» (0,76, $p=0,001$), которая предполагает находчивость при разрешении проблемных ситуаций и умение отстаивать собственные интересы.

Результаты, полученные в исследовании, позволяют сделать следующие выводы. Высокий уровень целеполагания и смысла жизни в группе родителей, воспитывающих детей с синдромом Ретта, обусловливает сдерживание ими своего эмоционального реагирования, реализацию целенаправленного анализа ситуации и её положительное переосмысление, а также стремление к конфронтации, чтобы отстаивать свои интересы. Родители, воспитывающие детей с синдромом Ретта, создают более четко продуманный план действий для реализации своих целей.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ РЕБЕНКА-ПАЦИЕНТА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Трушкина С.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Исследования и клиническая практика свидетельствуют о том, что семьи, имеющие детей с нарушениями психического здоровья, зачастую обладают особенностями, отличающими их от среднестатистической семьи. В первую очередь это относится к высокой степени подверженности членов семьи стрессу в связи с заболеванием ребенка. Сам факт выявления психического заболевания у ребенка и выставления ему соответствующего диагноза в большинстве случаев становится высоко значимым стрессогенным событием в жизни семьи и отдельных её членов. Длительное, часто многолетнее течение психического заболевания у ребенка выступает в качестве хронического психотравмирующего фактора. Эмоциональная обстановка в семье может осложняться в связи с колебаниями состояния ребенка, имеющего нарушения психического здоровья, – от вселяющих надежду улучшений к вновь повторяющимся обострениям и проблемному поведению.

Психическое заболевание у ребенка накладывает на семью «бремя болезни» – целый спектр жизненных ограничений, связанных с физическими и эмоциональными перегрузками, финансовыми затруднениями, сужением жизненных перспектив, вынужденным отказом от карьеры/профессии, снижением времени для досуга, отдыха и собственного развития. Всё это сказывается на физическом и психическом состоянии членов семьи. В таких обстоятельствах логично предположить высокую распространенность психических расстройств пограничного уровня у членов семей психически больных детей. В случае обращений родителей с жалобами на свое здоровье к неврологам и психиатрам последними констатируются расстройства депрессивного и тревожно-фобического круга, психосоматические расстройства, астения, повышенная чувствительность и т.п. В этиологии этих заболеваний значимую роль играет и генетически обусловленная семейная предрасположенность к подобным нарушениям и состояниям.

Психологи и психотерапевты отмечают у родителей и других членов семьи психически больных детей эмоциональные и личностные проблемы: острые переживания чувств вины, стыда, гнева, разочарования; болезненное ощущение потерь – былого благополучия, жизненных планов и надежд для себя и ребенка, социального статуса семьи; враждебность, которая может проявляться к другим членам семьи, специалистам или ребенку как источнику всех бед; страхов, связанных

с отдаленным будущим для себя, заболевшего ребенка, других детей в семье и судьбы всей семьи в целом. У родителей психически больных детей может снижаться самооценка – общая или в сфере материнства/отцовства. Есть данные о преобладании психологических защит, неадекватных поведенческих стратегиях, искажении родительских установок на ребенка и его заболевание. В субъективных оценках родители склонны утяжелять или, наоборот, облегчать, вплоть до полного отрицания, выраженность психиатрической симптоматики у ребенка. Это влияет на вероятность их обращения за психиатрической помощью для ребенка, на ожидания от лечения и готовность к терапевтическому комплаенсу. Ригидные неконструктивные установки в ряде случаев обуславливают неосознаваемое противодействие родителя улучшению состояния ребенка. Перечисленные психологические проблемы родителей определенным образом меняют их поведение, влияя на коммуникативный и воспитательный стили и обуславливают появление вторичных эмоциональных и поведенческих проблем у ребенка.

Опыт проведения родительских групп в психиатрическом учреждении показывает, что состояние психического здоровья родителя, степень его вовлеченности в проблемы ребенка, уровень комплаентности со специалистами психиатрических служб часто зависят от длительности течения заболевания у ребенка и времени пребывания родителя в психотравмирующей ситуации. Родители 4–5-летних детей с недавно выставленным диагнозом, несмотря на эмоционально-стрессовую нагрузку, показывали высокую вовлеченность в проблему, активный поиск возможностей и способов помочь ребенку, относительно высокий уровень оптимизма и энтузиазма. Родители подростков, болеющих более 7 лет, демонстрировали узнаваемую картину эмоционального выгорания. Им были в большей степени свойственны хроническая усталость, душевная опустошенность, отстраненность от ребенка, нередко – враждебность к нему, неверие в психиатрическое лечение и возможность наступления стойкого улучшения, заметное ухудшение их психического и соматического здоровья, а в части случаев – алкоголизация. Такое состояние родителя рикошетом ударяет по объему и качеству психиатрической помощи, оказываемой ребенку.

Важно отметить, что далеко не все родители в ситуации психической болезни ребенка подвержены выраженным психологическим проблемам, во всяком случае – длительное время. Многие находят в себе силы и возможности самостоятельно справиться с ними и адаптироваться к изменениям. Тем не менее значительная часть семей остается в числе остро нуждающихся в помощи специалистов психиатрического, психологического и психотерапевтического профиля.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ С ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ У ОДИНОКИХ ЖЕНЩИН, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б.

**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан**

Введение. Депрессивное расстройство является распространенным заболеванием в широком спектре аффективных расстройств. Депрессия независимо от культуральных и социально-экономических показателей является наиболее часто встречающимся заболеванием у женщин (в 2 раза чаще, чем у мужчин).

Цель. Изучение корреляции «Шкалы одиночества» и «Шкалы депрессии Готланда» у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Материал и методы. Проведено тестирование 20 женщин, которые злоупотребляли алкоголем. Основным методом был экспериментальный психопатологический с применением опросников «Шкала одиночества» и «Шкала депрессии Готланда».

Результаты исследования. Исследование корреляции опросников «Шкала одиночества» и «Шкала депрессии Готланда» проводилось как до начала терапии, так и после лечения. Проведено сравнительное изучение полученных показателей в результате первого и повторного тестирования. Так, при поступлении у 10% пациенток выявлялся низкий уровень одиночества, что коррелировало с наличием субдепрессивного состояния по «Шкале депрессии Готланда». У 60% пациенток обнаружен средний уровень одиночества, соответствовавший наличию субдепрессивных и депрессивных расстройств. У 30% женщин определялся высокий уровень одиночества, что коррелировало с депрессивными расстройствами по «Шкале депрессии Готланда». После проведения медикаментозной и психотерапевтической коррекции при повторном тестировании получены следующие результаты. Низкий уровень одиночества зарегистрирован у 20% пациенток и соответствовал наличию субдепрессивных состояний по «Шкале депрессии Готланда». Средний уровень одиночества сохранился на прежнем уровне (60%), что коррелировало с наличием субдепрессивных и депрессивных расстройств. Имел тенденцию к снижению высокий уровень одиночества: с 30% до 20% пациенток, у которых было выявлено наличие депрессивных расстройств по «Шкале депрессии Готланда».

Выводы. Таким образом, нами была изучена корреляция между «Шкалой одиночества» и «Шкалой депрессии Готланда» в исследовательской группе одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем.

Следует учитывать, что ситуационно-психологический фактор в виде одиночества влияет как на течение аффективных нарушений, так и алкоголизма. Выявление данной корреляции будет полезно при проведении дифференцированной психотерапии с выделением основных психотерапевтических «мишеней» – одиночества и депрессии.

ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННАЯ СВЯЗЬ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ С СОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ

Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б.

**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан**

Актуальность. Наркомания продолжает сохранять ведущие позиции в ряду самых актуальных проблем современной аддиктологии. Во многих регионах отмечается неуклонное «омоложение» больных наркоманией.

Цель исследования – изучение факторов риска формирования героиновой наркомании.

Материал и методы. Обследовано 22 больных с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиатов» (F11). Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический.

Результаты. Средний возраст потребителей героина составил $26,4 \pm 0,6$ года. В группе обследованных доля мужчин (81,81%) превосходила число женщин (18,18%). Изучение факторов становления и формирования опиной наркомании позволило выявить в их числе социально-психологические, такие как микросоциальная среда в детстве (условия и виды воспитания), наследственная отягощенность. Изучение микросоциальной среды в детстве показало, что большинство опиоидных наркоманов выросли в неполных семьях с одним родителем (63,63%), из них 13,63% воспитывались приемными родителями. Более половины пациентов проживали в семьях с патологизирующими стилями воспитания (54,54%): с гипоопекой и отсутствием родительского контроля (27,27%) и по типу «кумира» семьи со вседозволенностью и потворством (13,63%). Около 36,36% пациентов имели наследственную психопатологическую отягощенность (18,18% – алкоголизм, 13,63% – наркомания).

Выводы. В формировании героиновой наркомании в обследованной группе пациентов имела значение совокупность неблагоприятных социально-психологических факторов (воспитание в неполных семьях, аномальные типы воспитания, наследственная отягощенность).

СЕМЬЯ КАК ФАКТОР РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Уласень Т.В.¹, Окружнова Т.В.², Пахомова Т.Ю.²

¹ **ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск, Россия**

² **ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница», Смоленск, Россия.**

Введение. Родительская семья – наиболее важный фактор, предопределяющий оптимальное психосоциальное, физическое и психическое развитие ребенка. К сожалению, в последнее время участились случаи, имеющие тяжкие и далеко идущие последствия для здоровья подрастающего поколения – семейного насилия, аномальных отношений в семье (недостаточность эмоционального тепла в отношениях, конфликтные отношения между взрослыми), аномальных качеств воспитания (родительская гиперопека, неадекватный родительский контроль, социальная депривация, неадекватное родительское давление).

По результатам международных исследований установлена высокая зависимость между насилием, перенесенным до 18 лет, и поведением, наносящим вред здоровью в последующие годы (Fellitti et al., 1998; Ramiro et al., 2010; Raleva et al., 2013; Quirjako et al., 2013; Baban et al., 2013; Bellis et al., 2013). Как свидетельствуют полученные из многоцентровых исследований данные, эмоциональное насилие в 3 раза повышает вероятность злоупотребления алкоголем/наркотиками и в почти 12 раз – вероятность попыток самоубийства. Физическое насилие в 4 раза увеличивает вероятность употребления наркотиков и в 3 раза попыток самоубийства. Сексуальное насилие в 3 раза повышает вероятность рискованного сексуального поведения (большое число партнеров), попыток самоубийства и злоупотребления алкоголем (ВОЗ, 2014).

В связи с этим изучение особенностей семейного окружения, стилей родительского воспитания и характера перенесенного детьми и подростками травматического опыта являются необходимым условием для понимания причин, обуславливающих и поддерживающих формирование девиантного поведения и «девиантного родительства».

Цель – изучить структуру психических нарушений и особенности детско-родительских отношений у детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в детском психиатрическом отделении в связи с аутоагрессивным поведением.

Материал исследования. Выборочно (с указанием на аутоагрессивное поведение) в 2017–2018 гг. обследовано 20 подростков 11–15 лет, госпитализированных в детское отделение ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница».

Средний возраст подростков – 13,05±2,03 года. Семейный статус обследованных: подростки, находившиеся под официальной опекой и попечительством – 7 человек (35%); подростки, проживающие в кровных семьях – 13 (65%). Причем 4 подростков вследствие нарушенных внутрисемейных и детско-родительских отношений проживали не с кровными родителями, а с другими ближайшими родственниками. У родителей 9 подростков отмечалась алкогольная зависимость, у 2 – психические заболевания, в 1 случае – суицидальный анамнез.

Выявлена следующая структура и частота психических нарушений, сопровождающихся аутодеструктивным поведением у курируемых подростков: смешанное расстройство эмоций и поведения – 14 случаев (из них в 5 случаях выявлена пограничная интеллектуальная недостаточность); расстройства адаптации – 4 случая; депрессивный эпизод – 1 случай; острая реакция на стресс – 1 случай.

Методы. Клинико-психопатологический метод включал обследование психиатром, неврологом, окулистом. Использовано полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей (ПИВППСД), разработанное на основании симптомов посттравматического стрессового расстройства по DSM-IV.

Классическое психодиагностическое обследование детей и подростков дополнено следующими тестами: опросником «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR – сокращенно, подростки о родителях); опросником для определения склонности к девиантному поведению (СДП), разработанный Э.В. Леусом, А.Г. Соловьевым, П.И. Сидоровым (2012) и прошедшим процедуру адаптации и стандартизации; семейной социогаммой. В случае наличия суицидоопасных реакций у госпитализированных детей для уточнения актуального состояния применялась «Карта риска суицида», проводился в обязательном порядке анализ факторов антисуицидального барьера.

Родителям/опекунам детей с суицидальным поведением предлагалось также пройти психодиагностическое обследование по следующим методикам: тест-опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1981–1982); анкета «Психологический тип родителя» (Ткачев В.В., 1996), семейная социогамма (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 1999).

Результаты. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте встречаемости у подростков, госпитализированных в стационар в связи с аутоагрессивным поведением, смешанных расстройств эмоций и поведения и расстройств адаптации. По характеру аутодеструктивное поведение характеризовалось следующими особенностями: 2 истинных суицидальных попытки (случаи пренебрежения в семье

и переживаемого одиночества); 3 случая импульсивного характера (из них 2 эпизода буллинга и 1 – враждебного отношения к ребенку в семье); в 7 случаях отмечался шантажно-демонстративный тип поведения; с преимущественным вовлечением в деструктивные группы – 4; в 4 случаях – аутодеструктивное поведение с целью «переключения психической боли на физическую».

Несмотря на внешне заявленный «благополучный стиль» родительского воспитания, в большинстве случаев подростками отмечены «пренебрежение», гиперопека со стороны родителей, конфликтные отношения между взрослыми в семье. Методикой ADOR превалярующими типами родительского воспитания подростками отмечены «непоследовательность» – 9 случаев, «враждебность» – 6, «автономность» – 3, «директивность» – 2. «Аутодеструктивное поведение» у обследуемых подростков по опроснику Леуса имело значение $16,46 \pm 3,43$, что соответствует группе риска по суицидоопасному состоянию. Использование у подростков методики «Семейная социограмма» выявило значительную психологическую дистанцию между членами семьи. Методикой диагностики родительского отношения превалярующими стилями являются «отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация». Однако большинство родителей отказалось от предложенного психологического тестирования, мотивируя несогласие «отсутствием проблем в семейном воспитании».

Выводы. Полученные данные по изучению аутоагрессивного поведения у подростков свидетельствуют о наличии выраженных нарушений в системе «ребенок – родитель/ли» (в большинстве случаев пренебрежение, частые конфликты между родителями, аномальные стили родительского воспитания). Работа только с одним ребенком является недостаточно верной тактикой, поскольку требуется диагностика и коррекция системы детско-родительских отношений в целом, направленная на формирование приемлемого поведения у всех членов семьи и научение навыкам взаимопонимания. Оказание психолого-психотерапевтической помощи в стационарном отделении носит краткосрочный характер (10 занятий с подростками и 3–4 – с родителями). После выписки эти семьи должны направляться на дальнейшее длительное психолого-социальное сопровождение в учреждения образования и социальной защиты, так как коррекционная работа напрямую с семьей не относится к компетенции здравоохранения. Таким образом, необходимо отметить важность совместной межведомственной профилактической работы «девиантного родительства», являющегося в некоторых случаях первичной профилактикой девиантного поведения детей и подростков.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МОЛОДЕЖИ И РЕАКЦИЯ НА СОЦИАЛЬНЫЕ СТРЕССЫ (ИЗ ОПЫТА ИССЛЕДОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ)

**Урываев В.А.¹, Исаханов А.Л.¹, Гаврилова Ю.А.¹,
Сысоева О.В.², Золотарева В.В.¹**

¹ **Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль, Россия**

² **Дальневосточный государственный медицинский университет,
Хабаровск, Россия**

Социально-экономические изменения, происходящие в нашей стране за последние четверть века, безусловно, несут характер социально-стрессовых изменений, хотя бы по параметру скорости трансформации социально-политической реальности.

Материал и методы. Пытаясь оценить характер и выраженность влияния этих изменений на формирование личности молодежи (на её личностные и интеллектуальные качества), мы провели статистическое сравнение более чем 50 психодиагностических характеристик двух групп студентов-медиков с интервалом в 24 года. Фактически мы получили данные для сравнения психологических характеристик двух поколений, сформировавшихся в различные периоды становления российского общества.

В данной публикации приведено сопоставление результатов: личностного опросника Р. Кеттелла (16 показателей), теста структуры интеллекта Р. Амтхауэра (16 показателей), проективного теста ММИ – «Методика мотивационной индукции» Ж. Ньютона (20 показателей). Всего в статистику было включено 52 показателя у испытуемых двух групп (группы – по 100 человек, в каждой юношей – 40 человек и девушек – 60 человек, испытуемые – студенты-медики, второй курс лечебного факультета ЯГМУ). Их психологические особенности формировались в различные периоды развития нашего общества.

Обсуждение результатов. Первая группа студентов-медиков прошла тестовые испытания в начале 90-х годов прошлого века. Это молодые люди, родившиеся в самом начале 70-х годов («преперестроечное» поколение) и заставшие в своем развитии развернутые программы социальной поддержки семьи и детства (такие как ясли, детсад, школа и пионерская организация). Родители их в те годы имели место работы и постоянный заработок, матерям оказывалась специальная социальная поддержка (например, «молочные кухни» для матерей с малолетними детьми и др.), безработицы, по существу, не было.

Вторая группа студентов-медиков прошла тестирование во второй половине 10-х годов XXI века (мы обозначили её как «пост-перестроечное» поколение). Это молодые люди, увидевшие свет на границе XX и XXI веков и сформировавшиеся в рамках современных реалий: неустойчивость заработка и наличия самого места работы, снижение места и роли дошкольных и школьных учреждений в организации жизнедеятельности семьи, выраженные и часто непредсказуемые (внезапные) социально-политические изменения, происходящие в обществе и пр.

В изложении результатов мы ограничимся анализом факторизации данных и сосредоточимся в анализе на сравнении психологических характеристик, вошедших в главный фактор.

1. В обеих группах полученный фактор, безусловно, определяется как «интеллект», и эта его определяющая характеристика, по нашему мнению, психологически понятна. Ядро (статистически значимые величины корреляций) составляют характеристики отдельных субтестов и производных показателей теста структуры интеллекта Р. Амтхауэра (в первой группе в фактор вошли 15 из 16 показателей этого теста, во второй группе – уже все 16 из 16).

К указанным показателям и в той, и в другой группе присоединяется фактор В из личностного опросника Р.Б. Кеттелла (В – «высокие способности к абстрагированию, сообразительность, быстрое схватывание информации, приспособляемость, рассудительность»).

Подчеркнем, что в группе «пре-перестроечной молодежи» перечисленными выше психологическими характеристиками список статистически значимых величин практически исчерпывается, оставляя нам для анализа только один показатель – «временной перспективы» по Ж. Ньютену (обсуждается в п. 4 тезисов).

В то же время в группе «пост-перестроечной» молодежи список психологических характеристик, помимо интеллектуальных, значительно расширяется за счет включения личностных характеристик.

2. Сформулируем то, что нам представляется исключительно важным, исчерпав ресурсы собственно «интеллектуальной сферы» в адаптации к изменяющейся среде. Фактор «интеллекта» усиливается за счет личностных характеристик (интерпретация личностных характеристик приведена нами с учетом превалирования того или иного «полюса»): I – «стойкость» (независимость, практичность, отвержение иллюзий, циничность, практичность в делах и реалистичность оценок), N – «прямота» (беспокоится по поводу практических потребностей, живет повседневными проблемами и интересами, избегает каких-либо хитростей, отличается зрелостью суждений, уравновешенностью, здра-

вомыслием); Q4 – «низкое напряжение» (апатичность, нефрустрированность, спокойствие, «философское» отношение у удачам и неудачам, ослабление стремления к достижениям и переменам, невозмутимость, спокойствие); O – «уверенная адекватность» (беззаботный, самодовольный, уверенный в своих возможностях, бодрый, жизнерадостный, адекватный, нечувствительный к одобрению или неодобрению со стороны окружающих).

3. Увеличение (можно сказать, «обогащение») объема ведущего фактора происходит и за счет вовлечения в процесс адаптации ценностно-мотивационной сферы (на исследование этой сферы направлен методика Ж. Ньюттена). В группе «пре-перестроечной» молодежи ни один показатель, полученный по методике ММИ, не вошел в главный фактор, тогда как в группе «пост-перестроечной» молодежи вошел показатель «R3» – «учеба, подготовка к будущей продуктивной деятельности». Другими словами, «пост-перестроечное» поколение не только более реалистично в организации адаптационной активности, но и, безусловно, более прагматично (находясь на студенческой скамье, закладывает себе фундамент будущего профессионализма – начиная со второго курса).

4. Методика Ж. Ньюттена включает в себя, как важнейший элемент, оценку «субъективной временной перспективы личности». Здесь мы также наблюдаем различия между поколениями. Так, у «пре-перестроечного» поколения ценности мотивации собственной деятельности отнесены в целом к периоду взрослости («А»), тогда как у «пост-перестроечного поколения» доминирует мотивация к активности «здесь-и-сейчас» («Т»).

Заключение. Таким образом, мы можем утверждать, что сопоставление основных психологических характеристик молодежи двух поколений демонстрирует формирование выраженных «прагматических» стратегий адаптации у «пост-перестроечного» поколения при одновременном сохранении интеллектуальных усилий как ведущих в адаптации к профессиональному обучению. Кроме того, «пост-перестроечное» поколение в выраженной степени более прагматично и ориентировано на активность «здесь-и-сейчас». Согласно нашим данным, такая коррекция активности ведет к снижению общих показателей нервно-психического напряжения в студенческой среде (снижение показателей «соотнесенной фрустрационной напряженности» по Ф.Б. Березину).

ВЫЯВЛЕНИЕ, ВОПРОСЫ ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Фисик М.В., Дмитриева М.А., Пичугин И.Н.

Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1

Филиал № 7, Красноярск, Россия

Актуальность. Проблема психического здоровья детей является одним из приоритетных направлений в психиатрии. Большое значение уделяется профилактике, раннему выявлению психических расстройств у детей. Вместе с тем в литературе широко обсуждается влияние детско-родительских отношений на эмоциональное состояние и психологическое здоровье детей, изучаются причинные факторы нарушений психического здоровья.

Целью настоящего исследования являлось изучение результатов диспансеризации детей в течение 3 лет с 2016 по 2018 г., проведённой в г. Ачинске детскими психиатрами, в возрастных группах от 6 до 17 лет (6, 10, 12, 14, 15, 16, 17 лет).

Осмотр проводился детскими психиатрами в составе бригады врачей специалистов по месту нахождения детей: в детских садах, школах, учебных заведениях среднего профессионального обучения, а также непосредственно в диспансерном отделении при обращении. Основной задачей проведения профилактических осмотров детей было выявление психических расстройств, дезадаптирующих факторов в семье или учебном заведении с целью дальнейшей превентивной работы для повышения устойчивости психического здоровья. Данная работа отвечает принципам ранней первичной профилактики психического здоровья (Семке В.Я., 1999).

В течение 3 лет было осмотрено 16 306 детей. У подавляющего большинства детей не было выявлено психических расстройств: от 97,9% до 93,3%. Результаты осмотров отражены в таблицах 1 и 2.

Т а б л и ц а 1

Нозологическая структура выявленных психических расстройств у детей 6, 10, 14 лет в 2016-2018 гг.

Возраст 6, 10, 14 лет	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Психически здоровые	5741/ 97,9%	2619/ 93,7%	1782/ 93,3%
Умственная отсталость (легкая и умеренная)	36	56	45
Специфические расстройства развития, расстройства речи и интеллекта, общие расстройства развития	24	16	16

Т а б л и ц а 2

Нозологическая структура выявленных психических расстройств у подростков 15, 16, 17 лет в 2016-2018 гг.

Возраст 15, 16, 17 лет	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Психически здоровые	2364/ 98,95%	1637/ 98,67%	1677/ 99,11%
Умственная отсталость (легкая и умеренная)	20	13	13
Синдром зависимости от ПАВ	1	-	-
Несоциализированное расстройство	2	1	2
Легкое когнитивное расстройство	2	3	2
Расстройства адаптации	10	12	16

По результатам проведенных профилактических осмотров дети были распределены на 2 группы. К I группе «риска» были отнесены дети, которые отмечали частые конфликты в семье, затруднения в общении с противоположным полом, сообщали о ситуациях «несправедливого отношения, незаслуженного наказания, унижения». Во II группе «суицидального риска» были включены дети, отмечающие у себя суицидальные мысли, суицидальные попытки.

Т а б л и ц а 3

Нозологическая структура выявленных психических расстройств у подростков 15, 16, 17 лет в 2016-2018 гг.

Группа	2016 г.	2017 г.	2018 г.
I группа «риска»	10	12	16
II группа «суицидального риска» (суицидальные мысли, суицидальное поведение)	4	2	7

Для работы с этими детьми были привлечены школьные психологи, психологи филиала, психотерапевт, детский психиатр, сотрудники дневного стационара филиала. Обратилась в диспансерное отделение филиала только половина детей с родителями. Были взяты на диспансерное наблюдение как «суицидально-опасные» в группу активного динамического наблюдения 4 человека в 2016 г. в связи с совершением суицидальных попыток. Все они прошли курс лечения в дневном стационаре, в последующем суицидальных попыток не выявлено. В 2018 г. был взят под наблюдение 1 человек. В целом в результате проведения диспансеризации детям с выявленными психическими расстройствами и психологическими реакциями была оказана психологическая, медикаментозная, психотерапевтическая помощь в рамках превенции суицидального поведения. Недостатками таких профилактических осмотров по месту учебы детей является чрезмерно большой объем работы за непродолжительное время, что снижает качество осмотров.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ФОНЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Хаятов Р.Б., Тиллавова Ю.М., Исрофилова С.Р.

**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самарканд, Узбекистан**

Результаты многочисленных исследований показывают, что у лиц, страдающих посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР), зависимость от алкоголя встречается в 2–3 раза чаще в сравнении с общей популяцией. Нарушение правил реабилитации и несостоятельность психологической поддержки после перенесенного ПТСР приводит к социальной дезадаптации с формированием аффективных расстройств, которые являются факторами, провоцирующими злоупотребление алкоголем.

Цель работы: изучить клинико-психологические особенности формирования и течения алкоголизма у больных, страдающих ПТСР, с целью оптимизации противорецидивного лечения алкогольной зависимости.

Материал и методы. На базе Самаркандского областного наркологического диспансера обследовано 38 больных алкоголизмом на фоне ПТСР в возрасте от 40 до 60 лет, злоупотреблявшие алкоголем от 10 до 15 лет, в средней суточной дозе 400–500 мл. Больные жаловались на вспыльчивость и раздражительность, повышенную импульсивность, плохое настроение, дисфоричность, снижение инициативы и жизненных интересов. Все вышеперечисленные жалобы привели к увеличению частоты рецидивов запоев во время проведения противоалкогольной терапии.

Результаты. Установлена функциональная взаимосвязь посттравматического стрессового расстройства с формированием и течением алкогольной зависимости. В соответствии с опросом пациентов вначале они употребляют алкоголь с целью уменьшить проявления симптоматики посттравматического стрессового расстройства. Хотя это не приводит к желаемому результату: вследствие употребления алкоголя формируется порочный круг. После развития синдрома зависимости симптомы, возникающие в результате отмены алкоголя, могут обострять симптомы посттравматического стрессового расстройства, тем самым провоцируя развитие рецидива их употребления. В ряде случаев пациенты употребляли алкоголь, стремясь оборвать это нарастающее усиление реакции на стресс.

Выводы. Алкогольный абстинентный синдром у больных алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР, по сравнению с больными алкогольной зависимостью без коморбидной патологии протекает более длительно, с преобладанием выраженного психопатологического компонента. Для больных алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне посттравматического стрессового расстройства, дифференцированные программы психофармакотерапии должны строиться с учетом психопатологического своеобразия коморбидной патологии. Важным фактором в профилактике обострений является длительная постоянная противорецидивная терапия. Психотерапевтическое лечение больных алкогольной зависимостью, сформировавшейся на фоне ПТСР, должно включать оценку с последующей проработкой патологических реакций, вызванных стресс-факторами.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ МАЛЬЧИКОВ

Хитрук Е.Б.

**Национальный исследовательский Томский государственный
университет, Томск, Россия**

Российские ученые только подходят к осознанию значимости исследований мальчишества как социокультурного феномена, уделяя мальчикам внимание по большей части в контексте психолого-педагогических (О.И. Ключко, А.К. Джашакуева, С.Г. Доставалов) и сугубо медицинских (Т. Кожуховская, Д.Н. Лебедев, Е.В. Соснин, Н. Райгородская) вопросов. Однако западные исследователи выделяют «мальчишество» в качестве одной из центральных тем современной гендерной теории (У. Поллак, Р. Коннелл, Д. Гарбарно, М. Киммел). В рамках специальных «мальчишеских исследований» (Boyhood Studies) поднимаются проблемы насилия и эмоциональной закрытости в мальчишеской среде, деструктивных поведенческих практик, репрессивного воздействия «мальчишеского кодекса», свода мифов и правил мальчишеской культуры, имеющих архаические истоки (Э. Бадентэр, Д. Гилмор).

Главной причиной современных мальчишеских проблем представители Boyhood Studies признают ориентацию на устаревшие представления, согласно которым мужественность рассматривается как сущностная противоположность женственности и связывается с болезненным дистанцированием от так называемых женских характеристик, большая часть из которых имеет общечеловеческий универсальный характер (эмоциональность, открытость, забота о потомстве и т.п.).

Однако совершенно справедливо привлекая внимание к нормам, запретам и рискам мальчишеской культуры, деструктивным поведенческим практикам, исследователи «мальчишеского вопроса» не проблематизируют ментальные истоки, лежащие в основании традиционного представления о «настоящем мужчине» и, соответственно, обуславливающие специфическую логику мальчишеского поведения.

Данные ментальные истоки связаны не только с традицией классической философии, выработавшей рационалистическую модель противопоставления мужского/разумного/человеческого и женского/чувственного/анормального, но и с общим социокультурным контекстом, сопровождавшим и поддерживавшим эту философскую традицию. Вот почему в современной социальной теории благодаря классике мужских исследований Р. Коннелл возникло представление о маскулинно ориентированном обществе, или концепция гегемонной маскулинности. Согласно этой концепции, сама социальная структура на глобальном, институциональном и индивидуальном уровнях транслирует и поддерживает нормативный канон «настоящей мужественности», оказывающий специфическое репрессивное воздействие как на женщин (девочек), так и на мужчин (мальчиков).

Далее обсуждаются факторы риска для психического здоровья мальчиков с позиции указанной концепции.

1. Первый фактор касается ранней сепарации мальчиков в семье. Поскольку к мальчикам предъявляются определенные требования, связанные с демонстрацией типично мужских качеств, как правило, от них ожидается большая самостоятельность в принятии решений в сравнении с девочками, а также более ранние проявления самостоятельности. Этот вопрос поднимается на Западе, прежде всего, в связи с ранним отделением мальчика от совместного проживания в семье, что лишает его ощущения поддержки и обостряет переживание одиночества. Однако в России в силу специфических условий проживания и ограниченных финансовых возможностей значительной части населения проблема отдельного проживания сыновей стоит не так остро как на Западе. Вместе с тем вопрос о ранней сепарации обостряется в другом отношении. «Мальчишеский кодекс» (термин У. Поллака), построенный на нормах антиженственности, налагает определенный ряд закрытых тем на глубинные контакты: «маменькин сынок» – запрет на проявление нежности, доверия, открытости по отношению к матери и другим женщинам (включая учителей), «тряпка», «девчонка», «баба» – запрет на «женские» темы в общении с мальчиками и мужчинами. «Женскими» чаще всего считаются переживания, чувства, эмоции.

При кажущейся невинности и мнимой мужественности данных требований они имеют, по мнению целого ряда исследователей (Р. Коннелл, М. Киммел, Д. Гарбарино, У. Поллак), чрезвычайно серьезные психологические последствия, поскольку в прямом смысле оставляют мальчиков наедине со своими проблемами, которые в период отрочества и юности никак нельзя назвать «детскими».

2. Все те же нормы антиженственности способствуют развитию второго опасного фактора – эмоциональной закрытости. Традиционно мужское противопоставляется женскому как разумное чувственному (Платон «Пир»). Это глубоко укоренившееся формальное различие находило свою реализацию в традиционной культуре. Однако для современной культуры данная тенденция не может считаться вполне изжитой, поскольку проявляется на разных уровнях общественных отношений, в том числе и в нормах и практиках современного мальчишества. Основное проявление этой тенденции в мальчишеской среде – запрет на проявление эмоций (следовательно, табу на проговаривание и осмысление эмоциональных состояний). С самого раннего возраста мальчик сталкивается с этим запретом в классической формулировке: даже в тяжелой ситуации «мальчики не плачут». Постепенно требование эмоциональной закрытости способствует формированию некой безэмоциональной маски, «врастающей в лицо» юноши и мужчины (И.С. Кон, У. Поллак). Этот сложный процесс в современных мужских исследованиях рассматривается как одна из ключевых причин таких серьезных явлений, как мужская сверхсмертность (в том числе мужские и юношеские суициды), мужская алекситимия, склонность к насилию, в том числе к домашнему насилию и немотивированному насилию в подростковой среде.

3. Третий фактор риска непосредственно связан с первыми двумя и касается способов выявления и работы с мальчишескими депрессиями. С точки зрения современных исследователей «мальчишеского вопроса» (в первую очередь У. Поллака), распространенность депрессивных состояний в мальчишеской среде традиционно недооценивалась, поскольку симптоматически депрессивные состояния связывались, как правило, с типично женскими проявлениями (постоянные жалобы, плаксивость и т.п.), которые для юношей в соответствии с нормами «мальчишеского кодекса» являются непозволительной роскошью. Невнимание к мальчишеским депрессиям и связанное с ним неумение работать с данными состояниями, отсутствие специализированной социально-психологической поддержки мальчиков усугубляют в целом картину психического благополучия мальчиков в семье и обществе.

Представляется необходимым развивать возможности специализированной социально-психологической поддержки мальчиков в современном обществе, а также стремиться к ослаблению репрессивного влияния на мальчишескую среду разрушительных социальных норм и гендерных стереотипов.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ И СОЦИОПАТИЧЕСКИХ НАКЛОННОСТЕЙ

Худина Ю.С.^{1,3}, Бачурина О.В.², Базилевич А.С.³

- ¹ ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» Минтруда РФ, Ростов-на-Дону, Россия
² ГБУ Ростовской области «Психоневрологический диспансер» Минздрава РФ, Ростов-на-Дону, Россия
³ ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Ростов-на-Дону, Россия
-

Принято считать, что физическое и психосоциальное здоровье детей зависит от семьи (Виноградова А.В., 2012). По данным многих авторов, существуют различные факторы, влияющие на семью; к ним относятся социально-экономические, медико-социальные, социально-демографические, психолого-педагогические, криминальные (Виниченко С.Н., Перовщикова Н.К., Дракина С.А., Черных Н.С., 2017). Сложности в медицинском подходе для изучения семьи существуют не только в России, но и за рубежом. Немалую роль в этом играет дифференциация психологических и психических расстройств, определяющих внутрисемейную трансформацию (Судьин С.А., 2016).

Психопатии описывают в виде стойкого характерологического расстройства, проявляющегося в дисгармоничности интеллектуально сохранной личности и приводящего к нарушениям межличностных отношений и социальной адаптации (Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г., 2002). Описаны основные критерии, определяющие психопатию в патопсихологии: тотальность патологических черт характера, относительная стабильность их проявлений в течение жизни и социальная дезадаптация (Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л., Пискун В.М., 1999).

Психопатия являлась и является вопросом изучения для социологов, философов, психологов, психиатров, так как препятствует не только развитию личности, но и взаимодействию не в семье и нарушению адаптации в обществе (Коротков П.В., 2014). Разные авторы приводят в своих работах различные статистические данные о встречаемости психопатии в популяции.

Так, Г. Каплан, Б. Сэдок приводят цифры 6–9%, G. deGloramo, D. Potto – 5,9–14,8%, A. Jakubik – 2,1–18%, N. Andreasen, D. Black – 10–20%, T.N. Crowford et al. – 15,7%, J. Coid et al. – 10,1%, M.F. Lenzenweger et al. – 9,1% (Wakefield J.C., 2008).

Точных данных о статистической встречаемости социопатии так же нет, несмотря на включение её в классификаторы DSM-IV и МКБ-10. Под термином «социопатия» (как и «психопатия») принято рассматривать диссоциальное расстройство личности. Количество «социопатов» так же имеет различные цифры, принято считать, что в среднем она составляет около 4%. Половозрастная выборка более стабильна: среди лиц с подобными наклонностями преобладают мужчины в возрасте около 45 лет (Хаэр Р.Д., 2007).

Считается, что лица с диссоциативным расстройством личности, кроме определенного анатомического субстрата (Алфимова М.В., Трубников В.И., 2000; Щербаков М., 2002; Хилл Дж., Моэн Б., 2006), имеют неблагоприятный семейный анамнез, не только отягощенный, но и с определенными моментами стилей воспитания (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980; Личко А.Е., 1983; Дозорцева Е.Г., 2004).

Последнее время вопрос о противоправных действиях диссоциальных личностей все чаще поднимается в средствах массовой информации. Причинами подобных действий чаще всего представляют внешне-средовые факторы, такие как недовольство работой, финансовым положением или увлечение компьютерными играми. При этом вопрос внутрисемейных проблем зачастую уходит на второй план. Более того, вопрос изучения семейной наследственности старших поколений вообще не рассматривается.

В связи с высокой актуальностью проблемы было решено изучить группу формально психически здоровых студентов Ростовского государственного медицинского университета 1–6-го курсов всех представленных факультетов на предмет проявления психопатических и социопатических наклонностей, а также наличие возможного лично отягощенного анамнеза.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 100 формально здоровых студентов 1–6-го курсов РостГМУ: 26 юношей (средний возраст 22 года – от 19 до 28) и 74 девушки (средний возраст 21 год – от 18 до 30). Респондентам были предложены: оригинальный авторский опросник, тест Хайера (PCL-R). Критерии включения: возраст не старше 30 лет, наличие документов о получении полного общего образования, обучение на момент проведения исследования в РостГМУ. Критерии исключения: возраст моложе 18 лет и старше 30 лет, наличие выраженных жалоб на психическое здоровье.

Обсуждение. В результате проведенного исследования психически отягощенную наследственность у ближайших родственников по материнской линии (в виде учета у врача-психиатра) отметили 7 респондентов, все опрошенные оказались девушками. Все респонденты росли в полных семьях. Получить информацию о характерологических особенностях родителей не представилось возможным в связи с общими субъективными ответами, не представляющими ценности, по типу: «мама суровая, так как ругала за невыполнение уроков» и т.д. Характеристику более взрослого поколения (бабушки, дедушки) собрать так же оказалось невозможно за счет высокой субъективной оценки и понимания их критериев.

Тест Хайера показал отрицательное значение у 5 респондентов (2 юноши и 3 девушки). Склонность к психопатии без наличия заболевания была выявлена у 82 респондентов (2 юноши и 62 девушки). Умеренные проявления личности в виде формирующейся психопатии были отмечены у 13 респондентов (4 юноши и 9 девушек; у 2 девушек наследственность была отягощена). Выраженные проявления личности (скорее всего свидетельствующие о психопатии) и психопатия не были встречены среди респондентов.

При вопросах, связанных с характером семейного воспитания (ощущали ли вы должную эмоциональную поддержку и защиту от родителей и др.), 31 респондент ответил положительно (4 юноши и 27 девушек). При этом у 13 респондентов с умеренными проявлениями личностями в виде формирующейся психопатии на этот вопрос дали отрицательный ответ 6 респондентов (2 юноши и 4 девушки; наследственность у девушек не отягощена).

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования 100 формально здоровых студентов 1–6-го курсов выявлено 13 человек с умеренными проявлениями личности в виде формирующейся психопатии. У 6 из них были обнаружены проблемы в сфере семейного воспитания, что позволяет говорить о семье как далеко не единственном значимом факторе в возникновении проблемы психопатии.

Профилактика психопатий заключается не только в своевременном выявлении и лечении заболеваний матери и ребенка или в создании благоприятных условий семейной жизни, обеспечивающих его нормальное развитие и воспитание (Sadock B.J., Kaplan H.I., 2017), но прежде всего в масштабной работе с привлечением социальных педагогов, психологов, психотерапевтов при первых проявлениях личностных особенностей.

УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ АДАПТИВНОЙ ВИНЫ В СЕМЬЕ

Цагельская Д.Е.

Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь

Эмоции самосознания являются специфическим классом эмоциональных реакций. Такие эмоции, как вина, стыд, гордость и смущение, тесно связаны с процессами самосознания и активацией представлений о самости. Они также отличительны тем, что возникают онтогенетически позже, не имеют универсальных экспрессивных признаков, обеспечивают достижение комплексных социальных целей (например, признание в группе). Эволюционный взгляд на эмоции самосознания постулирует их связь с социальным аспектом самости. Стыд может возникать при угрозе отвержения группой, негативном социальном внимании, снижении социального статуса. Гордость возникает в ситуации поддерживающей и защищающей репрезентации социальной самости. Эмоции самосознания могут представлять собой собственно эмоции и чувства и обладают в связи с этим разными характеристиками. Они могут возникать в ответ на определенную ситуацию, иметь ограниченную временную продолжительность, умеренную импрессивность и причины её возникновения осознаны. Чувства более устойчивы и интенсивны, внеситуативны, связаны с основными подструктурами личности и предполагают формирование установок. В данной статье вина будет рассматриваться как чувство, личностная черта.

Вина, как и другие эмоции самосознания, связана с личностными структурами человека. Эволюционный, конструктивистский и социально-когнитивный подходы указывают на её социально-психологическую функциональность. В частности можно обозначить пять основных функций: регуляция социальных отношений, поддержка социальных отношений, регуляция негативных эмоций, формирование личной и социальной ответственности, мотивация нравственного и социально-нормативного поведения.

Условия возникновения вины и её компаративный анализ со стыдом реконструируют её сущностные характеристик. Вина возникает при объяснении ситуаций нарушения социального взаимодействия внутренними, нестабильными и контролируруемыми причинами. Стыд в большей степени определяется оценкой и конструируемым мнением других людей, а вина – самооценкой, самоосуждением индивида. Основные различия вины и стыда включают акцент на личности (стыд), поведении (вина) и типе нарушенных стандартов (общественные – стыд, личностные – вина).

Сходства вины и стыда, кроме того, позволяют уточнить их содержание – внутренний дискомфорт, воспринимаемая ответственность за действие или бездействие, включенность в субъект-субъектные отношения (социальный контекст эмоций), что подчеркивает социально-психологический аспект рассмотрения феноменов.

По интегративной теории контроля-овладения J. Weiss, вина формируется исходя из транслируемой в детстве в отношениях с родителями (или значимыми другими) модели поддержки и укрепления межличностных отношений (Вайсс Дж., 1998). Так как в данном возрастном периоде выживание на психологическом и физиологическом уровнях взаимосвязано с родителями, поддержание с ними отношений имеет высокую значимость для ребенка. В результате отношений с родителями, интерпретации их поведения и реакций у ребенка могут быть сформированы адаптивные или дезадаптивные убеждения о том, как поддерживаются и регулируются отношения между людьми.

В ряде исследований подтверждена эмпирическая связь дезадаптивных форм вины и некоторых психических расстройств, в частности клинической депрессии. Так же вина указывается в качестве симптома депрессии в МКБ-10 и DSM-IV. В авторском магистерском исследовании получены данные, подтверждающие предсказательную силу модели с предикторами дезадаптивной вины по отношению к показателям экзистенциальной исполненности, или ценностно-смысловому измерению психологического благополучия вне зависимости от самоотношения (рассматривавшегося как компенсаторный фактор негативных эффектов дезадаптивной вины). Например, предсказательная сила модели, где предиктором экзистенциальной исполненности была вина ненависти, составила 54,7% ($R^2=0,547$) и 57,8% ($R^2=0,578$) для подвыборок с негативным и позитивным самоотношением.

Выборка исследования состояла из 203 испытуемых (103 женщины и 100 мужчин) в возрасте от 17 до 64 лет. Используются методики: опросник межличностной вины (IGQ-67) L.O'Connor, J. Berry, J. Weiss, M. Bush и H. Sampson (адаптация Е.В. Белинской), шкала экзистенции С. Orgler (адаптация И.Н. Майниной), тест-опросник самоотношения В.В. Столина и С.Р. Пантилеева.

Результаты авторского исследования, публикации о взаимосвязи вины, психологического благополучия и здоровья указывают на актуальность профилактических мер в виду затрудненности коррекции дезадаптивной вины и её низкой степени осознанности. С учетом того, что вина как устойчивая установка формируется в детстве, в общении с родителями и значимыми другими, особенно важной становится проблематика формирования адаптивной вины именно в семье.

Далее будет проведен компаративный анализ адаптивной и дезадаптивной вины, представлены условия формирования адаптивной вины в семейном микросоциуме.

Вина не является более адаптивной эмоцией, чем стыд. В современной психологии преобладает точка зрения, согласно которой каждая из эмоций самосознания может иметь разную степень адаптивности.

В психологической литературе часто встречаются характеристики дезадаптивной вины: 1) одновременное возникновение стыда и вины (межличностные отношения регулируются стыдом; вина за поступок переживается при негативной оценке личности в целом); 2) контекстуальная малоадаптивная вина (основана на преувеличенной ответственности за неконтролируемые события, так называемая неуместная атрибуция); 3) генерализированная/хроническая малоадаптивная вина (её возникновение не связано с конкретными ситуациями или частое); 4) малоадаптивная вина как иницилирующая негативные последствия; 5) межличностная малоадаптивная вина, основанная на иррациональных убеждениях о поддержании отношений; 6) чрезмерная вина (чрезмерный импрессивный компонент); 7) дезадаптивная вина как не выполняющая адаптивные функции.

С точки зрения J. Weiss, дезадаптивная межличностная вина основана на иррациональных убеждениях о том, что индивид не будет принят, с ним не будут поддерживать отношения, если он будет гордиться своими достижениями; делать что-либо самостоятельно/отдельно; будет уделять внимание своим интересам или иметь позитивный образ собственной самости. Данные убеждения нашли отражения в типах межличностной иррациональной вины, описанных в теории контроля-овладения J. Weiss.

Адаптивная вина выражается в ряде индикаторов (Цагельская Д.Е., 2018). На эмоциональном уровне проявляется как переживание умеренной интенсивности; на когнитивном уровне предполагает интернальную, нестабильную, контролируемую и специфическую атрибуцию события (с опорой на оценочно-процессуальную модель эмоций самосознания J. Tracy и R. Robins). На поведенческом уровне вина сигнализирует об угрозе межличностным отношениям, мотивирует поддержание договоренностей. Адаптивная вина способствует восстановлению отношений, чаще всего обоими участниками межличностных отношений переживание интерпретируется как «справедливое». Адаптивная вина обеспечивает конструктивную модель межличностных отношений, в которой принято проявлять внимание и интерес к другому индивиду, поощрять выражение эмоций.

Вина достаточной степени адаптивности способствует дальнейшей адаптации и психологическому благополучию, гармонизации межличностных отношений. Адаптивная вина – это вина за поступки, временно нарушившие общие правила и договоренности взаимодействия в межличностном общении. Вина индивида по отношению к самому себе с этой точки зрения является дезадаптивной, так как является реакцией на собственную личность, а не свои поступки, образуется связь вины и стыда. Например, вина за собственную нереализованность, интерпретируемая индивидом как «собственно вина», представляет дезадаптивную вину, а в импрессивном компоненте переживания может доминировать стыд. Таким образом, адаптивная вина и дезадаптивная вина имеют ряд специфических особенностей. Конструктивная модель отношений, способствующих формированию адаптивной вины, так же находится на стадии разработки.

Можно указать на два подхода в формировании адаптивной вины: атрибутивный и межличностный. Первый из них связан с когнитивной переоценкой ситуаций, развернутым их анализом и обучением корректной атрибуции. Атрибутивная модель адаптивной вины подразумевает переживание вины в том случае, если причина события является интернальной, нестабильной, контролируемой и специфической. В рамках атрибутивного подхода значимым является отграничение областей контроля и ответственности. Атрибутивный подход и психологическое просвещение могут применяться для коррекции дезадаптивной вины в более взрослом возрасте. Межличностный подход характеризуется концентрацией на способах регуляции и поддержания отношений, соблюдением границ, поощрением самостоятельности и новых интересов, принятием личностных особенностей и поддержкой, поощрением выражения эмоциональных состояний и обсуждением субъективно значимых событий, проявлением внимания и интереса. Построению конструктивных отношений способствует принятие конгруэнтных действий и реакций, индивидуальных особенностей.

Адаптивная вина в семье может быть сформирована при проявлении родителями (значимыми другими) конструктивных способов регуляции поддержания межличностных отношений и при специфической узкой оценке поступков. Условия формирования адаптивной вины в семье: применение атрибутивного и межличностного подходов, метакоммуникация (по поводу общения с ребенком), целенаправленное развитие психологической культуры. Условия формирования адаптивной вины требуют дальнейшей проработки и эмпирической проверки. Выводы данной статьи могут быть применены в психологическом консультировании, тренингах и психологическом просвещении.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЪЕДИНЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УСИЛИЙ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ И ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ

Чуприков А.П., Черная Т.В., Гасай Г.А.

**Национальная медицинская академия последипломного
образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина**

Количество детей с аутизмом во всем мире неуклонно растет. Распространенность аутизма в последнее десятилетие выросла во всех странах, среди всех слоев населения, в разных условиях проживания. Это влечет за собой материально-экономические проблемы для правительств многих стран. По официальной статистике Министерства здравоохранения Украины (2018), за последние годы число аутистических расстройств повысилось на 194%. И это только диагностированные случаи. Сегодня медицинская помощь оказывается в основном детям с низкофункциональным аутизмом. Дети с расстройствами аутистического спектра в Украине недополучают необходимое медицинское обслуживание по причине отсутствия единых стандартов и четких критериев диагностики и лечения. Появились утверждения, что через 15–20 лет большая часть рождающихся детей будет с аутизмом. Поэтому аутизм представляется серьезной не только социально-психологической, но и медико-экономической проблемой.

Украинские и международные эксперты в области психиатрии, детской психологии, неврологии, а также представители Министерств здравоохранения, образования, труда и социальной политики, общественных организаций и ассоциаций совместно ищут пути решения проблемы. Однако существует определенное непонимание со стороны родителей намерений медиков. Среди родителей есть особые личности, захватившие лидерство во всех странах. Они намеренно закрывают и ограничивают доступ к оказанию ранней помощи данной категории детей, хотя согласно МКБ-11 расстройства аутистического спектра включены в перечень болезней. В МКБ-11 введена новая рубрика «Нейроонтогенетические расстройства» («Neurodevelopmental disorders»). В данный раздел входят расстройства интеллектуального развития, расстройства аутистического спектра, нарушения развития речи и моторных навыков. Группа РАС расширилась: теперь к ней относятся ранний детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Аспергера. Это сделано с целью акцентуации внимания на сохранности интеллекта, чтобы в будущем подобрать для пациента более подходящий реабилитационный маршрут.

Современные средства массовой информации пропагандируют мнение о том, что лечение аутистов является геноцидом против них, конечно, это неправильно. По мнению А.Ю. Ржецкого, профессора генетической медицины Чикагского университета (США), в Америке аутисты с высокой функциональностью чувствуют себя как особая этническая группа, поэтому для них аутизм – норма, а не болезнь. Сегодня медицинская помощь оказывается низкофункциональным аутистам, у которых болезнь включает в себя не только особенности аутистического поведения, но и признаки поражения головного мозга. Количество низкофункциональных аутистов, как нам кажется, уступает количеству высокофункциональным. Низкофункциональный аутизм сопровождается, как правило, инвалидизацией, что влечет за собой финансовые траты государства, но экономить на этом нельзя. Речь идет о людях, нуждающихся в помощи. Высокофункциональные аутисты могут блестяще окончить школу, освоить профессию, работать в серьезных организациях и приносить пользу обществу. В то же время любой ребенок с РАС может добиться значительных успехов относительно своего первоначального состояния, если с ним в раннем возрасте начинают работать специалисты.

Мы хотим призвать врачей к толерантному отношению к родителям детей с аутизмом. Следует сообща искать пути решения проблемы. Эти дети не обойдутся без медикаментозной помощи. В некоторых странах определенная забота государства осуществляется на экономическом уровне: назначение пенсии, лечение, выделение денег на коррекционные программы. Необходимо информировать родителей о раннем медико-психологическом вмешательстве в проблемы развития ребенка и совместно со специалистами выстраивать наиболее эффективные реабилитационные программы.

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Шачнева И.А.

Томский государственный педагогический университет, Томск, Россия

Аутизм (от греч. *autos* – сам) представляет собой отрыв от реальности, отгороженность от окружающего мира. Впервые термин «аутизм» был использован немецким психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 г. для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в воображаемый мир собственных фантазий, иллюзорных представлений.

Несмотря на то что этот термин употребляется во всем мире и по сей день, современное понимание аутизма существенно отличается от первоначального клинического определения, предложенного Блейлером. В зарубежной психиатрии аутизм рассматривается в поведенческом плане как уход от действительности в мир внутренних переживаний, как сознательное или бессознательное защитное приспособление против душевной боли, дающее человеку возможность избежать непопулярных для него требований окружающей среды.

Проблема аутизма связана с проблемой общения – базовой категорией психологической науки, изучение которой широко представлено в психологии. Опираясь на общепсихологические принципы категории общения, В.Е. Каган (1981) предложил определение аутизма, на наш взгляд, точно отражающее его сущность: аутизм – это психопатологический синдром, характеризующийся недостаточностью общения, формируется на основе первичных структурных нарушений или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной утраты регулятивного влияния общения на мышление и поведение. Под предпосылками общения понимаются возможность адекватного восприятия и интерпретации информации; достаточность и адекватность выразительных средств общения; взаимопонимание с его регулирующим влиянием на мышление и поведение; возможность адекватного планирования и гибкого варьирования поведения, выбора способа и стиля общения. Таким образом, аутизм рассматривается как отклонение в психическом развитии личности, главными проявлениями которого являются нарушение процесса общения с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с другими людьми.

Аутизм представляет собой гетерогенное заболевание, за развитие которого ответственны генетические факторы и внешние воздействия на ранних сроках развития. Знания о сходстве и различиях этих расстройств могут помочь в их ранней диагностике и лечении. Проявления аутизма многоплановы, в соответствии с этим многообразны направления и методы их исследования – от изучения особенностей поведения до нейрофизиологических механизмов и морфологических основ заболевания. Больные аутизмом испытывают специфические когнитивные трудности в области социальных отношений. Для них характерны расстройство социального взаимодействия, коммуникации и гибкости поведенческих реакций. Выраженность задержки развития детей, больных аутизмом, по клиническим и психологическим показателям коррелирует с увеличением спонтанной высокочастотной активности ЭЭГ. Когнитивная нагрузка у аутистов, в отличие от нормы, не приводит к существенным перестройкам высокочастотной активности.

Нарушение нейрофизиологической реакции на внешние раздражители может лежать в основе расстройства поведения. Отличие от нормы реактивности высокочастотных компонентов ЭЭГ на когнитивную нагрузку, восприятие человеческих лиц и зрительных иллюзий, так же как и нарушение функционирования системы зеркальных нейронов, можно считать общими механизмами, лежащими в основе нарушений, характеризующих аутизм и шизофрению. Эти общие механизмы связаны с нарушением тормозно-возбудительного баланса, регулируемого через ГАМК-трансмиссию и НМДА-рецепторы.

Первые упоминания об аутистических симптомах в круге шизофрении и шизоидных расстройств личности встречаются в работах Г.Е. Сухаревой (1925), Т.П. Симсон (1929, 1948), позже – М.Ш. Вроно (1975, 1987). Представление об аутистическом расстройстве как отдельной клинической единице сформировалось после практически одновременного описания М. Каннером (1944) и Д. Аспергером (1944).

В отечественной детской психиатрии аутизм определялся как расстройство органического происхождения или как эволютивный дизонтогенез шизофренического спектра. Позже в клинике РАС было показано появление позитивных симптомов и переход аутизма из эволютивного в процессуальное расстройство шизофренического спектра, поскольку, несмотря на преобладание в структуре заболевания явлений дизонтогенеза, в 3/4 случаев к ним присоединяются позитивные психопатологические симптомы. В настоящее время существуют разные точки зрения на природу аутизма: одни авторы считают его отдельным заболеванием; другие – предшественником шизофрении или одним из вариантов шизофрении. Аутизм, как и шизофрения, гетерогенное заболевание, за развитие которых ответственны как генетические факторы, так и внешние воздействия на ранних сроках развития.

Среди синдромов, входящих в РАС и не приводящих к глубокой инвалидности, описаны синдромы Каннера и Аспергера. Для больных с синдромом Каннера характерна неритмичная моторика со стереотипными движениями, ходьба на цыпочках, задержка и нарушения в формировании речи, стереотипность игры, отсутствие игры со сверстниками, снижение интеллекта. После 5 лет у трети больных наступает компенсация, у остальных нарастает позитивная симптоматика и формируется олигофреноподобный дефект. При синдроме Аспергера характерны стереотипные поведение и интересы, тенденция придерживаться строгого распорядка, привязанность к необычным предметам, страхи, нарушения сна и пищевого поведения, вспышки гнева, агрессивность. Аутистическим состояниям эволютивного генеза при синдроме Аспергера свойственна стертость, при них сохраняется способ-

ность к интеллектуальному развитию. В дальнейшем онтогенезе формируется личность пизоидного круга. Наряду с этими синдромами в РАС входят и другие синдромы, охватывающие как незначительные отклонения, которые можно определить скорее как особенности характера, так и тяжелые нарушения, приводящие к инвалидности.

Для всех синдромов РАС характерны многоплановые отклонения, охватывающие сенсорные и моторные функции, но основные проблемы адаптации больных аутизмом определяются особенностями переработки информации и связью её в единое целое. В соответствии с множественностью проявлений аутизма многообразны направления и методы исследований этого заболевания. Усилия исследователей сфокусированы на изучении поведения, нейрофизиологических механизмов и морфологических основ заболевания.

В настоящее время выделяют две условные модели этиопатогенеза РАС. Первая модель рассматривает аутизм как генетическое умственное расстройство, всегда широко распространенное, но знания о котором стали стремительно расти лишь в последнее время, что привело к видимой (но не реальной) эпидемии. Вторая модель представляет аутизм как генетически обоснованное, но скорректированное под влиянием внешней среды состояние, затрагивающее многие системы организма, при этом доля больных действительно возрастает, и это в значительной мере связано с изменениями в окружающей среде. Существует гипотеза, рассматривающая аутизм в связи с эпигенетическими эффектами, т.е. нейрохимическими воздействиями, влияющими на экспрессию структурных, тканеспецифических регуляторных генов.

И.И. Мамайчук (2007) описывает нарушения поведения у детей с РАС: в первую очередь недостаточное/полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, отгороженность от внешнего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до безразличия к ним («аффективная блокада»). Следующий признак – неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы. Дети с РАС нередко хватают другого ребенка за волосы, толкают его, как куклу, что обычно интерпретируется как агрессия, в то время как такие действия указывают на то, что ребенок плохо различает живые и неживые объекты. Ещё одна характеристика – недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители. Слабая реакция ребенка на зрительные/слуховые сигналы заставляет многих родителей обращаться к офтальмологу или сурдологу, но она не связана с нарушением анализаторов. Дети с РАС бывают очень чувствительны к слабым раздражителям, часто не переносят тиканье часов, шум бытовых приборов, капанье воды из водопроводного крана.

Приверженность к сохранению неизменности окружающего (феномен тождества, по Л. Каннеру) проявляется у детей с аутизмом даже на первом году жизни. Неофобии (боязнь нового) проявляются у детей-аутистов рано, они не переносят перемены места жительства, перестановку кровати, не любят новую одежду и обувь.

Однообразное поведение со стереотипно-примитивными движениями представлено вращением кистей рук перед глазами, перебиранием пальцев, сгибанием/разгибанием плеч и предплечий, раскачиванием туловищем или головой, подпрыгиванием на носках. Характерны речевые нарушения: при тяжелых формах – мутизм (утрата речи), у некоторых – повышенный вербализм, проявляющийся в избирательности определенных слов и выражений – постоянное произношение понравившихся слов или слогов. Зрительное поведение отражается в переносимости взгляда в глаза, «бегающем взгляде», взгляде мимо. Преобладает зрительное восприятие на периферии поля зрения: от ребенка-аутиста трудно спрятать необходимый ему предмет, родители и педагоги даже отмечают, что ребенок «видит предметы затылком» или «сквозь стенку». Однообразные игры у детей с аутизмом представлены стереотипными манипуляциями с неигровым материалом (веревками, гайками, ключами, бутылками); часто игрушки используются не по назначению, а как символы тех или иных объектов. Дети с аутизмом могут часами однообразно вертеть предметы, перекладывать их с места на место, переливать жидкость из одной посуды в другую. Стремясь к одиночеству, они чувствуют себя лучше, когда их оставляют одних. Контакт с матерью у них может быть различным. Наряду с индифферентностью, когда дети не реагируют на присутствие/отсутствие матери, возможна и симбиотическая форма контакта, когда ребенок отказывается оставаться без матери, «выражает тревогу в её отсутствии, хотя никогда не бывает ласков с ней. Аффективные проявления у них бедны и однообразны; аффект удовольствия возникает чаще всего в состоянии одиночества и занятости стереотипными играми.

С момента рождения типично сочетание двух патогенных факторов: 1) нарушение возможности активного взаимодействия со средой, что снижает жизненный тонус; 2) снижение порога аффективного дискомфорта в контактах с миром, отражающееся в болезненных реакциях на обычные раздражители и повышенной ранимости при контактах с другим человеком. Эти нарушения объединены в две группы, в зависимости от причин, лежащих в их основе: 1) нарушения, обусловленные недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной); 2) нарушения, обусловленные дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных).

Таким образом, основные характеристики детей с РАС: дефицит потребности в общении, который в значительной степени зависит от степени тяжести расстройства; аффективная дезадаптация – при всех степенях тяжести у детей с РАС; выраженные нарушения поведения вследствие недоразвития регуляторных функций; значительная специфичность интеллектуального и речевого развития.

Литература:

1. Артемова Е.Э., Громько Ю.С. К вопросу формирования коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра // Альманах мировой науки. – 2015. – № 1–2. – С. 60–61.
2. Безгодова А.А., Злоказова М.В. Этиопатогенез расстройств аутистического спектра: современные аспекты проблемы // Вятский медицинский вестник. – 2015. – № 2. – С. 25–28.
3. Виноградова К.Н. Этиология расстройств аутистического спектра // Современная зарубежная психология. – 2014. – Т. 3, № 4. – С. 112–131.
4. Цветков А.В. Нейропсихология аутизма и депрессии. – М. : Спорт и Культура-2000, 2015. – 532 с.
5. Шевченко Е.Н. К вопросу о раннем выявлении детей с ограниченными возможностями здоровья в Тверской области // Традиции и новации в профессиональной подготовке и деятельности педагога: Сборник научных трудов Всерос. научно-практ. конф.. – Тверь, 2014. – С. 115–120.
6. Щукина Д.А. Современное состояние проблемы исследования общения детей с расстройствами аутистического спектра // Специальное образование: Материалы XI Междунар. науч. конф. / под общей ред. В.Н. Скворцова, Л.М. Кобрин. – СПб., 2015. – С. 313–317.
7. Янушко Е.А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. – М.: Тервинф, 2014. – 136 с.

ПРИНЦИПЫ СЕМЕЙНО-ГРУППОВОЙ ИНТЕНСИВНО-ЭКСПРЕССИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Шевченко Ю.С.

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

Многолетнее использование краткосрочной (8-дневной) методики семейно-групповой интенсивно-экспрессивной психотерапии как в её клиническом варианте, так и в психологическом, коррекционно-педагогическом и социально-реабилитационном оформлении показало эффективность и «открытость» данной организационно-методической формы для интеграции самых различных психотерапевтических и психокоррекционных направлений.

Основными принципами методики семейно-групповой интенсивно-экспрессивной психотерапии (ИНТЭКС) являются следующие: 1) привлечение к психотерапевтическому процессу всех членов семьи и обязательное активное участие в групповых занятиях как минимум одного ближайшего родственника; 2) наглядно-чувственная диагностика проблем пациента для него самого и его близких с целью повышения собственной ответственности за их решение; 3) эмоционально-стрессовый характер лечебного процесса, во время которого порой небезболезненное обнажение и максимальная экспрессивность психотравмирующих конфликтов перекрывается событиями, насыщающими жизнь пациента ощущением праздника, подвига, творческого горения; 4) равноправие и партнерство всех участников группы независимо от возраста, трансформирующее группу в единый, гуманистически направленный коллектив; 5) постоянная обратная связь котерапевтов и членов группы в форме дискуссий, диалогов и ежедневных письменных отчетов; 6) сочетание группового характера лечебного процесса с индивидуализацией его задач в соответствии с клинической, социально-психологической и педагогической диагностикой каждого пациента-клиента; 7) единство вербальных и невербальных форм экспрессии и взаимодействия; 8) взаимопроникновение лечебных, воспитательных, обучающих и рефлексивно-аналитических приемов психотерапии и психокоррекции, направленных как на патогенетические механизмы нарушений (включая их психогенные, энцефалопатические и дизонтогенетические звенья), так и на отдельные симптомы болезни и личностной аномалии; 9) сочетание интимно-эмпатических, директивно-манипулятивных, недирективно-демократических и возвышающе-вдохновляющих форм поведения котерапевтов; 10) активное самопознание через познание других с целью коррекции самооценки и оптимизации процесса саморегуляции; 11) системный подход к проблемам пациента и его семьи; 12) достижение инсайта через позитивный регресс и интенсивное освоение функционально-личностной зоны ближайшего развития, психоэлевацию; 13) организация терапевтической сессии в соответствии с традиционными этолого-культуральными обрядами инициации; 14) сохранение и развитие лечебно-коррекционного эффекта после окончания психотерапевтической сессии за счет продолжения применения родителями освоенных воспитательно-психологических технологий, а также реализации рекомендаций, основанных на диагностике, уточненной в процессе наблюдения за детьми в ситуации естественного эксперимента социального взаимодействия в группе.

ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫЕ ПСИХОЗЫ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Шешенин В.С.¹, Савина М.А.¹, Почуева В.В.¹, Абдуллина Е.Г.²

¹ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

²МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Актуальность. Медико-социальная значимость изучения проблем геронтопсихиатрии обусловлена изменением демографической ситуации в мире, постарением населения и ростом численности пациентов пожилого возраста с психическими нарушениями. Согласно данным большинства исследований, в старших возрастных группах могут возникать все основные формы психических заболеваний, в частности шизофрении с поздней манифестацией (в возрасте старше 40 лет).

В проведенных ранее клинико-эпидемиологических исследованиях были подробно изучены особенности клиники и течения шизофрении у пациентов пожилого возраста (Штернберг Э.Я., 1977; Гаврилова С.И., 1981; Концевой В.А., 2012). Современное исследование шизофрении требует проведения сравнительно-возрастного анализа с пациентами молодого и среднего возрастов, определение влияния возрастного и социального факторов, личностных особенностей на развитие эндогенных психозов в позднем возрасте (Тиганов А.С., 2018). Актуальным является прогнозирование заболевания с учетом процесса старения и когнитивных нарушений, характерных для пациентов старшего возраста; изучение взаимосвязи функциональных психозов с нейродегенеративными заболеваниями. Необходима разработка персонализированного подхода к терапии поздних психозов с учетом их клинико-биологических особенностей. В сообщении приведены результаты фрагмента клинического исследования, проводимого в отделе геронтологической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с 2017 г.

Цель. Изучение клинико-психопатологических особенностей шизофрении и шизофреноподобных психозов позднего возраста.

Материал и методы. Обследовано 24 пациента (женщины) от 50 до 84 лет (средний возраст составил 62,4±9,0 года), впервые или повторно госпитализированных в клинику с функциональными галлюцинаторно-бредовыми психозами, манифестирующими после 40 лет. Исключались пациенты с деменцией. Использованы клинико-психопатологический и психометрический методы в виде набора стандартизованных оценочных шкал (PANSS, CGI, HAMD, MMSE). Обследование проводилось до начала терапии, на 14-й, 28-й и 56-й дни лечения. Все пациенты прошли клиническое обследование, ЭЭГ и КТ (МРТ) головного мозга.

В диагностике использовались критерии МКБ-10 для шизофрении, шизоаффективных расстройств, бредовых и органических расстройств. Для оценки когнитивных функций у больных шизофренией проводилось нейропсихологическое обследование с использованием Монреальской шкалы когнитивной оценки (МОСА) и субтеста «Сходство» из теста Векслера в сравнении с контрольной группой, у которых психические нарушения отсутствовали.

Статистический анализ результатов проводился в программе Statistica с применением непараметрических методов обработки данных (парного критерия Вилкоксона и критерия Манна–Уитни для независимых групп).

Результаты и обсуждение. Большинство пациентов имели высшее и среднее специальное образование (54,2% и 41,7%). Шизофрения была диагностирована у 19 пациентов (79%), ШАР – у 2, органическое заболевание – у 2, хроническое бредовое расстройство – у 1. Возраст начала заболевания варьировал от 40 до 79 лет (средний возраст $54 \pm 11,6$ года). Первый приступ возникал в возрастном диапазоне от 40 до 84 лет ($55,4 \pm 11,0$ года). Шизофрения протекала как в приступообразной ($n=11$), так и непрерывнотекущей ($n=8$) форме. В большинстве случаев шизофрения впервые возникла после 40 лет без наличия в анамнезе психических расстройств (16 пациентов). В 3 случаях речь шла о первом остром психозе после непродолжительного продромального периода с психопатоподобными, невротическими расстройствами или неглубокими аффективными колебаниями.

В структуре психоза с разной частотой был представлен широкий спектр психопатологических синдромов: галлюцинаторно-бредовый ($n=4$), синдром Кандинского-Клерамбо ($n=12$), аффективно-бредовый ($n=6$), онейроидно-кататонический ($n=1$), редуцированный парафренный ($n=1$). Галлюцинаторно-бредовые расстройства представляли собой большое разнообразие состояний. На одном полюсе – шизофренические психозы, протекающие с характерной шизофренической симптоматикой, «симптомами первого ранга» и минимальной возрастной окраской, на другом – состояния, близкие к шизофреноподобному органическому бредовому расстройству с признаками когнитивного снижения. Промежуточная форма была представлена хроническим бредовым расстройством по типу «квартирного параноида». У 10 пациентов (41,7%) галлюцинаторно-бредовые симптомы протекали с типичной «возрастной окраской» (идеи ущерба, вредительства, обыденность, «малый масштаб»), встречающейся при различных типах расстройств, независимо от их нозологической принадлежности.

В 62,5% случаев явления психического автоматизма ограничивались сенестопатическим (сенсорным) автоматизмом в виде чувства внезапно наступающего жара или холода, болезненных ощущений во внутренних органах, которые отчасти могли быть обусловлены реальной соматической патологией, характерной для пожилого возраста.

У всех пациентов на начало терапии преобладала продуктивная симптоматика. Выраженность симптомов по шкале PANSS оценивалась от 79 до 149 баллов ($n=24$, в среднем $103 \pm 17,5$). У 18 пациентов (75%) отмечался депрессивный аффект. Тяжесть депрессии в начале терапии по шкале HAMD составила 20,7 балла. На фоне лечения значительно редуцировалась психотическая и депрессивная симптоматика. Эффективность терапии к 28-му дню по шкале PANSS составила 27%, по шкале HAMD – 58%. Тяжесть состояния по шкале CGI-S снизилась с 5,0 до 3,7 ($p \leq 0,005$). Улучшились показатели памяти, оцениваемые по шкале MMSE – с 25,4 до 26,7 ($p \leq 0,005$). В одном случае произошло ухудшение когнитивных функций. При нейропсихологическом исследовании больных шизофренией выявлена гетерогенность группы по состоянию познавательных процессов: от соответствующих нормативным до сравнительно негрубой когнитивной дисфункции. Когнитивное снижение наблюдалось у пациентов с поздней шизофренией в сравнении с контрольной группой. Полученные результаты носят предварительный характер, ограничены небольшой выборкой.

Выводы. Выявлено многообразие клинической картины и течения психозов позднего возраста, протекающих с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой. Описана их своеобразная возрастная окраска и особенности когнитивной дисфункции. Показана возможность выделения поздней шизофрении. Отмечена высокая эффективность проводимой терапии.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ВНУТРЕННИХ ОБРАЗАХ У БОЛЬНЫХ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ШИЗОФРЕНИИ

Шилко Н.С.¹, Иванова Е.И.^{1,2}, Омельченко М.А.²

¹ **Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва, Россия**

² **Научный центр психического здоровья, Москва, Россия**

Актуальность. В настоящее время внимание исследователей направлено на проблему раннего выявления психических заболеваний и создание простых в применении, но высокоэффективных индивидуальных диагностических тест-систем, позволяющих осуществить это в амбулаторных условиях.

Для диагностики шизофрении в первую очередь имеют значение симптомы первого ранга, в том числе галлюцинаторные расстройства.

Воображение, фантазии, сновидения и галлюцинации, несмотря на очевидные различия, имеют и явное сходство: они представляют собой внутренние образы, возникающие у человека. При этом психотические состояния характеризуются тем, что граница между психопатологическими феноменами, продуцируемыми поврежденной психикой, и образами, воспринимаемыми из внешнего мира, становится нечёткой.

Многие авторы описывали особенности фантазий и воображения при шизофрении, а также отмечали сходство острого психотического эпизода и сновидений, что привело к созданию нейробиологической модели психоза на основании механизма сновидений [Scagone S. et al., 2008]. В настоящее время предпринимаются попытки разработки диагностических шкал по оценке фантазии и воображения при заболеваниях шизофренического спектра [Rasmussen A. et al., 2018]. В то же время такого рода данные можно использовать не только для диагностики клинически сформировавшегося шизофренического процесса, но и прогноза его на ранних этапах до формирования развернутой клинической картины, что дает основание для проведения обоснованного превентивного лечения, способного приостановить манифестацию процесса и улучшить исход заболевания [Fusar-Poli P. et al., 2017].

Цель. Сравнение особенностей представлений о воображении, фантазиях, сновидениях и галлюцинациях и субъективного опыта их переживания у больных из группы риска по развитию шизофрении и у пациентов с первым психотическим эпизодом.

Материал и методы. Исследовано две группы пациентов юношеского возраста (16–25 лет), госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ в 2017–2018 гг. Средний возраст составил 19,1 года, SD=2.4.

1-я группа (15 пациентов) – с первыми психотическими эпизодами юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП) с галлюцинаторными расстройствами, бредовыми симптомами, включающими как острый интрепретативный бред (систематизированный и несистематизированный варианты), так и острый чувственный бред в сочетании с аффективными расстройствами (F20; F25).

2-я группа (15 больных) – с непсихотическими психическими расстройствами (первичные диагнозы по МКБ-10: F31, F32, F34, F60, F21), соответствующие критериям группы риска по развитию шизофрении, с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС) [Калед В.Г. и др., 2017] в структуре ведущего психопатологического синдрома, включающей как ослабленные психотические симптомы, так и короткие интермиттирующие психотические симптомы, характеризующейся

крайней кратковременностью (от нескольких секунд до нескольких минут, но не более часа), возникновением на фоне непомраченного сознания и представленной отдельными галлюцинаторными расстройствами, зрительными и слуховыми иллюзиями, а также бредовыми идеями отношения, особого значения, инсценировки, явлениями «малой» кататонии и патогномоничными для шизофрении расстройствами мышления [Schimmelmann V. et al., 2013].

Обследование проводилось на этапе становления ремиссии при редукации психопатологических расстройств.

Контрольная группа (30 человек) – условно психически здоровые в возрасте от 16 до 29 лет. Средний возраст группы 22,6 года, $SD=2.7$.

В ходе сопоставления данных психических процессов на основе анализа научной литературы были выделены основные критерии, позволяющие разделить и определить процессы воображения, фантазии, сновидения и галлюцинации: 1) воображение – произвольное оперирование во внутреннем плане образами и ситуациями, которые происходили или могут произойти в реальном мире; 2) фантазии – представление несуществующих образов или ситуаций, которые не могут произойти в реальном мире; смена образов в фантазии может быть более или менее произвольной; 3) сновидения – как правило, неконтролируемая смена образов, отражающих реальную или фантастическую ситуацию, возникающая во время сна; 4) галлюцинации – неконтролируемые обманы восприятия, при которых человек видит, слышит или ощущает то, чего не происходит в реальности, возникающие в связи с каким-либо патологическим состоянием.

В работе применялось 1) полуструктурированное клиническое интервью, в ходе которого респондентов расспрашивали об их представлениях о воображении, фантазии, сновидении и галлюцинациях; полученные житейские определения сопоставлялись с научными представлениями; 2) проективная методика (рисуночная) «пример образа воображения, фантазии, сновидения, галлюцинации»; 3) шкала ситуативной тревожности Спилбергера для измерения уровня тревоги, вызываемой обсуждением темы галлюцинаций.

Результаты и обсуждение. Установлено, что психически здоровые добровольцы в 85% случаев чётко различали процессы воображения, фантазии, сновидения и галлюцинации между собой, их представления соответствовали научным определениям. Их рисунки были чаще адекватного размера, богаты деталями, красочные – в среднем использовалось 3 цвета и более при зарисовке своих внутренних образов, отказов рисовать не наблюдалось.

Пациенты обеих клинических групп испытывали трудности дифференциации внутренних образов: только 30% пациентов из группы риска по развитию шизофрении и 5% из группы с первым психотическим эпизодом смогли сделать это верно, опираясь при этом на адекватные критерии. Наибольшую трудность представляло различие воображения и фантазии.

В отличие от условно здоровых, больные обеих клинических групп демонстрировали большое количество отказов в процессе рисования, особенно ярко это проявлялось в отношении фантазий (по 60% отказов в каждой из клинических групп). При этом в группе шизофрении число отказов при рисовании примеров сновидений и галлюцинаций было выше, чем в группе риска по шизофрении (20% и 10% для сновидений и 15% и 5% для галлюцинаций соответственно).

Рисунки пациентов обеих групп отличались меньшей детализированностью описаний, что подтверждают значимые различия по количеству слов между каждой из клинических групп и контрольной ($p=0,0001$). При этом рисунки выполнялись только одним цветом в группе шизофрении (фантазии – 100% случаев, сновидения – 60%) и в группе риска по шизофрении (фантазии – 90% случаев, сновидения – 90%), что отличало обе группы от контрольной (фантазии – 50%, сновидения – 60%). При этом если больные шизофренией, как правило, использовали только простой карандаш или ручку, то пациенты группы риска использовали в качестве единственного и другие цвета: голубой, коричневый.

Наиболее яркие качественные различия были получены между пациентами каждой из клинических подгрупп и респондентами контрольной группы в отношении рисунков образов воображения и фантазий. В контрольной группе образы фантазии были преимущественно творческими, выполнялись в ярких цветах и сопровождалась позитивными комментариями и выражением удовольствия от процесса. Рисунки же пациентов характеризовались ярко выраженной эмоциональной амбивалентностью, наличием тревоги, агрессии. При этом в отношении образов воображения подобных различий выявлено либо не было, либо они были менее выразительными.

В отношении сновидений были получены неожиданные результаты. Рисунки образов сновидений были схожи по цветовой гамме среди всех исследуемых групп, в большинстве случаев выполнялись одним цветом, включали элементы, связанные с эмоциями тревоги и страха и сопровождалась негативными комментариями. При этом в группе риска по шизофрении рисунки выполнялись одним цветом значительно чаще, чем в группе шизофрении.

Обсуждение темы галлюцинаций вызывало значимое повышение уровня тревоги во всех группах: среди здоровых людей (критерий Уилкоксона, $p=0,045$), в группе пациентов с шизофренией ($p=0,021$) и среди пациентов группы риска по шизофрении ($p=0,04$). Наибольшее количество отказов наблюдалось в группе шизофрении. При этом были выявлены содержательные отличия образов между группами: рисунки галлюцинаций здоровых людей содержали необычные, фантастические образы, полностью выбивающиеся из реальности («зелёные человечки», «космический корабль», «красная трава»), в то время как пациенты в качестве примеров галлюцинаций рисовали самые обычные образы («тёмное пятно», «человек стоит», «солнце»).

Выводы. Психически здоровые люди дифференцируют воображение, фантазии, сновидения и галлюцинации, их представления согласуются с научными определениями. У пациентов группы риска по шизофрении границы между психическими процессами воображения, фантазий, сновидений и галлюцинаций становятся менее жёсткими, а у пациентов с шизофренией они практически размыты. Наибольшую трудность в плане дифференциации представляют образы воображения и фантазии.

Эмоциональная окраска образов воображения, фантазий, сновидений и галлюцинаций также различается между группами. Наибольшей диагностической значимостью характеризуется отношение пациентов к образам фантазии: в отличие от здоровых людей, у пациентов фантазии вызывают тревогу, амбивалентные переживания, рисунки выполняются одним цветом, характерны отказы. Негативные реакции по отношению к образам фантазии намного более яркие, чем по отношению к образам галлюцинаций.

Сновидения вызывают преимущественно негативные переживания, причем не только у пациентов, но и у здоровых людей. Наибольшую интенсивность негативных переживаний они вызывают у пациентов группы риска по шизофрении.

Обсуждение темы галлюцинаций вызывает повышение тревоги как в группах пациентов, так и у здоровых людей. Содержание предполагаемых образов галлюцинаций имеет качественные различия у пациентов и здоровых людей.

Полученные результаты могут использоваться в практической деятельности врачей-психиатров для более тонкой дифференциальной диагностики расстройств шизофренического спектра на ранних этапах заболевания.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОЖНОСТИ И САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Шмойлова Н.А.¹, Каширский Д.В.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Алтайский государственный педагогический университет», Барнаул, Россия,

² ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», Барнаул, Россия

Согласно А. Маслоу, любое человеческое существо стремится к своему расцвету, действуя в наибольшей степени в соответствии со своими возможностями и притязаниями. Путь к осуществлению потенциальных возможностей индивидуума – к его самореализации – открывается лишь после удовлетворения его дефицитарных потребностей. Самоактуализация, по Маслоу, – это полное раскрытие талантов и способностей, реализация творческого потенциала личности.

Психически здоровый индивид, в понимании А. Маслоу, может быть охарактеризован как «зрелый, с высокой степенью самоактуализации». Стремление к более высоким целям указывает на психическое здоровье. Самоактуализирующихся индивидуумов привлекают наиболее трудные и запутанные проблемы, требующие максимальных и наиболее творческих усилий. Они стремятся иметь дело с неопределенностью и неоднозначностью и предпочитают трудные задачи легким решениям. А. Маслоу предупреждает также и о том, что предельная увлеченность процессом достижения высоких результатов в своей деятельности может угрожать психическому здоровью личности.

Ученые-психологи отмечают, что полноценным субъектом саморазвития личность становится только в юношеском возрасте, в период существенных изменений в самосознании, когда формируется чувство «взрослости», происходит процесс переориентации с детских на взрослые нормы развития (Цукерман Г.А., Мастеров Б.М., 1995). Эти авторы признаком «взрослости» считают то, что подросток начинает ставить перед собой цели, в том числе по самосовершенствованию, самоактуализации, видеть перспективы своего поведения, только тогда его можно считать субъектом собственного развития. При этом у юношей и девушек ещё не сформировано представление о себе, что приводит к проявлению психологических защит и форм деструктивного поведения (Особенности личностного развития одаренных старшеклассников: материалы IV Международной научно-практической конференции «Научная мысль информационного века-2008»).

Одной из форм такого поведения, на наш взгляд, является тревожность, ведь стремление постоянно добиваться успеха мешает правильно оценить его, порождая чувства постоянной напряженности.

Цель. Определить степень личностной тревожности юношей и девушек с различными уровнями самоактуализации.

Материал. Исследование проводилось в марте 2019 г. среди юношей и девушек 16–17 лет ($n=56$), которые после окончания лицея намерены получать высшее образование.

Методы. Самоактуализационный тест Л.Я. Гозмана и др. (1995), опросник личностной и ситуативной тревожности Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина.

Результаты исследования. По данным теста САТ, 21,4% испытуемых имеют показатели, находящиеся в диапазоне самоактуализации, 64,3% – в диапазоне психической и статистической нормы, 14,3% – низкий уровень самоактуализации. Получено распределение по выраженности личностной тревожности юношей и девушек: 33,9% – высокий уровень тревожности, 53,6% – средний и 12,5% – низкий уровни.

Выявлена положительная корреляционная зависимость между личностной тревожностью (по тесту Спилбергера) и интегральным показателем САТ ($r=0,707$, $p\leq 0,01$), а также шкалами: опоры ($r=0,717$, $p\leq 0,01$), ориентации во времени ($r=0,622$, $p\leq 0,01$), гибкости поведения ($r=0,606$, $p\leq 0,01$), самопринятия ($r=0,506$, $p\leq 0,01$), контактности ($r=0,583$, $p\leq 0,01$), познавательных потребностей ($r=0,522$, $p\leq 0,01$).

Полученный результат говорит о том, что присущие юношам и девушкам характеристики (стремление максимально полно реализовать свой внутренний потенциал, способность находиться «здесь и сейчас», ценя каждый момент времени, независимость суждений, стремление к получению новых знаний, расширению круга знакомых) могут приводить к тому, что перед молодежью появляются все новые и новые вопросы, и в силу возрастных особенностей они испытывают перенапряжение, что может способствовать появлению тревожности и ухудшению психического здоровья. Таким образом, те юноши и девушки, которые постоянно стремятся к достижению успеха, реализации своих талантов и способностей, имеют высокий уровень притязаний и испытывают постоянное чувство неудовлетворенности, неустойчивости, напряженности. Это ведет к гипертрофированной потребности в достижениях, к тому, что она приобретает ненасыщаемый характер, отсюда появляются тревожность и перенапряжение.

Проведенное исследование указывает на наличие прямой зависимости между степенью личностной тревожности и самоактуализацией личности в юношеском возрасте. Выводы данного исследования могут быть использованы в работе педагогов-психологов с юношами и девушками.

Так, молодые люди, стремящиеся к полной реализации своих способностей, нуждаются в помощи психолога, так как это видимое благополучие достается им очень высокой ценой и чревато срывами, что способно привести к нарушениям психического здоровья. У таких школьников тревожность порождается из-за постоянного стремления добиваться успеха. Это приводит к гипертрофированной потребности в достижениях, к тому, что эта потребность приобретает ненасыщаемый характер. Следствием этого являются перегрузка, перенапряжение, снижение работоспособности. Задача психолога, на наш взгляд, должна заключаться в том, чтобы помочь юношам и девушкам правильно оценивать свои возможности при повышенном стремлении к реализации своих способностей.

СВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ястребова В.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Современные теории шизофрении рассматривают расстройства когнитивных функций как проявление центральных патогенетических процессов [Andreasen N.C., 1997; Pilling S., 2002] и включается в третью самостоятельную группу симптомов наряду с позитивной и негативной симптоматикой. Экспериментально-психологические исследования психических функций (память, мышление, внимание) выявили низкую эффективность переработки информации у больных шизофренией [Rayn R.W., 1986]. Когнитивные нарушения носят генерализованный характер, выявляются на всем протяжении заболевания, усиливаются в периоды обострений и имеют тенденцию к умеренному улучшению в состоянии ремиссии [Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А., 2004; Софронов А.Г., Спикина А.А., Савельев А.П., 2012; Vozikas V.P., Andreou Ch., 2011]. Рядом авторов выявлена зависимость когнитивного дефицита от выраженности негативных и продуктивных расстройств, однако данные, существующие по этому вопросу, зачастую противоречивы, разрозненны и требуют дальнейшего изучения [Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Миняйчева М.В., 2014; Sharma T., Harvey Ph., 2000].

Целью исследования является изучение нейрокогнитивных функций у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в зависимости от их клинико-психопатологического состояния.

Материалы исследования. 100 больных шизофренией (пациенты общественной организации «Семья и психическое здоровье», дневного стационара и медико-реабилитационного отделения ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ).

В зависимости от психопатологического состояния пациенты с расстройствами шизофренического спектра были разделены на две группы. Первая группа включала 41 пациента с отсутствием или неполной ремиссией, преобладанием в состоянии продуктивной психопатологической симптоматики и минимальной выраженностью негативных симптомов. Вторая группа состояла из 59 пациентов со стойкой лекарственной ремиссией (не менее 5 лет), отсутствием в состоянии продуктивной симптоматики и преобладанием негативных симптомов различной степени выраженности.

Методы: клинико-психопатологический; шкала PANSS (Kay S., Opler L., Fiszbein A., 1987); Монреальская шкала оценки когнитивных функций – MoCA (Nasreddine Z.S., 1996), оценивающая зрительно-пространственные способности, исполнительные навыки, узнавание, память, внимание, речь, абстрактное мышление, отсроченное воспроизведение, ориентацию; статистический метод с применением непараметрического критерия Манна–Уитни, критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты. В нозологической структуре пациентов первой группы у большинства из них (78,0%) преобладала параноидная шизофрения (в том числе у 2/3 третей пациентов наблюдался непрерывный, у трети – эпизодический тип течения), реже наблюдалось шизоаффективное расстройство (12,2%) и шизофрения детского типа (9,8%). В статусе пациентов присутствовала актуальная продуктивная полиморфная симптоматика бредового, галлюцинаторного, аффективно-бредового, аффективного характера. Негативная симптоматика регистрировалась в умеренной или минимальной степени. Выраженность симптоматики по шкале PANSS соответствовала следующим показателям: по шкале позитивных симптомов – $23,5 \pm 2,1$ балла, негативных симптомов – $13,7 \pm 2,3$ балла, общий балл – $75,3 \pm 6,5$.

Пациенты второй группы находились в состоянии стойкой терапевтической ремиссии с отсутствием острой/подострой продуктивной симптоматики на момент исследования. Половина из них (49,2%) страдала параноидной шизофренией эпизодического течения; 22,0% – вялотекущей шизофренией с неярко выраженными неврозоподобными и психоподобными синдромами; у 5,1% пациентов диагностировано шизоаффективное расстройство; 23,7% пациентов страдали резидуальной шизофренией со стойкой дефицитарной симптоматикой и отсутствием позитивных симптомов.

У всех пациентов второй группы в статусе была представлена выраженная дефицитарная симптоматика псевдоорганического или психопатоподобного типа. Выраженность психопатологической симптоматики по шкале PANSS соответствовала низким показателям по шкале позитивных симптомов ($7,1 \pm 1,6$), высоким баллам по шкале негативных симптомов ($24,5 \pm 2,4$), общий балл – $64,3 \pm 6,2$.

Анализ когнитивных функций в указанных группах пациентов выявил существенные различия не только в их выраженности, но и в профиле когнитивных нарушений. У пациентов первой группы выявлено существенное снижение когнитивных функций по шкале МОСА – $21,8 \pm 2,1$ против $24,5 \pm 1,3$ балла во второй группе ($p \leq 0,005$), при норме от 26 до 30 баллов. У пациентов первой группы обнаружено снижение по всем составляющим когнитивного функционирования по сравнению с пациентами второй группы: долгосрочной памяти – $2,6 \pm 0,6$ против $3,7 \pm 0,6$ балла ($p \leq 0,005$) при норме 5 баллов; затруднения в серии вычитаний – $2,2 \pm 0,4$ против $2,7 \pm 0,3$ ($p \leq 0,005$) при норме 3 балла, нарушение оптико-пространственной деятельности – $1,6 \pm 0,5$ против $2,1 \pm 0,3$ ($p \leq 0,005$) при норме 3 балла; нарушения плавности и целенаправленность речи – $1,4 \pm 0,5$ против $2,3 \pm 0,2$ балла ($p \leq 0,005$) при норме 3 балла, внимания – $0,8 \pm 0,3$ против $1,6 \pm 0,2$ ($p \leq 0,005$) при норме 2 балла.

Во второй группе пациентов отмечено меньшее снижение когнитивных функций по шкале МОСА. Эта группа пациентов существенно отличалась и по профилю когнитивных нарушений. Заметное снижение отмечалось лишь по шкале отсроченного воспроизведения слов, характеризующей долгосрочную память, и по шкале нарушения абстрактного мышления – $1,1 \pm 0,3$ балла против $1,6 \pm 0,3$ в первой группе ($p \leq 0,005$) при норме 2 балла.

Таким образом, пациенты, находящиеся вне ремиссии, в остром/подостром состоянии и с наличием в статусе продуктивной симптоматики показали значительно более выраженные нарушения всего спектра когнитивных функций. Пациенты с признаками стойкой терапевтической ремиссии и преобладанием негативных расстройств показали значительно меньший профиль числа когнитивных нарушений и их меньшую выраженность. У пациентов с преобладанием в состоянии негативных симптомов над продуктивными выявлено снижение лишь по параметрам памяти и абстрактного мышления.

Заключение. Проведенное исследование выявило взаимную зависимость уровня нейрокогнитивного дефицита с отсутствием или наличием ремиссии. Обнаружено прямое соответствие степени выраженности и числа когнитивных расстройств при преобладании в состоянии пациентов продуктивной симптоматики.

Вместе с тем негативная симптоматика в состоянии пациентов в меньшей степени влияла на профиль когнитивных функций, чем продуктивная. С учётом этого можно предположить, что когнитивные расстройства, с одной стороны, являясь независимым клиническим образованием, связаны с позитивными и в меньшей степени с негативными симптомами.

Проведённое исследование позволяет уточнить феноменологические характеристики когнитивных расстройств при шизофрении и указывает на необходимость дифференцированного подхода к клиническому описанию психопатологического статуса больных с учетом особенностей когнитивных нарушений. Полученные данные могут способствовать созданию персонализированных подходов к проведению когнитивных тренингов в зависимости от психопатологического состояния и текущего этапа заболевания больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У МАТЕРЕЙ-ПОДРОСТКОВ

Яковенко К.В., Магденко О.В.

**ФГАОУВО «Новосибирский национальный исследовательский
государственный университет», Новосибирск, Россия**

Материнство – это сложный феномен, имеющий свои индивидуальные особенности. С течением времени происходят различные изменения, в том числе и касающиеся материнства. Изменяются цели и мотивы, из-за которых женщина становится матерью, происходят изменения в отношении женщины к своей роли матери и отношению к ребенку. Родительство постепенно уходит с лидирующих мест в иерархии ценностей женщины из-за стремления к высокому социальному статусу, карьерному росту и свободе. Или же наоборот, матерями становятся девушки, которые сами еще не способны обеспечивать себя и имеют искажённые представления о своей будущей роли в качестве матери. Именно эта проблема, проблема раннего материнства, отношения к своему ребенку и роли матери у девушек-подростков скрывает под собой множество вопросов, в которых мы должны разобраться.

Интерес к материнству в психологии первоначально возник в русле двух направлений: изучение роли матери в образовании ранних личностных структур (психоанализ и другие направления психологии личности: З. Фрейд, К. Хорни, Э. Эриксон, Дж. Боулби и др.) и материнское отношение, материнская позиция, детско-родительское взаимодействие (В.И. Гарбузов, Э.Г. Эйдемиллер, А.С. Спиваковская, А.Я.

Варга, А.Д. Кошелева, В.И. Перегуда, И.Ю. Ильина и др.). Тема раннего материнства давно уже не новая и изучение ей также посвящено большое количество исследований. Так, Энн Муркотт (1980) в своей работе «The Social Construction of Teenage Pregnancy: a Problem in Ideologies of Children and Reproduction» проанализировала данную проблему, выявив у неё множество пугающих факторов, таких как отсутствие временной разницы между детством и взрослостью, легитимность, искажение понимания материнства, о чем и пойдет речь в нашей работе.

Раннее материнство выступает как зачастую неосознанное вступление и принятие на себя роли матери, когда в физиологическом плане это становится возможным. Подобное может быть с наступлением первой менструации, что говорит о готовности организма женщины воспроизводить потомство: произошли все биологические изменения, направленные на беременность и вынашиваемость плода (Путинцева Е.Л., 2011). Но далеко не всегда, по мнению автора, женский организм в столь раннем возрасте готов к рождению ребенка. Нередки случаи, когда ранняя беременность выступает как угроза потерять не только этого ребенка, но и невозможность выносить детей в дальнейшем.

Э. Эриксон (1996) же считал, что как бы ни был хорошо развит и готов женский организм к деторождению, самый важный аспект – это психологическая готовность разделить свою жизнь с ребенком. Зачастую, по его мнению, девушка-подросток, даже готовая физиологически, не способна любить настолько сильно, чтобы чувствовать связь с другим человеком.

Важно так же отметить, что депрессивные состояния у молодых матерей напрямую зависят от отношения к ним окружающих и общей атмосферы вокруг них, что в свою очередь, по нашему мнению, может вызывать социальную фрустрированность. Поэтому в этот период крайне важна поддержка со стороны близких людей.

Е.С. Михайлин (2016) считает, что период подростковой беременности вовсе небезопасен от переживаний. Он пишет о том, что первые месяцы беременности происходят наиболее травматично для психики будущей молодой матери, так как именно в этот период происходит принятие своей новой роли и изменений в привычном образе жизни. Вследствие этого возможно усугубление состояния, вызванное влиянием социальных факторов, отсутствием поддержки со стороны близких людей. Беременность, по мнению автора, сопровождается повышенным уровнем тревожности, что очень часто является причиной прерывания беременности, а в дальнейшем и негативного отпечатка на психику девушки.

Нетрудно представить, что чувствует молодая девушка, узнав о своем новом положении. Изменения в организме девушки далеко не единственное, что беспокоит и грозит молодой матери. Кризисные моменты в общении с родителями, сверстниками, беспокойство за свое будущее, – все это побуждает девушку вырабатывать механизмы психологической защиты. Желание, с одной стороны, стать матерью, с другой – страх за будущее побуждают у девушки множество внутриличностных конфликтов, с которыми, в виду раннего возраста, совершенно не просто справиться юной матери.

На основе изученной литературы мы проанализировали описанные варианты психологического компонента гестационной доминанты, но больше всего в работе нас интересовал такой вариант, как гипогестогнозический, который И.В. Добряков (2009) охарактеризовал как нежелание менять жизненные стереотипы и образ жизни. Девушки продолжают учиться, заниматься спортом, скептически относятся к курсам дородовой подготовки, редко посещают женскую консультацию и зачастую не следуют предписаниям врачей. После родов же уход за малышом чаще всего ложится на плечи родственников, бабушек.

По итогам изучения механизмов психологической защиты мы пришли к выводу о том, что вытеснение как механизм психологической защиты может использоваться беременной девушкой в ситуации осознанного забывания своей беременности. Девушка продолжает жить обычной жизнью, не становится на учет в женской консультации и будто бы действительно забывает о своем положении и будущем ребенке. Проекция может иметь место быть, когда девушка винит в беременности своего партнера, не признавая доли своей ответственности. Как и механизм замещения, когда девушка возлагает ответственность на родителей, знакомых. Отрицание может быть использовано сходным образом с вытеснением, только в этом случае девушка осознанно перестает верить в свою беременность, не признаваясь в этом ни родителям, ни врачам, ни в первую очередь себе. Отрицание чревато серьезными проблемами со здоровьем девушки, запущенными заболеваниями в ее организме и развивающимися у ребенка. На основе изученного мы предположили, что у девушек, решивших рано стать матерями, может наблюдаться повышенный уровень общей напряженности.

Цель работы. Исследование различий в особенностях переживания беременности у молодых матерей до 20 лет и матерей старше.

Гипотеза исследования. У девушек, готовящихся стать матерями в возрасте до 20 лет, преобладает гипогестогнозический ПКГД, характерны более высокие уровни психологических защит и социальной

фрустрированности, чем у девушек, которые рожали или ожидают ребенка в более взрослом возрасте (после 20 лет).

Материал и методы. Проведено тестирование 40 беременных девушек, 20 из которых были моложе 20 лет.

В процессе работы использовались следующие методики диагностики: тест отношений беременной «ТОБ», автором которой является И.В. Добряков (2009), методика «Индекс Жизненного Стиля» Роберта Плутчика и Генри Келлермана, методика «Уровень социальной фрустрированности», разработанная в 2004 г. в сотрудниками НИПНИ им. В.М. Бехтерева Л.И. Вассерманом, Б.В. Иовлевым и М.А. Беребиным.

Статистический анализ результатов проводили в программе Statistica с помощью критерия Манна–Уитни для независимых групп.

Обсуждение. При обработке результатов исследования с использованием U-критерия Манна–Уитни были обнаружены значимые различия по шкалам «гипогестогнозический ПКГД», «оптимальный ПКГД», «ИЖС-отрицание», «ИЖС-вытеснение», «ИЖС-регрессия», «ИЖС-компенсация», «ИЖС-общая напряженность» и «Уровень социальной фрустрированности».

Сравнительный анализ двух групп позволил сделать следующие выводы. В группе девушек, которые ожидают ребенка в возрасте до 20 лет, отмечаются более высокие показатели психологических защит, общей напряженности и повышенный уровень социальной фрустрированности, чем в контрольной группе девушек старше 20-летнего возраста. Также были получены данные о том, что у девушек контрольной группы встречался преимущественно оптимальный ПКГД, в то время как в группе девушек до 20 лет у большинства испытуемых выявлялся гипогестогнозический вариант психологического компонента гестационной доминанты, что может свидетельствовать о явном или преимущественно о скрытом, бессознательном неприятии факта ранней беременности (Добряков И.В., 2009).

Таким образом, проведенный анализ позволяет подтвердить нашу гипотезу о том, что у девушек, готовящихся стать матерями в возрасте до 20 лет, преобладает гипогестогнозический тип переживания беременности, а также имеют место более высокие уровни как психологических защит, так и выше уровень фрустрированности по сравнению с девушками, которые ожидают ребенка в более взрослом возрасте. Результаты проведенного исследования дают основание сделать вывод о том, что ранняя беременность сопровождается значительно большим уровнем переживаний, связанных с неприятием девушки своей новой (материнской) роли, психологической неготовностью и осуждением её нового положения микроокружением и обществом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТТЕРАПИИ В СЕМЕЙНОМ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ятченко Е.В., Скосырева Т.И., Ткаченко О.В.

**КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»,
Барнаул, Россия**

Целью обращения в наркологический диспансер лиц с зависимостями может быть не только достижение трезвости, но и желание сохранить семью. Такой мотив может служить началом семейного консультирования и психотерапии. Актуальность проблемы проявляется, с одной стороны, в том, что такой фактор, как семейное напряжение, делает процесс выздоровления пациента, страдающего наркологическими заболеваниями, нестабильным, с другой стороны – обуславливает высокий уровень разводов среди наркологических пациентов.

В семейной терапии успешно применяются проективные методики. В собственной работе мы использовали метафорические ассоциативные карты (далее – МАК). В основе работы с МАК лежит механизм проекции. Рассматривая и анализируя карту, каждый человек воспринимает и чувствует свои ассоциации. Это помогает заглянуть в подсознание, найти истинные причины проблем и работать с ними.

В КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер» на протяжении года на базе кабинета медицинской реабилитации проводились еженедельно совместные групповые занятия пациентов и их родственников. Групповую психотерапию закончило 30 человек. На основе проведенного исследования психологических черт личности пациентов и их родственников можно говорить о преобладании высоких уровней тревожности, депрессии, эмоциональной напряженности, контролирующего стиля коммуникации у родственников; признаков личностной незрелости, инфантилизма, нарушения смысложизненных ориентаций, низкого уровня locus-контроля и общей осмысленности жизни – у пациентов.

На основе теста-опросника удовлетворенности браком (ОУБ), разработанного В.В. Столиным, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко (1984), как у родственников пациентов, так и у самих пациентов выявлено преобладание низкого уровня удовлетворенности семейной жизнью.

Во время групповых психотерапевтических занятий мы пользовались основными наборами МАК: «Кнуты и пряники», «Из сундука прошлого», «Границы и убежища», «Спектрокарты», «Окна и двери», «Проститься, чтобы жить», «Преодоление». В течение одного занятия использовалось несколько наборов карт.

Структура занятия строилась по следующему принципу: 1) карты из набора располагаются на столе; 2) ведущий формулирует тему и задачу занятия; 3) ведущий предлагает внимательно рассмотреть участникам занятия в течение 5–10 минут карты, ассоциируя их с обозначаемой темой; 4) карты выбираются в полной тишине; 5) каждый участник группы называет и комментирует свою карту; 6) обсуждение и вопросы участников, связанные с комментариями друг друга.

Этапность работы формировалась по трем основным принципам: обучение умению распознавать свои чувства и вербализировать их; обучение умению навыкам анализа проблемы с поиском конструктивного решения и выхода из неё, в том числе научение умению договариваться и просить о помощи; осознание собственных границ.

По итогам проведения группы выяснилось, что партнеры наркологических пациентов и сами пациенты перенесли различные психотравмирующие ситуации в детстве, при обучении в школе, в браке и семье, проецирование этих ситуаций на МАК позволяет вычленять негативные паттерны поведения. На основе анализа данных можно говорить о преобладании двух типов жизненного сценария. У 70% пациентов и их родственников вербализируются ситуации отвержения ребенка родителем в связи с появлением отчима, брата или сестры. Основной тип сценария – это стремление заслужить любовь (формирование невротической потребности в любви, по К. Хорни). У 30% участников группы отмечается тип воспитания в родительской семье по принципу гиперопеки. У 100% участников группы имеется дефицит общения с отцом в детстве по причине его смерти, ухода из семьи в связи с разводом родителей.

Для достижения целей второго этапа использовались следующие методики. Пациентам и их партнерам предлагалось каждому провести анализ удовлетворенности основных жизненных сфер. В дальнейшем следовало выбрать карты из набора МАК для сферы, вызывающей чувство неудовлетворенности, по алгоритму: проблема (актуальное состояние) – как реагирует тело (телесная реакция) – мысли – чувства – решение – мои ресурсы. В случае выбора пациентами негативной карты рекомендовалась заменить выбранную карту на другую (из колоды аффирмации) или выбрать ресурсную карту, т.е. создать себе положительную установку.

С целью достижения и обучения навыкам осознания границ выбор и анализ МАК производился путем ответов на следующие вопросы. Каковы мои границы? Какие мои страхи и негативные жизненные сценарии отражают мои границы? Как я устанавливаю границы? Как партнер выстраивает со мной границы?

По итогам групповой терапии можно говорить об увеличении у участников групповых занятий показателей удовлетворенности браком на 80% (на основе Опросника удовлетворенности браком) по сравнению с группой пациентов, родственники которых не принимали участие в групповой терапии.

Клинический случай. Пациент, 47 лет, страдает алкоголизмом в запойной форме, работает водителем, ранее занимался бизнесом. В ходе конфликта после последней алкоголизации произошла драка с женой, что ранее в их семье никогда не случалось. Жена пациента, 45 лет, проходит лечение по поводу депрессии.

В ходе первых сессий пациент выбирает следующие карты.



Выбор именно этих карт он объясняет тем, что тяжело переживает свою алкогольную зависимость, ощущает чувство тупика, из которого трудно найти выход, сожалеет о потерянном «на пьянку» времени и нереализованных планах в профессиональной карьере и семье, чувствует жизненный крах. Вспоминает ситуации из раннего детства, когда все его любили, холили и жалели, а потом это внезапно прекратилось, когда мать повторно вышла замуж и в семье появился отчим.

При тестировании жены пациента с помощью набора МАК выбор сделан в пользу следующих карт.



Данный выбор карт пациентка трактовала следующим образом. В детстве в семье меня окружала доброжелательная атмосфера, но в то же время мать была чересчур строгой и требовала безоговорочного повиновения. Я, конечно же, всегда и во всём её слушалась, но всё равно боялась совершить хотя бы малейшую ошибку. Когда же это случалось, я испытывала чувство вины и сильно переживала. В те годы мать для меня была самым значимым человеком в мире, я её любила, но в то же время всегда испытывала страх перед ней. При описании проблемы – это не покидающая меня душевная боль, узел, который я не могу распутать, как мне кажется, до сих пор. Ещё я выбрала карту с изображением мальчика, который слишком стеснительный и поэтому ему сложно рассказать о своих скрытых чувствах. Так же, наверное, как и мне.

На конечной стадии психотерапии значительно изменились трактовки и выбор карт как самим пациентом, так и его женой.



Пациент выбор двух карт объясняет тем, что теперь понимает и осознает собственную роль в том, как в дальнейшем сложится жизнь. Моя судьба в моих руках, ведь только от моего желания и стремления измениться к лучшему и избавиться от алкоголизма зависит наше общее счастливое будущее, ведь я, как муж и родитель, сам могу дарить любовь и заботиться о своих близких.

Жена выбирает карту с изображением мальчика, целующего девочку, с интерпретациями: я позволяю о себе заботиться и доверять своему мужу, говорить о любви друг к другу.

TREATMENT OPTIONS OF BIPOLAR DEPRESSION

Hans-Jörg Assion

LWL-Klinik Dortmund, Germany

The bipolar depressive states are usually characterized by a slowing or decrease in almost all aspects of emotion and behavior. Not only mood, but most mental activity is markedly slowed during depression. Fatigue, lack of activity and altered sleep are hallmarks of these episodes. Difficult to diagnose and often leading to misdiagnosis are mixed states. Despite the diagnostic difficulties their existence has been recognized for centuries. Introducing with diagnostic pitfalls the contribution will mainly focus on medical treatment of bipolar depression. The clinical management of depressed patients, addressing the evaluation and treatment process, will be considered and an overview of treatment regimen according to Guidelines and Consensus Statements will be given. Depression accounts for the preponderance of the morbidity in bipolar depression and clinicians are well advised to get to grips with current knowledge and research in the field of pharmacological treatment strategies.

PSYCHOEDUCATION FOR PEOPLE WITH A MIGRATION BACKGROUND

Tatjana Kaaz

LWL-Klinik Dortmund, Germany

The consequences of migration can entail personal and psychological burdens as well as effects on health. However, there are barriers in the health system for people with a migration background and the number of culturally sensitive services is low. The manual "Intercultural Psychoeducation" presented here is intended to present an adapted range of care services. It provides a modular structured culturally sensitive offer with the aim of increasing the quality of care for migrants. The focus is on imparting knowledge about daily life in Germany, prevention, social contacts and help associations, but also on mental illnesses. It was translated in German, Arabic and Turkish.

An evaluation of the manual is currently taking place at the LWL-Klinik Dortmund and cooperating Vitos-Klinik's. The questions to be worked out are whether there is an increase in treatment satisfaction through participation in the psychoeducative group and to what extent participants have a benefit in everyday life. For this purpose, before-and-after surveys are carried out with the help of evaluated questionnaires, among other things. The psychoeducation groups take place once a week with 5-12 patients for duration of 60 minutes. The composition is heterogeneous in gender, language and diagnosis. Up to 5 sessions per participant are planned.

Results so far show an improvement in the level of knowledge and openness to talk about problems, as well as a tendency to improve language competence. In addition, the participants reported a high level of overall satisfaction. A consolidation of the previous results is expected.

Overall, an increased adherence to therapy, a reduction of fears and insecurities, personal responsibility in dealing with mental illnesses as well as early recourse to support are expected. This would in turn lead to an increase in the quality of life.

COMPREHENSIVE SUPPORT FOR CHILDREN OF ALCOHOLICS

Gerhard Reymann

LWL-Klinik Dortmund, Germany

Children of alcoholics are exposed to various risks. These range from toxic effects of the mother's alcohol consumption during pregnancy, child neglect, child abuse and also stigmatisation throughout childhood to an increased risk of almost any psychiatric disorder, including addiction, throughout lifetime.

The author gives an overview of the various preventive, diagnostic and therapeutic measures that are used in Germany in general and in the city of Dortmund in particular. New national guidelines facilitate diagnosis of fetal alcohol spectrum disorder (FASD). Public campaigns are being conducted to reduce the high incidence of FASD in Germany. In addition, various institutions are attempting to offer comprehensive support through special cooperation between social workers and doctors. The support provided by self-help groups should also be mentioned here.

COGNITIVE BEHAVIORAL ANALYSIS SYSTEM OF PSYCHOTHERAPY (CBASP): GROUP THERAPY FOR CHRONIC DEPRESSION

Natalia Smilowski

LWL-Klinik Dortmund, Germany

Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) is the only psychotherapeutic program that was developed specifically for the treatment of chronic depression.

CBASP encourages the patient to pay attention to what he is causing in others.

One of the goals of treatment is the development of social skills with the help of which empathic, open and purposeful behavior is possible.

Joint CBASP situational analysis in groups proves to be an effective method of treatment for chronic depression.

**POSSIBILITIES OF AN INTERMEDIAL APPROACH IN MUSIC
PSYCHOLOGY FOR PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICES:
TON-PSYCHOLOGY AND "TONCHARACTER" IN THE THEORY
OF JACQUE HANDŠIN (1866–1955)**

Elizaveta E. Willert

Humboldt-Universität zu Berlin, Faculty of Humanities and Social Sciences, Department of Musicology and Media Studies, Berlin, Germany

In psychotherapeutic practice, so-called art therapy is a method that is widely practiced (Phil Jones, *The Arts Therapist, A Revolution in Healthcare*, 2004, London, Routledge). Art therapy gives the opportunity to form new ways of communication between the therapist and the patient and opens further possibilities of perception of reality in front of the patient. This perception depends on several criteria. One of these is to put the patient in the role of the listener. There is no demand for passive music listening, but communicative listening to music (Alisoc Ledger, Jane Edwards, *Arts-based research practices in music therapy research: Existing and potential developments*, Elsevier, Vol.38. Issue 5. November 2011, p. 312–317). The art therapy is strongly connected with music psychology, which investigates the phenomenon of communicative listening to music.

On the one hand, the communication between the music and the listeners is considered in music psychology. On the other music psychology deals with the questions, how does the music itself function, where is the "core" of the musical expression. Somebody differentiates between classical and "communicative" music psychology. In classical music psychology, one often speaks of a "behavior towards music" (Hans-Peter Reinecke, *Kommunikative Musikpsychologie, Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie*, 2. Auflage, Gustav Fischer, 1982, p. 111–123). Since the 1970s, a discourse has emerged where musical behavior was an interaction between individuals or groups. In this respect, musical communication resembles verbal-language communication and consists of some communicative elements such as "sound", "rhythm", "melody". One aspect of communication is the so-called "Tonkunst" (eng. Tonkunst), as, for example, Austrian musicologist Eduard Hanslick calls it: "Die Tonkunst" ist keine "bloße" Musik, sondern die Musik, deren Formen, welche sich aus Tönen bildet, sind nicht leer <...> sondern sich von innen heraus gestaltender Geist" (eng. "The art of music is not "mere" music, but the music, whose forms, which are formed of sounds, are not empty <...> but spirit forming from within") (Eduard Hanslick. *Vom Musikalisch-Schönen*, Aischines, Padeborn, 2017, Neue Auflage). The interdisciplinary approaches in psychotherapeutic practice depend on several parts of the music, but also on the human psyche. Music is always a product of human creativity, but in the scientific discourse on

music psychology, the question of the psychic roots of music remains open (Music, Health & Wellbeing, Raymond A.R. McDonald, Oxford, 2012). The process of reaction between the patient and the music often takes on very different artistic forms: it can also be painting, body movements, improvisation with music and musical instruments, a song or a conversation. Communicative listening to music is handled by the patient and presented in a variety of forms.

This diverse variation of communication between the music and the listener is intermedial. This means that a music horn inspires the listener for a different kind of creative activity. "Intermediality" or "multimedia" are terms that in one way or another all refer to constellations or processes in which multiple media come into play. Already the different prefixes indicate that these meanings, with all given overlaps, combine different meanings, which always bring other dimensions and qualities of medial relations into the foreground. Based on concepts of intertextuality (relations between texts) and an extension of the interart concept (relations between arts), "intermediality" refers in the broadest sense to relations between media (Irina O.Rajewsky, Intermedialität, A. Frankce, 2002). In the case of music psychology, intermediality lays both in the scientific discourse of the subject itself - the connection between music and psychology; in the interaction of the type of practice; as well as in the art of sound itself.

The phenomenon of communicative listening to music can be explained based on the historical work of Jacque Handšjin (1866-1955). In my work I would like to introduce a typeface by Jacque Handšjin "Der Toncharakter. Eine Einführung in der Tonpsychologie" (eng. "The tonal character. An Introduction to Tonpsychology") of 1948 and discuss the application of his intermedial theory in psychotherapeutic practice (Jacque Handšjin, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1995). The psychology of sounds is still a little-debated topic of traditional musicology but is one of the major parts of music psychology. However, this writing is little reflected in contemporary discourse. In his progressive work, the scientist tries to present the traditional concepts of music, such as pitch, octave, rhythm in a new light, as a logically formed unitary system. So far most of the experiments performed with musical tones have dealt with the connection between pitch, duration and human emotions. For example, in the research of Reinecke (1970), one tried to establish the correlation between the classical and the atonal music and the emotions, musical places (like a concert), types of music (popular music or classic) (Hans-Peter Reinecke, p. 111–123). This experiment has had a zeal to link the human emotions and associations with the music. Jacque Handšjin goes a step further in his theory and tries to present a sound as independent elements of music.

This system is directly related to the cognitive thinking of a man. The work of Handšin is subdivided into themes such as the anthropology of sound, the question of the meaning of sound in historical context, quantity and quality, the audible and the visible and, above all, the latest topics of psychotherapeutic art practice and sound studies. How does the pitch relate to human perception? In what connection are gender and perception of a sound? Why does music provoke physical interaction?

Jacque Handšins model of the tone-psychology must be understood as an anthropological, humanistic model of the connection between the human soul and the character of the music. It is interesting that for Handšin the Greek term "tone" (Tonos) means a tension and in his opinion the word "tone" agrees with the term "hue". Thus, his model of sound psychology consists of such criteria that are widely used, especially from painting, such as "intensity", "brightness", "sound strength". After the antique idea about music, the scientist talks about the physical energy of the sound, which creates an energetic movement in the sound. This also provoked music's human physical interaction. The connection between music and the world of colors, between music and movement has the same structure and psycho-physical background in Handšin. In his method, Handšin tries to present different stimuli such as the ear and the eye as a sensory system. Thus, objects such as seeing objects and hearing objects, which were received separately by physiology, exist for him, but they remain inseparable in the consciousness of man as a unified system. The work of Handšin can give to music psychology a more important impetus, as it is not just human emotions that serve as the impetus for communication in therapy, but the psychology of the sound itself. The innovative approaches that are described in "Der Toncharakter. Eine Einführung in der Tonpsychologie" can be reflected and applied as new intermedial approaches in the psychotherapeutic practice and can explain a phenomenon the communicative interaction between music and human.

Содержание

Бохан Н.А., Гуткевич Е.В. (Томск) Охрана психического здоровья семьи как ресурс развития, повышения качества жизни и активного долголетия всех поколений (предисловие)	5
Абдуллаева В.К., Ирмухамедов Т.Б. (Ташкент) Особенности эмоциональной сферы у детей с аутистическими расстройствами	10
Аксенов М.М., Перчаткина О.Э. (Томск) Взрослая личность	11
Аксенов М.М., Перчаткина О.Э. (Томск) Повышение стрессоустойчивости у студентов	15
Алеева Л.А., Андреева Е.Г., Брюханцева Н.В., Терешкова Н.Ю. (Томск) Гуманитарно-образовательные проекты для педагогов как базовое условие профилактических программ «Здоровое поколение»	19
Амелина Я.А. (Москва) Деструктивные проявления в подростковой и молодежной среде: последние тенденции	24
Апаркина И.В., Гаевский Р.Г. (Пенза) Анализ распространенности поздней нейролептической дискинезии и эффективности корректирующей терапии	31
Арпентьева М.Р. (Калуга) Феномен проживания	32
Артемьев И.А. (Томск) Родоплеменные группы как вариант изучения психических расстройств в семьях населения этнических анклавов (на примере Тувы)	35
Афанасьева Н.А., Березовская М.А., Коробицина Т.В., Пичугина Ю.А., Арапиев Ю.А., Виноградов К.А., Быкова В.В., Катаева А.В. (Красноярск) Возможность математического моделирования для диагностики психотических расстройств, вызванных употреблением современных синтетических психоактивных веществ	38
Бибчук М.А. (Москва) Семья душевнобольного ребенка: от противостояния к сотрудничеству	41
Белоусова М.В., Степанушкина Н.А., Краснова Т.В. (Пенза) Диссомнические расстройства у пациентов пожилого и старческого возрастов в условиях психиатрического стационара	46
Бочкарёва З.В. (Томск) Психолого-психокоррекционное сопровождение лечебного процесса в детской онкогематологии	49
Брюханцева Н.В., Колмыкова О.Г., Паршукова А.В. (Новосибирск) «Кукла-компаньон» в сохранении и укреплении физического и психического здоровья	52
Васильева Н.А. (Томск) Семья и психическое здоровье детей дошкольного возраста	55
Васильченко Н.А., Яровикова Н.С. (Краснодар) Межличностные семейные взаимоотношения как фактор психического здоровья семьи	57

Велиева С.В. (Чебоксары) Командный подход службы ранней помощи в процессе сопровождения родителей, воспитывающих особых детей	61
Воронец О.А. (Минск, Республика Беларусь) Наличие и особенности невротических расстройств у беременных женщин с радикально пролеценным раком щитовидной железы	65
Гаевский Р.Г., Апаркина И.В. (Пенза) Эффективность применения арипипразола в случае возникновения проблемы набора веса при лечении антипсихотиками	69
Галиева А.И., Минуллина А.Ф. (Казань) Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с детским церебральным параличом ..	70
Галкин С.А. (Томск) Клинико-нейрофизиологические особенности формирования и прогрессивности алкогольной зависимости	73
Гафаров В.В., Громова Е.А., Панов Д.О., Гагулин И.В., Гафарова А.В. (Новосибирск) Роль стресса в возникновении инсульта: 14-летнее эпидемиологическое исследование по программе ВОЗ «MONICA-психосоциальная»...	76
Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Крымов Э.А. (Новосибирск) Стресс в семье, отношение к методам профилактики и риск артериальной гипертензии в открытой популяции женщин в России/Сибири. Эпидемиологическое исследование «МОНИКА-психосоциальная»	77
Гильбурд О.А. (Сургут) Профилактика подросткового токсиконаркотизма в контексте эволюционной биологии	79
Гильмутдинова И. М. (Казань) Особенности идентификации психических состояний детей-сирот	84
Гончарова А.А., Юрченко А.О., Козлова С.М. (Томск) Адаптация больных шизофренией с антипсихотик-индуцированной акатизией	86
Горлова Е.Л., Кондрашова А.В., Перельгина И.А. (Москва) Материнское отношение к сиблингам с разным статусом здоровья	88
Гураль Е.С. (Томск) Роль семьи и психическое здоровье у пациентов с диагнозом рака кишечника, легких и желудка	93
Гусейнзаде Ш.Р. (Москва) Психическое здоровье родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, и раннее вмешательство	95
Гуткевич Е.В. (Томск) Психолого-генетические феномены функционирования семьи в квалификационной системе оценки психического здоровья ...	97
Дашиева Б.А., Тюлюпо С.В. (Томск) Родительская компетентность и психологическое благополучие сельских подростков	101
Дмитриева Е.Г., Семке А.В., Юровская Е.М. (Томск) Влияние комплаенса на сферу семейных взаимоотношений у больных шизофренией	105
Дубровская В.В., Мальцева Ю.Л. (Томск) Персонализированная терапия больных шизофренией с сопутствующим метаболическим синдромом	109

Егорова Н.М., Осипова Н.В., Ятченко Е.В. (Барнаул) Организация работы наркологической службы Алтайского края по профилактике потребления психоактивных веществ населением	111
Ефремов И.С., Насырова Р.Ф., Юлдашев В.Л., Асадуллин А.Р., Ахметова Э.А. (Уфа, Санкт-Петербург) Поиск ассоциаций между депрессивными проявлениями и качеством сна у лиц с алкогольной зависимостью	115
Зезуль В.С. (Томск) Адаптивная физкультура как средство комплексной реабилитации детей с нарушениями в развитии	117
Зуева А.В. (Минск) Личностные, социально-психологические особенности женщин, подвергшихся насилию в семье	120
Зуйкова А.А., Ерофеева М.А. (Коломна, Москва) Специфика прогнозирования эффективности реабилитационного процесса наркозависимых лиц в условиях психологического центра	122
Игумнов С.А. (Москва) Дисфункциональные паттерны совладающего поведения молодых людей из группы риска по наркотической зависимости ...	126
Игумнов С.А., Зарецкий В.В. (Москва) Аутодеструктивное поведение подростков: межведомственные подходы к профилактике	129
Ищенко О.С. (Пенза) Актуальные вопросы оказания стационарной психолого-психиатрической помощи подросткам в Пензенской области	132
Карауш И.С. (Томск) Работа с семьёй ребенка с инвалидизирующим заболеванием как составляющая часть психосоциальной реабилитации	134
Касинская М.Д. (Минск) Заболеваемость детского населения Республики Беларусь вследствие психических расстройств	138
Катан Е.А. (Оренбург) Факторы нарушенных семейных взаимоотношений в структуре неблагоприятного детского опыта у наркологических больных	141
Кибиткина О.Е., Маслянок О.Е. (Пенза) Песочная терапия как метод психотерапии в условиях стационарного звена антикризисного центра	144
Кирчагло О.В., Бабенко А.И., Макашева В.А., Бабенко Е.А. (Новосибирск) Современная парадигма планирования стратегии формирования психического здоровья	146
Кисель Н.И., Ветлугина Т.П., Мандель А.И., Ляшенко Г.П., Аболонин А.Ф. (Томск) Сорбционная детоксикация в реабилитационном комплексе больных алкоголизмом женщин	149
Кисель Н.И., Мандель А.И., Бадырғы И.О. (Томск, Кызыл) Клинико-социальные характеристики алкогольной зависимости у женщин Республики Тыва	151
Кокоренко В.Л. (Санкт-Петербург) Современные арттерапевтические технологии в работе с семейным опытом	154
Коргожа М.А. (Санкт-Петербург) Психосоциальная помощь семьям с недоношенными детьми раннего возраста	156
Короленко В.В., Овчинников А.А. (Новосибирск) Суицидальное поведение у компьютерных аддиктов в ремиссии шизофрении	160

Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Никитина В.Б., Иванова А.А., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В. (Томск) Особенности представлений о болезни пациентов с соматоформными расстройствами и членов их семей	163
Кутарев Ф.Л., Игумнов С.А., Соболев Н.А. (Москва) Скрининг как метод выявления потребителей психоактивных веществ в борьбе с зависимостью от синтетических каннабиноидов (спайсов)	167
Куфтяк Е.В. (Москва) Семейные факторы психического здоровья детей и подростков	170
Лещинская С.Б. (Томск) Проблемы и перспективы психологических исследований здоровья детей, рожденных посредством экстракорпорального оплодотворения	174
Ли К.В. (Новосибирск) Адаптация семьи в современном обществе	179
Лисовская М.Я., Куприянова И.Е. (Томск) Проблемы семьи и психическое здоровье беременных с преэклампсией	179
Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф. (Томск) Психологические проблемы в семьях женщин с депрессивными расстройствами	180
Лушинская С.И. (Минск) Первичная детская инвалидность вследствие психических расстройств в Республике Беларусь	182
Любаева Е.В. (Москва) Поколение online. Взгляд на проблему зависимости от социальных сетей	186
Магай А.И., Бабурин А.Н., Копейко Г.И., Борисова О.А. (Москва) Роль семейного сообщества в программе психосоциальной реабилитации больных с коморбидной патологией и религиозным мировоззрением	188
Магденко О.В., Добряков И.В. (Новосибирск, Санкт-Петербург) Перинатальные аспекты семейной психотерапии	192
Максимова И.В., Березовская М.А. (Красноярск) Помощь родственникам пациентов с первым психотическим эпизодом	194
Маслобоев С.Г. (Красноярск) Представление развития своего особенного ребёнка как ресурс для совладающего поведения родителя	196
Митихин В.Г., Ястребова В.В. (Москва) Модели оценки комплаенса с учетом медико-социальных характеристик пациентов и родственников ...	198
Моор Л.В., Рахмазова Л.Д. (Омск, Томск) Роль семьи в формировании тревожно-фобических расстройств	201
Напалков И.В., Иванова Т.И., Коратюк В.И., Гольм О.Я. (Омск) Особенности депрессивного синдрома в инициальном периоде возрастного когнитивного снижения сосудистой этиологии	204
Настас А.Э., Стоянова И.Я. (Томск) Направления психологической помощи семьям подростков с хроническими соматическими заболеваниями	207

Новикова Ю.Г. (Волгоград) Клинико-психологические аспекты субъективного бремени болезни в семьях больных с острыми психотическими расстройствами	211
Осипова Н.В., Егорова Н.М., Ятченко Е.В. (Барнаул) Современные наркотики: тенденции наркотизации и профилактики в Алтайском крае	213
Пашкова Я.А. (Воронеж) Субъектность как источник развития ресурсности семьи	217
Перчаткина О.Э., Аксенов М.М. (Томск) Рисунок в процессе самораскрытия и коррекции эмоциональной сферы детей дошкольного возраста	219
Пичугина Ю.А., Максимова И.В., Царева Т.В., Дятловский В.В. (Красноярск) Анализ особенностей социального положения детей с аутистическими расстройствами различной этиологии	224
Полякова И.В. (Смоленск) Точность восприятия и чувство неполноценности: социально-психологические детерминанты формирования	228
Походня А., Стоянова И.Я., Черенева Е.А. (Томск, Красноярск) Особенности установок у матерей детей с различными уровнями интеллектуального развития	231
Пронин С.В., Чухрова М.Г., Пронина М.А., Пронина Л.В. (Новосибирск) Особенности проявлений и возможность диагностики аутоагрессивной предрасположенности наркологических аддиктов	233
Пустовая А.В., Пустовая Е.Н. (Новосибирск) Психологическая поддержка семей, воспитывающих ребенка с аутизмом, в условиях психологического центра	237
Раева Т.В., Леонова А.В., Семёнова Н.Д. (Тюмень) Особенности отношений в диаде «мать – ребенок», их роль в реабилитации детей раннего возраста с задержкой речевого развития	239
Рощина О.В., Розин А.И., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г. (Томск) Клинические особенности аффективных расстройств и алкогольной зависимости при их коморбидности	243
Рудницкий В.А. (Томск) Непсихотические психические расстройства и насилие в семье	246
Сахаров А.В., Клинова М.А. (Чита) Анализ факторов криминальной активности подростков Забайкальского края	249
Селезнёв С.Б. (Анапа) Социально-психологические аспекты системного кризиса института российской семьи	251
Сердюк О.В., Сиденкова А.П. (Екатеринбург) Новая организационная модель оказания психиатрической помощи лицам старшего возраста	254
Силаева А.В., Лещинская С.Б. (Томск) Психоэмоциональное состояние женщин в период индуцированной беременности	255
Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л. (Томск) Социальная адаптация и основные характеристики семейного статуса при коморбидности аффективных	

расстройств с расстройством личности	258
Скобло Г.В., Трушкина С.В. (Москва) О международной классификации нарушений психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве «DC:0-5»	260
Соколов С.Р. (Пенза) Эти важные и трудные детско-родительские отношения, или почему дети не хотят жить?	264
Солонский А.В. (Томск) Влияние гипоксии головного мозга и пренатальной алкоголизации матери на развитие гематоэнцефалического барьера человека	267
Солохина Т.А. (Москва) Общественные формы помощи в психиатрии: роль некоммерческих организаций и добровольчества в оказании психосоциальной помощи пациентам и членам их семей	269
Степанова А.Э., Семенова В.Н., Галузо Н.А., Федянина Н.С. (Новосибирск) О некоторых факторах формирования психического здоровья	274
Стоянова И.Я., Кожевникова Т.А., Костарев В.В. (Томск, Красноярск) Особенности гендерного реагирования в кризисных состояниях	277
Стоянова И.Я., Кожевникова Т.А., Костарев В.В. (Томск, Красноярск) Специфичность гендерного реагирования супругов в ситуации развода	280
Стоянова И.Я., Черенева Е.А., Гуткевич Е.В. (Томск, Красноярск) Клинико-психологический анализ детско-родительских отношений и агрессии детей с расстройствами аутистического спектра и схожими когнитивными нарушениями	283
Стоянова И.Я., Черенева Е.А. (Томск, Красноярск) Психологическая модель анализа произвольности у детей с когнитивными нарушениями ...	288
Стрижев В.А., Ложникова Л.Е., Мартиросян К.П. (Краснодар) Влияние микроизмены на межличностные отношения	292
Султанова А.С., Иванова И.А. (Москва) Особенности детско-родительских отношений в семьях с детьми, страдающими психическими расстройствами	294
Сухарева Н.Ф., Киреева Е.В. (Саранск) Социально-психологические технологии предупреждения и разрешения супружеских конфликтов в молодой семье	298
Таишева С.Ф., Минуллина А.Ф. (Казань) Отношение к беременности у пациенток, участвующих в программе экстракорпорального оплодотворения	301
Тарасова А.В., Куприянова И.Е., Аксенов М.М. (Томск) Непсихотические психические расстройства в семье онкологического пациента	304
Тимуршина А.З. (Казань) Особенности копинг-стратегий поведения у родителей, воспитывающих детей с синдромом Ретта	307
Трушкина С.В. (Москва) Особенности семьи ребенка-пациента психиатрического учреждения	310
Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б. (Самарканд) Корреляционные связи с депрессив-	

ной симптоматикой у одиноких женщин, злоупотребляющих алкоголем ...	312
Тураев Б.Т., Хаятов Р.Б. (Самарканд) Причинно-следственная связь героиновой наркомании с социальными факторами	313
Уласень Т.В., Окружнова Т.В., Пахомова Т.Ю. (Смоленск) Семья как фактор риска аутоагрессивного поведения	314
Урываев В.А., Исаханов А.Л., Гаврилова Ю.А., Сысоева О.В., Золотарева В.В. (Ярославль, Хабаровск) Личностные особенности молодежи и реакция на социальные стрессы (из опыта исследования студентов-медиков)	317
Фисик М.В., Дмитриева М.А., Пичугин И.Н. (Красноярск) Выявление, вопросы превенции психических расстройств у детей по результатам диспансеризации	320
Хаятов Р.Б., Тиллавова Ю.М., Исрофилова С.Р. (Самарканд) Особенности течения алкогольной зависимости на фоне посттравматического стрессового расстройства	322
Хитрук Е.Б. (Томск) Социокультурные факторы риска для психического здоровья мальчиков	323
Худина Ю.С., Бачурина О.В., Базилевич А.С. (Ростов-на-Дону) Роль семьи в формировании психопатических и социопатических наклонностей	326
Цагельская Д.Е. (Минск) Условия формирования адаптивной вины в семье ..	329
Чуприков А.П., Черная Т.В., Гасай Г.А. (Киев) Социально-психологические аспекты объединения реабилитационных усилий родителей детей с аутизмом и детских психиатров	333
Щачнева И.А. (Томск) Обзор исследований расстройств аутистического спектра в научной литературе	334
Шевченко Ю.С. (Москва) Принципы семейно-групповой интенсивно-экспрессивной психотерапии	339
Шешенин В.С., Савина М.А., Почуева В.В., Абдуллина Е.Г. (Москва) Галлюцинаторно-бредовые психозы в позднем возрасте	341
Шилко Н.С., Иванова Е.И., Омельченко М.А. (Москва) Представление о внутренних образах у больных из группы риска по развитию шизофрении	343
Шмойлова Н.А., Каширский Д.В. (Барнаул) Взаимосвязь тревожности и самоактуализации личности в юношеском возрасте	348
Ястребова В.В. (Москва) Связь клинко-психопатологического состояния и нейрокогнитивного функционирования больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра	350
Яковенко К.В., Магденко О.В. (Новосибирск) Особенности переживания беременности у матерей-подростков	353
Ятченко Е.В., Скосырева Т.И., Ткаченко О.В. (Барнаул) Использование арттерапии в семейном консультировании пациентов, страдающих наркологическими заболеваниями	357

Assion H.-J. (Dortmund, Germany) Treatment options of bipolar depression ...	361
Kaaz T. (Dortmund, Germany) Psychoeducation for people with a migration background	361
Reymann G. (Dortmund, Germany) Comprehensive support for children of alcoholics	362
Smilowski N. (Dortmund, Germany) Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (cbasp): group therapy for chronic depression	362
Willert E.E. (Berlin, Germany) Possibilities of an intermedial approach in music psychology for psychotherapeutic practices: ton-psychology and “ton-character” in the theory of Jacque Handšhin (1866–1955)	363

Научное издание

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ
В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

III Российская конференция
с международным участием

Сборник тезисов

(Томск, 24–25 октября 2019 г.)

Под научной редакцией
академика РАН Н.А. Бохана
профессора А.В. Семке
доктора мед. наук Е.В. Гуткевич

Редактор И.А. Зеленская
Перевод С.В. Владимировой
Оформление обложки Александры Карелиной

Подписано в печать 09.09.2019 г.

Формат 60x84¹/₁₆.

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л. 23,38; усл. печ. л. 21,74.

Тираж 500. Заказ № 805

Тираж отпечатан в Отделе полиграфии
Томского Центра научно-технической информации
634021, г. Томск, пр. Фрунзе, 115/3
телефоны: (3822) 44-40-50, (3822) 52-35-24
E-mail: ot@cni.tomsk.su