

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Российское общество психиатров
Межрегиональное общественное движение в поддержку семейных клубов трезвости
Кафедра наркологии Российской медицинской академии
непрерывного профессионального образования
Союз охраны психического здоровья
Региональная благотворительная общественная организация
«Семья и психическое здоровье»
Общественный совет по вопросам психического здоровья
при главном специалисте-психиатре Минздрава Российской Федерации

Материалы Российской научно-практической
конференции с международным участием

ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода

Москва, 12 марта 2020 г.

Под редакцией Г. И. Копейко



МОСКВА – 2020

УДК 616.89:061.3

ББК 56.14

П84

*Конференция проводится при поддержке Гранта Мэра Москвы
в рамках проекта «СОЗДАЙ СВОЮ ТЕРРИТОРИЮ ТРЕЗВОСТИ»*

Под редакцией канд. мед. наук *Г. И. Копейко*

**Профилактика расстройств поведения: семейный аспект био-
П84 психосоциодуховного подхода** : материалы Российской научно-пра-
ктической конференции с международным участием. Москва, 12 марта
2020 г. / Под ред. Г. И. Копейко. – Москва : МАКС Пресс, 2020. – 232 с.
ISBN 978-5-317-06375-7
<https://doi.org/10.29003/m869.978-5-317-06375-7>

Данный сборник содержит материалы Российской научно-практической конференции с международным участием «Профилактика расстройств поведения: семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода», состоявшейся 12 марта 2020 года в Московском доме общественных организаций. Материалы конференции представлены тезисами. Основная тема конференции – помощь больным с расстройствами поведения на базе семейно-ориентированного подхода в профилактических и реабилитационных программах в психиатрии и наркологии.

Сборник представляет интерес для специалистов и волонтеров общественных организаций в области охраны психического здоровья, а также представителей смежных специальностей, интересующихся вопросами психиатрии и наркологии, включая священнослужителей, учащихся и преподавателей духовных школ. В конференции приняли участие специалисты из России, Сербии, Узбекистана.

УДК 616.89:061.3

ББК 56.14

ISBN 978-5-317-06375-7

© ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», 2020
© Авторы, 2020
© Оформление. ООО «МАКС Пресс», 2020

Оглавление

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ТАТЬЯНЫ ПАВЛОВНЫ КЛЮШНИК	9
Абрамова А.А., Попиль Е.С., Гордеева Е.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕМЕЙНОГО СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕ ДЕНИЯ	11
Алиева Л.М. ГРУППОВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	13
Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Шарипова Ф.К. СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	16
Бабурин А.Н. КОНВЕРГЕНЦИЯ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ И НЕИНСТИТУЦИО НАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ ВРАЧЕВАНИЯ АДДИКЦИЙ В ИТАЛЬЯН СКОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЗАВИСИМЫМ И СОЗА ВИСИМЫМ ЛИЦАМ, ИСПОЛЬЗУЮЩЕЙ МЕТОДОЛОГИЮ ВЛАДИМИРА ХУДОЛИНА	21
Барцалкина О.Г. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ САМОДИАГНОСТИКА ДЕТСКО-РОДИ ТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ КАК ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕРА РАННЕГО РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ.....	25
Барцалкина В.В. ПРАКТИКА ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СИНДРОМОМ ВДА	30
Бекенева Л.В., Сидоров Н.Н. К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ И СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬ НЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	33
Бенусова Е.Г., Голубева Е.Ю., Соловьев А.Г. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОРГАНОВ ВЛАСТИ И НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПОВЕДЕНИИ.....	37
Бердичевский А.А. ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕФЛЕКСИИ И РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ У ЛИЦ В СИТУАЦИИ СОЗАВИСИМОСТИ	39

Береза Ж.В. КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПАРАДИГМЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АДДИКТИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ	43
Бондаренко Т.А. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, СОСТОЯЩИХ В БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЯХ С ПАРТНЕРОМ, СТРАДАЮЩИМ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ.....	48
Бузган Е.И. АСПЕКТ СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ НА ОСНОВЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОГО ПОДХОДА.	52
Булатников А.Н. ПРОГРАММА СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ.....	55
Булатников А.Н. СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ	58
Валуев О. С. ПРОПЕДЕВТИКА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ПРОГРАММЕ ЛИЧНОСТНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ	62
Васильченко Н.А. НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ: ДИАГНОСТИКА И ТЕХНОЛОГИИ СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ	66
Горячева А.А. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ ВЕДУЩЕГО СКТ (ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ И ЛИЧНОСТНАЯ СОСТАВЛЯЮЩИЕ)	69
Григорьева А.А. ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ РОДИТЕЛЯМИ И ПЕДАГОГАМИ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИЕЙ	71
Гусев Г.В. СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ В НАРКОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ	73
Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н. СТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ В СЕМЬЕ	76
Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова Я.Н. ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.....	80

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова Я.Н. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПА- ТОЛОГИЕЙ.....	81
Ирмухамедов Т.Б., Кочовская М.Д., Мирзаева Н.М., Юлдашева Ш.К. ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АУ- ТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	83
Карпов А.М., Герасимова В.В. СЕМЬЯ – ЦИВИЛИЗАЦИОННАЯ МАТРИЦА СТРУКТУРНО-ФУНК- ЦИОНАЛЬНОЙ САМООРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА.....	84
Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г. ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ НА- РУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МАЛОПРОГРЕДИНЕТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С БРЕДОМ РЕЛИГИОЗНОГО СОДЕРЖАНИЯ.....	89
Копейко Г.И., Борисова О.А., Бабурин А.Н., Магай А.И. СЕМЕЙНАЯ КОНФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ АМБУ- ЛАТОРНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИ- ХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	93
Кравченко Н.Е. СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ДЕВИАЦИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ	97
Кузьмичева Р.И. ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ	101
Лисова Е.Н. СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭФФЕКТОВ ГРУППОВОЙ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ВИКТИМНОСТИ.	104
Магай А.И., Казьмина Е.А., Казьмина О.Ю. ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ БОЛЬНЫМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА КЛИ- НИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ	108
Мазаева Н.А., Головина А.Г. ПСИХООБРАЗОВАНИЕ, СТИГМА И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ РАННИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	111

Михайлов В.А., Якунина О.Н., Шова Н.И. БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНЫЙ ПОДХОД В СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ.....	116
Машкова И.Ю., Семакова Е.В. СЕМЕЙНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЕДЕНИЯ СЛУЧАЯ.....	120
Мошкова И.Н. ДУХОВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ И ЛИЧНОСТИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРАВОСЛАВНОГО ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА	124
Мошкова И.Н. ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ, СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ИЗ ОПЫТА СЕМЕЙНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ)...	129
Настасич Петар СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ (ИЗ ОПЫТА «БЕЛГРАДСКОЙ ШКОЛЫ АДДИКТОЛОГИИ»).....	134
Новиков Е.М., Соболев Е.М., Пархоменко А.А. РОЛЬ ИМПРИНТИНГА В НАРКОЛОГИИ.....	135
Носачев Г.Н., Носачев И.Г. БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОДУХОВНЫЙ ПОДХОД КАК БАЗОВАЯ ТЕОРИЯ ПСИХИАТРИИ	140
Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ЛИЧНОСТИ В СЕМЕЙНОМ АСПЕКТЕ	144
Пережогин Л.О. ПСИХОТЕРАПИЯ В ГРУППАХ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ	149
Полищук Ю.И. СЕМЕЙНО-БЫТОВЫЕ КОНФЛИКТЫ КАК ПРИЧИННЫЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ.....	153
Пономарева Е.В. СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ	156
Руденко Л.С. ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ.....	159

Рыжаков А.Н.

ВКЛАД ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПСИХИАТРА Д. Е. МЕЛЕХОВА В РАЗВИТИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И ДУХОВНОСТИ В ПСИХИАТРИИ 163

Рябчиков А.А., Даренский И.Д.

ПРОЕКТ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ЦЕНТР РАЗВИТИЯ СЕМЬИ И ЛИЧНОСТИ»..... 167

Северина Ю.В., Ильина А.А.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ 171

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ..... 174

Семенова-Полях Г.Г., Крамина Г.Р., Сибгатуллина Г.Р.

ГЕШТАЛТ-ТЕРАПИЯ СЕМЕЙНОЙ СОЗАВИСИМОСТИ В КОНТЕКСТЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКЦИЙ..... 177

Серебровская О.В., Портнова А.А.

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ 181

Слоневский Ю.А.

РЕЛИГИОЗНАЯ ФАБУЛА В КЛИНИКЕ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ: СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ И РЕГИОЗНОСТЬ, КАК ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ВЫБОРА ФОРМ И СОДЕРЖАНИЯ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ..... 184

Соборников В.И.

КЛЮЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ СУБЪЕКТИВНОГО АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 187

Соборникова Е.А.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ СТЕРЕОТИПОВ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО МЕТОДУ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ..... 190

Соловьев А.Г., Дьячков А.А.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЕМЬИ И ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА 194

Солохина Т.А. МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ	196
Султанова А.Н., Тагильцева Е.В., Сычева Т.Ю., Леонтьева А.Е. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ХОДЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ	201
Табидзе А.А. ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КРЕПОСТИ ИЛИ НЕУСТОЙЧИВОСТИ БРАКА	206
Токарева Н.Г. ЭПИЛЕПСИЯ: БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНЫЙ АСПЕКТ	207
Устинов Н.В. НЕСКОЛЬКО СЛОВ О ДУХОВНОМ КОМПОНЕНТЕ В СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	212
Худяков А.В., Лебедева Л.А. «СИНИЙ КИТ» И ПОДРОСТКОВЫЕ САМОУБИЙСТВА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ	215
Шапошникова А.Ф. СЕМЕЙНЫЙ АСПЕКТ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	220
Шмакова О.П., Овсянникова О.В. СЕМЬИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ, ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ	222
Ястребова В.В., Солохина Т.А. СТРЕСС И РЕСУРСЫ СЕМЕЙ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	227

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО

Уважаемые коллеги!

Прежде всего, позвольте приветствовать вас на конференции, посвященной вопросам профилактики расстройств поведения в свете семейного биопсихосоциодуховного аспекта. Настоящая конференция служит площадкой для диалога представителей медицины в области охраны психического здоровья и специалистов смежных и помогающих профессий, в том числе и священников, в решении актуальных проблем помощи лицам с расстройствами поведения, в том числе душевнобольным.



Развитие психиатрической науки в последние десятилетия непосредственно связано с освоением новых областей знаний и овладением эффективными технологиями, к которым необходимо отнести и разнообразные программы в реабилитации и профилактики. Многочисленные исследования в этой области свидетельствуют об интересе и важности представленных поисковых научных тем. Максимальная заинтересованность мультидисциплинарной группы специалистов, включающей в себя врачей, научных сотрудников, психологов и представителей социальных служб, способствует наиболее эффективной помощи, страдающим различными расстройствами поведения. Последние достижения в области пастырской психиатрии свидетельствуют о важности духовной составляющей лечебного сопровождения больных. Поэтому среди организаторов и участников конференции мы видим священнослужителей, специализирующихся в вопросах оказания помощи душевнобольным. Особое место в комплексной системе помощи занимает семья, так как эффективная социальная поддержка со стороны ближайшего окружения во многом определяет успешный исход любого лечения.

Нельзя не отметить тот факт, что последние достижения в области нейробиологических исследований значительно влияют и на результаты реабилитационной направленности в психиатрии и наркологии. Возрастает информативность биологических маркеров, которые могут быть использованы для объективизации состояния пациента, как в болезни, так и в ремиссии, что помогает определить успешность тех или иных профилактических программ.

Хотелось бы пожелать всем участникам данной конференции плодотворной работы, качественных исследований и энтузиазма в изучении новых механизмов и технологий профилактической и реабилитационной работы.

Директор ФГБНУ «Научный центр
психического здоровья», профессор,
д.м.н. *Т.П. Ключник*

Абрамова А.А., Попиль Е.С., Гордеева Е.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕМЕЙНОГО СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

*ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей
и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия*

Актуальность проблемы. Одной из наиболее сложных форм психической патологии подросткового периода является нервная анорексия и иные расстройства пищевого поведения, сопровождающиеся изменениями соматоэндокринного статуса. На базе отделения № 5 Центра им. Г.Е. Сухаревой получают помощь дети с различными вариациями расстройств пищевого поведения, и многолетний опыт наблюдения показывает важность комплексного полипрофессионального подхода при оказании помощи, с обязательным вовлечением в терапевтическую среду семей подростков.

Материалы и методы. В работе тезисно изложены основные цели вторичной профилактики на уровне психологического сопровождения семей детей с расстройствами пищевого поведения.

Обсуждение. В первую неделю после поступления в профильное отделение проводится оценка кризиса и нарушений различных сфер жизни пациента, в которую входит как комплексная диагностика высших психических функций, так и оценка эмоциональной сферы, изменения в которой неотъемлемо влияют на контакт пациента с макро- и микросоциумом и на отношение пациента к самому себе. Следует отметить, что на различных этапах терапевтической работы, как в индивидуальном, так и в семейном формате, с пациентами прорабатывается тема выстраивания личных границ для своевременной защиты от стрессоров.

Всем пациентам с расстройствами пищевого поведения назначается семейное системное консультирование. На начальных этапах госпитализации целью семейной психотерапии является оказание эмоциональной поддержки всем членам семьи, обсуждение переживаний семьи, связанных с фактом госпитализации (зачастую родители пациентов испытывают сильное чувство вины и стыд из-за сложившейся ситуации попадания их ребенка в стационар с подобной проблемой), настроить

семью на длительное сотрудничество (ведь средняя продолжительность госпитализации пациента с расстройством пищевого поведения 45–60 дней, что практически в 2 раза дольше, чем у других пациентов), прояснить особенности организации процесса лечения и ответить на возникающие вопросы, снять тревогу и определить цели и задачи коррекционной работы. В преддверии выписки пациента в психологической работе особое внимание уделяется профилактике и подготовке перехода пациента из более «тепличных» условий стационара в реальные условия привычной, но не всегда простой жизни. Перед специалистами стоит задача научить пациента использовать имеющиеся у него ресурсы, направляя их на совладение с возникшими трудностями, избегать использование патологического (симптоматического) механизма, например, проведение очистительных процедур или отказа от еды. За период госпитализации, пациенты приобретают запас инструментов для совладения со стрессовыми ситуациями, усваивают привычку к выражению и верному отреагированию своих чувств, что позволяет с большим успехом защищать собственные границы, уважая границы другого, и рассказывать окружающим о приемлемой модели взаимодействия. В работе с семьей на заключительном этапе подготовки к выписке большое внимание уделяется закреплению удачных моделей оказания поддержки в детско-родительском взаимодействии, пересмотр устаревших правил семейной системы на более конструктивные и помогающие ее функционированию. Важно выделить и обсудить с семьей часто приводящие к конфликтам ситуации с последующим новым способом реагирования, оценив причины, мотивы участников, скрытые послания и «слепые зоны» конфликта. Следует обозначить позитивные и негативные способы детско-родительского взаимодействия.

Алиева Л.М.

ГРУППОВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Введение. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов показывают, что члены семьи могут воздействовать как позитивно, так и негативно на состояние больного, частоту госпитализаций, длительность ремиссии и качество его психосоциальной адаптации. При этом было отмечено, что у родственников больных выявлен повышенный дистресс, связанный с проблемами их социальной адаптации, функционирования и межличностного взаимодействия (Лутова Н.Б., Макаревич О.В., 2012; Солохина Т.А. и соавт., 2016; Hou S.Y. и соавт., 2008). Важно учитывать широкий спектр эмоциональных переживаний, включая чувства отчаяния, вины и стыда, самоосуждения, неловкости, страха, растерянности, эмоционального напряжения, депрессивных и тревожных реакций, возникающих у родственников при диагностировании психического расстройства их близкого, которое приводит к снижению качества их жизни.

Следует отметить, что серьезным фактором психического неблагополучия родственников, приводящего к социальной изоляции, различным видам дискриминации, ущемлению прав и интересов является стигматизация и самостигматизация (Коцюбинский А.П. и соавт., 2005).

Учитывая широкий диапазон психо-эмоциональных переживаний, возникающих у родственников, важным блоком психосоциального вмешательства являются психообразовательные программы, направленные на предоставление родственникам достоверной и полной информации о различных аспектах заболевания – медицинских, юридических и психологических. Такая образовательная программа была разработана в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ и, начиная с 1996 г., внедрена в практическую деятельность (Солохина Т.А., Иванов В.В., 2000; Солохина Т.А. и соавт., 2000, 2008, 2018; Ястребов В.С. и соавт., 2005, 2008, 2012). Помимо информационной части в программу занятий с родственниками был внедрен практический блок занятий по развитию навыков психофизической и психо-эмоциональной саморегуляции (Алиева Л.М. и соавт., 2015).

Мишенями воздействия являются как аффективные нарушения (бессонница, тревожные, депрессивные расстройства), так и телесные симптомы (астения, нарушения вегетативной сферы, мышечное напряжение и проч.). В связи с этим, данный вид вмешательства является актуальным и необходимым инструментом для профилактики различных психо-эмоциональных нарушений, поскольку своевременное использование методов саморегуляции способствует нормализации эмоционального фона, усиливает мобилизацию внутренних (энергетических) ресурсов организма, а также повышает уровень стрессоустойчивости.

Цель: снижение выраженности стрессовой реакции посредством развития навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции.

Материал и методы исследования. В тренинге приняли участие 15 родственников больных шизофренией. Тренинг включает 5 еженедельных занятий, продолжительностью 2,5 часа.

Результаты и их обсуждение. Психотерапевтические техники были направлены на решение следующих задач: освоение навыков управления дыханием, снижение мышечного и эмоционального напряжения (релаксация и медитация), осознание и отреагирование негативных эмоциональных состояний (страх, тревога, вина, гнев и проч.), осознание собственных внутренних ресурсов (физических, эмоциональных).

Разработанная программа тренинга основана на интегративном подходе, который позволяет учесть различные особенности и потребности родственников больных. Значительное место при работе с родственниками принадлежит телесно-ориентированному подходу, который рассматривает человека в единстве его психосоциального и биологического функционирования, способствует мобилизации внутренних ресурсов личности – интеллектуальных, физических, эмоциональных. В тренинге использовался метод образовательной кинезиологии, включающий программу «Гимнастика мозга» (Ханнафорд К., 1999) и позволяющий использовать естественные физические движения для улучшения психического и соматического состояния человека. Работа с телом через движение способствует снижению мышечного и эмоционального напряжения и активизации энергетических ресурсов организма.

В программу тренинга был включен ряд арттерапевтических методик, направленных на осознание ресурсных сторон своей личности и отреагирование тяжелых деструктивных чувств. Элементы когнитивно-

поведенческой психотерапии были направлены на коррекцию деструктивных мыслей и, как их следствие, паттернов поведения.

В процессе проведения тренинга по наблюдению ведущего отмечалось улучшение психологического состояния родственников больных, уменьшилось мышечное напряжение, освоение методов правильного дыхания способствовало снижению тревоги. Программа «Гимнастика мозга» способствовала активизации энергетических ресурсов организма, помогала справиться с астенией, перепадах настроения.

Каждое занятие включало две части: первая часть строилась с опорой на методы когнитивно-поведенческой психотерапии и арт-терапии, вторая часть включала отработку техник по саморегуляции с использованием телесно-ориентированной терапии.

Первое занятие посвящено знакомству, обсуждению целей и задач тренинга. Участники получили информацию о взаимосвязи негативных автоматических мыслей с эмоциями и поведенческими паттернами; с помощью специальных техник развивали навык, позволяющий отслеживать взаимосвязь между мыслями, эмоциями и поведением. Обучение методам саморегуляции способствовало снижению эмоционального напряжения, тревоги и активизации мозгового кровообращения.

Второе занятие включало работу с деструктивными эмоциями, тренировку в самонаблюдении за отрицательными чувствами и мыслями, развитие навыка изменения деструктивных мыслей на конструктивные и положительные; обучение методам релаксации и правильного дыхания.

На третьем занятии участники исследовали, как распределяется их жизненная энергия и время. Упражнения по психофизической саморегуляции и медитация способствовали снижению тревоги и восстановлению психоэмоционального равновесия.

Четвертое занятие было посвящено расширению стратегий эмоционального реагирования на стрессовую ситуацию посредством нахождения в нем позитивных аспектов. Упражнения по саморегуляции были направлены на активизацию энергетических ресурсов организма.

Пятое занятие включало упражнения на закрепление освоенных ранее навыков по саморегуляции, а также подведение итогов и обсуждение полученного опыта от прохождения тренинга.

По окончании каждого занятия участники получали «домашнее задание», которое позволяло закреплять полученные в ходе тренинга навыки.

Закключение. Тренинг не только позволяет развить навыки психоэмоциональной саморегуляции, но также активизировать энергетические ресурсы организма, лучше осознавать причины негативных эмоциональных реакций и научиться методам совладания с ними. Большую терапевтическую ценность несет групповая поддержка. Так, участники тренинга имели возможность делиться не только своими проблемами, связанными с заболеванием члена семьи, но и своим опытом по преодолению трудностей. Приобретенные в процессе тренинга навыки будут способствовать повышению качества жизни родственников психически больных, улучшению их соматического и психического состояния.

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К., Шарипова Ф.К.

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Ташкент, Узбекистан*

Введение. Реакция родителей, принципы, типы и специфика отношений между родителями и их детьми, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в зрелые годы (Абдуллаева В.К., 2019).

Цель исследования: изучить способы диагностики семейных взаимоотношений как факторов риска формирования суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи.

Материал и методы: объектом для исследования явились 86 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями депрессивного регистра и поведенческими нарушениями. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10 – F91.2. Специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с кли-

ническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов для выявления факторов риска формирования суицидального поведения с учетом личностных особенностей и степенью депрессивной патологии. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» Олсона–Портнера, а для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Цунга, для выявления уровня тревоги – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера–Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован патохарактерологический диагностический опросник Личко.

Результаты исследования и обсуждения: В результате психологического тестирования было выявлено, что 45% обследованных подростков росли в неполной семье, 25% – в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых воспитывались в полноценных благополучных семьях с обоими родителями. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей и психической патологией родственников, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. Анализ полученных данных установил 26% подростков, склонных к асоциальному поведению с мелкими правонарушениями, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем проявлялся значительными дисциплинарными санкциями, спровоцировавшими в последующем суицидальные попытки как патохарактерологические реакции протеста. Суицидальные тенденции демонстративно-шантажного и манипулятивного характера выявлены у 28% обследованных подростков из так называемых «благополучных» семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями. По результатам диагностики «Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наиболь-

шее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера и патологическому формированию личности. Конфликтные взаимоотношения в деструктивных семьях способствовали развитию аффективной блокады интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляло положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливало негативные эмоции и вовлечение подростков в так называемые группы смерти виртуального пространства кибернетической среды Интернета, контролируемые кураторами компьютерных игр. В ходе тщательного сбора анамнестических сведений установлено влияние неправильных форм воспитания и контроля в родительской семье, на формирование отклоняющихся форм поведения, в том числе саморазрушающего поведения и его крайней формы – суицидального. Согласно классификации А.Е. Личко мы выявили следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию, доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность. По данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%). Реже встречались семьи с гиперпротекцией – доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5%). В результате неправильного воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей личности. В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности. С помощью опросника Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический тип личности у 22 больных (25,5%), лабильный тип

был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Цунга было выявлено у 6 пациентов с истероидным типом личности, которые стремились к признанию себя лучшими среди сверстников, лидерству и перфекционизму. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. При неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Цунга (80%), и лишь у 2 пациентов была диагностирована депрессия легкой степени. В структуре личности этих пациентов на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к асоциальным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, невозможность создавать теплые дружеские взаимоотношения со сверстниками. Среди всех обследованных психастенический тип личности встречался в 25,5% случаев, и для этих пациентов характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием тревожно-фобических расстройств. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Цунга в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 71% пациентов, в 29% случаев – депрессивное расстройство средней степени. Среди всех обследованных было 60 мальчиков и 26 девочек. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков

депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 58% случаев родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилберга–Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. Основными факторами, способствовавшими возникновению саморазрушающего аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с родителями (50% случаев), конфликты с учителями и воспитателями в школах и колледжах (25%), конфликты со сверстниками (15%), внутриличностными проблемами (10%).

Выводы: таким образом, проведенное исследование семейных факторов риска формирования суицидальных тенденций у подростков определило, что стили неправильного родительского воспитания способствуют развитию лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуации личности подростков с высоким уровнем личностной и си-

туационной тревожности со склонностью к суицидальному поведению депрессивного регистра. Результаты исследования позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования.

Бабурин А.Н.

**КОНВЕРГЕНЦИЯ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ
И НЕИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ ВРАЧЕВАНИЯ
АДДИКЦИЙ В ИТАЛЬЯНСКОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
ЗАВИСИМЫМ И СОЗАВИСИМЫМ ЛИЦАМ, ИСПОЛЬЗУЮЩЕЙ
МЕТОДОЛОГИЮ ВЛАДИМИРА ХУДОЛИНА**

*Храм Ризоположения Господня на Донской улице города Москвы,
протоиерей*

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
Межрегиональное общественное движение в поддержку
семейных клубов трезвости, Москва, Россия*

Идея создания Клубов леченых алкоголиков в качестве стержневого элемента территориальной системы контроля, профилактики и помощи в решении личных и семейных проблем, связанных с аддикциями, не исключаящих и коморбидные расстройства, принадлежит хорватскому психиатру, профессору, директору психиатрической клиники Загребского университета, Владимиру Худолину.

Ему с огромными усилиями в 60-е годы прошлого века удалось в бывшей социалистической Югославии интегрировать сеть антиалкогольных клубов семейного типа в систему медико-социальной помощи населению.

Более благоприятной средой для осуществления его идей стали соседние с Хорватией северо-восточные регионы Италии. Там, с 13 мая 1978 года, в соответствии с «Законом № 180», разработанным и ини-

цированным знаменитым психиатром, профессором и директором клиники в Триесте Франко Базальей, через деинституализацию психиатрии активно внедрялся коммунальный подход. Базальей врачебную ответственность за профилактику, лечение и реабилитацию психиатрических пациентов распространил на всё общество в целом.

В 1979 году Нелида Розолен, тогдашний директор отдела актуального и непрерывного образования Высшей школы социального обслуживания Триеста, опытный специалист по групповой работе с семьями, находящимися в затруднительном положении, представила Худолину, читавшему с 1976 года для учеников 3-го курса этой школы лекции по аддиктологии, программу совместных действий по организации для заинтересованных лиц на базе больницы общего профиля в г. Удине Курсов ознакомления с программой медико-психосоциальной реабилитации больных алкоголизмом.

Отличные результаты совместной работы побудили другие крупные региональные больницы обратиться в Школу социального обслуживания Триеста с просьбой организовать аналогичные курсы для социальных работников и работников здравоохранения в других областях северо-восточной Италии.

Вскоре, 1 ноября 1979 года, в Триесте в доме семьи Джованни Питакко открылся Первый итальянский клуб. До этого Джованни вынужден был лечиться в загребской клинике и раз в неделю ездить за 60 км от своего дома на встречи в хорватский клуб в г. Поречье.

Для автономного региона Италии Трентино пьянство и алкоголизм всегда были большой проблемой, т.к. в этой местности производится много вина, граппы и пива.

До 1984 года общественное здравоохранение никогда не решало проблем, связанных с потреблением алкогольных напитков, а ограничивалось лишь лечением физических и психических осложнений.

Профессор Ренцо Де Стефани, будучи психиатром в местном отделении здравоохранения в районе долины Адидже (Трентино) и занимавшийся реформированием системы оказания психиатрической помощи населению, отмечал, что множество людей с алкогольными проблемами, находившихся ранее в психиатрических больницах, при их расформировании, оказались в ведении либо семейных врачей, либо окормлялись приходскими священниками, либо их контролировали социальные службы, либо просто находились под надзором полиции.

По этой причине среди гостей францисканского монастыря поселка Клеса находилось несколько человек с алкогольными проблемами. Насельник этой обители монах Тициан Донини был очень обеспокоен этим обстоятельством. Он знал, что их врачи занимаются лишь лечением осложнений алкоголизма, что кроме нескольких групп анонимных алкоголиков в Трентино, пытающихся решать проблемы, связанные с употреблением алкоголя практически ничего другого не существует. Видимо, его не устраивала программа сообщества «АА» и он стал искать ей альтернативу. Поиск его привел во Фриули в больницу Каstellеро, где он познакомился с социально-экологическим подходом в решении проблем, обусловленных злоупотреблением спиртными напитками, с так называемым «методом Худолина».

Вернувшись в Клес, отец Тициан принялся за дело. Он убеждает своего гостя, страдающего алкоголизмом госпитализироваться в больницу и дважды в неделю принимать участие в собраниях алкогольного диспансера. Своему другу, Ренцо де Стефани, он рассказывает о внедряемом во Фриули нового эффективного метода реабилитации страждущих недугом пьянства и подталкивает доктора поехать и увидеть все собственными глазами. Заинтересованный рассказом отца Тициана, испытывая к тому же профессиональный интерес, Ренцо Де Стефани отправился во Фриули, чтобы принять участие в недельном курсе повышения компетентности по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, которые проф. Худолин проводил на этот раз в г. Порденоне. К Ренцо присоединились волонтер, семейный врач и социальный работник.

Вдохновленные новыми идеями, набравшись опыта, Де Стефани и его товарищи по своем возвращении сразу же с энтузиазмом приступили к работе. По их инициативе 20 июля 1984 года в Клесе учреждается Алкоголическая служба с диспансерным отделением и 27 ноября 1984 года открывается первый Клуб леченых алкоголиков, а в ноябре 1985 г. в Клесе проводится первый областной интерклуб.

Убедившись в эффективности клубной работы по методу Худолина с итальянскими семьями, имеющими проблемы, порождаемые пьянством и алкоголизмом, Ренцо Де Стефани начал привлекать к работе других врачей, медицинских сестёр и социальных работников. Многие из них стали ведущими антиалкогольных клубов.

В результате проводимой реформы, в 1984 году в Клесе родилась первая общественная служба алкологии (так называемый «Алкологиче-

ский диспансер»)), комплектуемая штатным или аффилированным медицинским персоналом.

В течение года усилиями Ренцо Де Стефани и его коллег одиннадцать провинциальных отделов здравоохранения обзавелись собственными Службами Алкологии и Клубами на своей территории. Между ними было установлено плодотворное сотрудничество.

По всему Трентино стало стремительно расти число клубов леченых алкоголиков, появились зональные клубные ассоциации, и, наконец, 9 апреля 1986 года, была официально учреждена тогдашняя Провинциальная ассоциация клубов леченых алкоголиков, вступившая во взаимодействие с Алкологической Службой агентства здравоохранения Трентино. Таким образом, были заложены основы для прочного, выгодного и долгосрочного сотрудничества между государственным и частным секторами.

В июне 1986 года Владимир Худолин проводит в Тренто, столице Трентино, организованный Школой социального обслуживания под патронатом Департамента здравоохранения курс обучения и повышения осведомленности по собственной антиалкогольной программе. Из 70-ти курсистов со всего региона после обучения более половины стали операторами клубов. По рекомендации Профессора Худолина в Тренто был образован Учебный центр, содействующий исследованиям в области алкологии и обучению работников клубов, а также повышению осведомленности населения о проблемах, связанных с употреблением алкоголя.

К 1989 году Алкологические диспансеры преобразовываются в Центры Алкологии, где помимо медицинского менеджера имеется сетевой оператор, который выполняет задачу по соединению различных социальных и медицинских услуг и частного социального сектора и отвечает за реализацию различных профилактических программ.

В настоящее время в провинции Трентино насчитывается 165 клубов (по одному на каждые 2442 жителя), тесно сотрудничающих с государственными медицинскими, социальными и образовательными учреждениями, а также с общественными организациями и церковными приходами. Как минимум 3000 семей посещают клубы с вероятностью полного отказа от алкоголя более 65%.

Таким образом, становится все более очевидным, что предложенный профессором Худолиным медико-психо-социо-духовный подход к

решению проблем, обусловленных потреблением психоактивных веществ и зависимым поведением, эффективно воплощенный в жизнь, может также использоваться при организации помощи душевнобольным людям и другим пациентам.

Барина О.Г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ САМОДИАГНОСТИКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ КАК ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕРА РАННЕГО РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ПОВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

*ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Барнаул, Россия*

Успех духовного и нравственного возрождения России во многом определяется благополучием семьи и экологичностью детско-родительских взаимоотношений в ней.

Низкий уровень психолого-педагогической грамотности и компетентности, а, следовательно, и слабо развитая психологическая культура родителей могут привести к серьезным проблемам, как в психологическом, так и, впоследствии, в психическом здоровье подрастающего поколения. Психологически здоровая семья – психически здоровая нация. На сегодняшний день ситуация обстоит таким образом, что семья, если бы и хотела, то не имеет знания о том, куда обратиться за помощью. Социальные институты не дают родителям готовые метки о том, что делать, если происходит в семье что-то с ребенком, например, ребенок отказывается ходить в школу на протяжении шести месяцев; или мальчик агрессивно ведет себя в школе по отношению к девочкам; или родители потеряли контакт со своим ребенком и т.д., то родителю смогут помочь, например, в кризисном центре для подростков, находящимся по такому-то адресу и др. В реальной жизни нет отработанной, четко выстроенной системы педагогической и психосоциальной помощи семье, имеющей детей с осложненными формами поведения или с вариантами расстройств поведения. Государственная политика и средства

массовой информации не достаточно заботятся о широкой пропаганде психологического знания среди населения. Ведь родителю порой не хватает простого объяснения связи между, например, режимом дня ребенка и его психологическим состоянием в течение этого же дня; как должен питаться ребенок и на что это может повлиять и др. Нужно просвещение, нужен элементарный ликбез для родителей на каждый день, с конкретными инструментами самодиагностики и самопомощи в таком формате, который будет содержательно доступен для каждого россиянина, имеющего семью с детьми.

Здесь приведем вариант психологической самодиагностики детско-родительских отношений, которая априори доступна для внедрения в повседневную жизнь любой семьи. Главное условие, на которое должны быть согласны родители – искренность, правдивость ответов на вопросы и обязательное выполнение представленных техник. Предлагаемая самодиагностика состоит из нескольких смысловых блоков, которые позволяют родителю иметь более четкие, структурированные представления о процедуре обследования семьи.

Первый блок «Родительские ожидания» представляет собой систему вопросов родителей к самим себе по поводу собственных ожиданий, требований, представлений, сложившегося (желаемого) образа – которые обращены к их ребенку, которые возникают по поводу ребенка в их сознании. Эти ожидания достаточно устойчивы и нормативны, по мнению самих же родителей. Причем, призма ожиданий, через которую взрослый рассматривает и оценивает своего дитя у каждого своя. На одного и того же ребенка свои особенные ожидания формулируют мама, папа, бабушка, дедушка и т.д. Например, «успешный в учебе», «здоровый», «занимающийся фехтованием», «вежливый со взрослыми», «послушный» и т.д. При первичном запуске этого этапа диагностической программы, родители бывают очень сильно удивлены и даже шокированы ее результатами.

Инструкция по самодиагностике проста на всех ее этапах. Для первого блока родителю необходимо ответить на ряд вопросов о его ожиданиях относительно своего ребенка.

1. Вспомните, готовы ли вы были принять абсолютно любого ребенка? (на этапе установления факта беременности матери / принятия решения об усыновлении новорожденного). Каким вы его себе представляли? Какие у вас были страхи?

2. Какие качества вы бы хотели видеть в своем ребенке? (перечислите, как минимум пять).

Важно увидеть призму ожиданий каждого взрослого члена семьи на ребенка. Такой анализ полезно проделать относительно каждого члена семьи, например, ожидания между родителями-партнерами по отношению друг к другу. Показательно то, что в списке ожиданий родителей по отношению к своему ребенку будут те же самые/близкие пункты, которых содержательно недостает самому родителю. Именно по этой причине родитель раздражается на свое дитя, когда тот делает что-то не так, как ожидала его мама. Истинными показателями наличия ожиданий от своего ребенка как раз и являются: раздражительность, вспышки гнева, огорчение со стороны родителей. Ожидания родителей тотально ограничивают их взгляды на реального, настоящего, «живого» ребенка с его настроением, состоянием, сложностями, интересами, радостями и т.д. Следовательно, логичным в самодиагностике становится следующий блок.

Второй диагностический блок «Ежедневное знакомство». Если спросить у родителя «знаете ли вы своего ребенка?», большинство ответит уверенно положительно. Однако, не каждому родителю известно, что растущий человек каждый день просыпается совсем другим, не таким, каким его знала и видела мама вчера. Невозможно поставить печать знания о своем ребенке вчера и не познавать его дальше в развитии, совершенствовании, в изменениях сегодня и всегда. Именно поэтому, важно ежедневно знакомиться со своим ребенком, рассматривать его, таким, каков он есть сегодня без всяких ограничивающих этот взгляд ожиданий от ребенка.

Отсутствие в жизни семьи этого важного механизма знакомства с собственным ребенком неизбежно приводит к ситуации отчуждения. По данным ОФ «Bilim Foundation» (2018) преобладающим стилем взаимоотношений в современных семьях – является «эмоциональное отвержение» (45% из числа опрошенных), а родительское равнодушие встречается в 25% семей.

Процедура знакомства – ежедневная работа родителя, позволяющая диагностировать личность своего ребенка, его состояние, его настроение, его уровень счастья и благополучия. Это та работа, которая позволяет открыть ребенка на общение с родителем и в которой ребенок не сможет соврать, а родителю дает возможность познать своего ребенка таким, каков он есть на самом деле, без всяких масок ожиданий.

Всего несколько вопросов от родителей к детям будут ежедневно создавать и укреплять доверительную атмосферу отношений в семье: 1. Как ты себя чувствуешь? Какое у тебя настроение? 2. Все ли у тебя в порядке? Как прошел твой день? 3. Что у тебя было самое лучшее сегодня? Какая твоя победа сегодня? 4. Где ты сегодня потрудился? Кому смог помочь? 5. Если бы ты мог что-то изменить в сегодняшнем дне, что это было бы? (вопрос в завершении дня).

Рекомендуется задавать дополнительно неожиданные, необычные, нестандартные вопросы ребенку. Например, если бы у тебя была возможность полететь завтра на любую планету, куда бы ты отправился? Почему? Ответы на подобные вопросы будут всегда искренними, а родители получают удивительные знания о своем ребенке.

После таких вопросов родитель начинает понимать, кто перед ним, начинает знакомиться со своим дитя, познавать тонкие струны его души и потребности его тела. Родитель впервые начинает слышать от своего ребенка то, о чем он думает, то, что чувствует, то, что он хочет, то, чему он радуется и т.д.

И, наконец, третий диагностический блок «Минуты счастья». Время, проведенное с ребенком – залог счастливого родительства. Это, пожалуй, самая минимальная по энергетическим затратам диагностическая процедура. Основная цель – объективная оценка длительности продуктивного взаимодействия родителей и детей в течение суток. Родителям предлагается прописать свой распорядок дня как можно более детально и подробно. Для получения достоверных результатов рекомендуем составить такое расписание за прошедшую неделю. Далее необходимо посчитать, сколько часов/минут в сутках мама/папа занимается продуктивным родительством. Время, когда родители делают с детьми уроки, кормят их, купают и т.п. не берется в расчет. Показателями являются такие виды совместной деятельности как: чтение книг; поход в бассейн; прогулка на свежем воздухе; подвижные игры; просмотр кинофильма; лепка из глины и т.д. Как только такой расчет будет сделан – родителям станет наглядно видно, сколько времени отводится на занятия с ребенком. Это принципиально важно для будущего не только детей, но и, главным образом, самих родителей.

Обращенность сознания человека назад, к той системе детско-родительских взаимоотношений, которые есть как уже привычная ситуация развития конкретной семьи является одной из главных, если не

сказать единственно действенной способностью родителей осуществлять регулярно качественную, продуктивную работу по развитию экологических, теплых детско-родительских взаимоотношений, исключающих даже малейшую возможность возникновения осложненного поведения ребенка.

Предлагаемый нами вариант самодиагностики семьи включает в себя не только повседневный ритуал самообследования состояния атмосферы семейной жизни, но и одновременно осознание самими родителями необходимости осуществления конкретных действий, по устранению выявленных причин осложненного поведения ребёнка. Для родителя становится совершенно очевидным то, что явилось причиной собственной раздражительности на ребенка и как следствие проблемное, нежелательное его поведение. Важно, что родителю никто не навязывает готовой картины детско-родительских взаимоотношений в его семье. Он самостоятельно, абсолютно конфиденциально, в собственных интересах, в интересах благополучного развития своих детей и без каких-либо опасений за осуждение со стороны в свой адрес, осуществляет процедуру самодиагностики семейных взаимоотношений. В итоге, родители осознанно и мотивированно подходят к самостоятельному исправлению ситуации и в кругу семьи восстанавливают тёплые отношения и прочную связь со своим ребёнком. Именно такой подход с детальным формированием и осмыслением родителями своих взаимоотношений с детьми в семье, великолепно их мотивирует на продолжение работы с психологом и психотерапевтом.

Предложенный нами диагностический инструментарий – жизненная необходимость для современных семей с повышенной родительской занятостью на работе и в общественной деятельности. Это действенный индикатор реальной жизни российской семьи. Для любого родителя важно не пропустить момент «Где было не так? Что не было сделано или было сделано не так как нужно?» и т.д.

Таким образом, включая данный подход в повседневный ритуал внимательного и скрупулезного само обследования внутрисемейных отношений, родитель в большинстве случаев гарантированно осуществляет превенцию нежелательного, осложненного поведения ребенка и укрепляет контакт с ребенком экологично, бережно, с любовью и стопроцентным принятием своего дитя. Это и есть путь к счастливому родительству и к счастливому будущему наших детей.

Барцалкина В.В.

ПРАКТИКА ПОМОЩИ ЛИЦАМ С СИНДРОМОМ ВДА

*ФГБОУ ВО «Московский государственный
психолого-педагогический университет», Москва, Россия*

Термин «ВДА» (от англ. АСoА – Adult Children of Alcoholics – «взрослые дети алкоголиков») – применяется к людям, выросшим в семьях, где один или оба родителя являлись алкоголиками, и имеющим характерные признаки, встречающиеся в различных комбинациях, среди которых можно выделить заниженную или неадекватную самооценку, пассивность, позицию «жертвы», «спасателя» или «агрессора», социофобию, алекситимию, перфекционизм, трудность контроля собственных эмоций, склонность к формированию зависимостей, таких, как созависимость, алкоголизм, наркомания, трудовоголизма, сексоголизма и других. Кроме того, у ВДА отмечается склонность вовлекаться в опасные, нездоровые отношения, полные эмоционального, физического или сексуального насилия, отвержения и пренебрежения. На фоне этих особенностей у ВДА часто развивается депрессия, тревожность, почти всегда личность невротизируется.

Однако, «синдром ВДА» в классификаторах болезней DSM-V, МКБ-10 не отмечен как отдельная болезнь или расстройство личности. В настоящее время термин «синдром ВДА» условно применяется только в психолого-психотерапевтической практике для определения лиц из алкогольных семей, страдающих во взрослой жизни от последствий жизни в этих дисфункциональных семьях.

Высокая вероятность возникновения проблем у взрослых детей алкоголиков, пытающихся создать свои семьи, подтверждается статистикой. Около 70% взрослых сыновей алкоголиков также в дальнейшем имели нездоровое пристрастие к спиртному. У девушек этот показатель достигает 15%. К наркомании склонны примерно 17% сыновей и 5% дочерей. К психопатии – 32% сыновей и 30% дочерей. К неврозам склонны 7% сыновей и более 8% дочерей. Лишь каждый пятый ребенок, родившийся в проблемной семье, где кто-то является алкоголиком, не имеет никаких нарушений психопатологического характера (www.vrednye.ru/alkogolizm/vzroslye-deti-alkogolikov.html).

В 1978 году на основе Программы «12 шагов», базирующейся на биопсихосоциодуховном подходе, возникло Сообщество ВДА. Сообщество было основано с целью помочь и облегчить выздоровление взрослым людям, выросшим в дисфункциональных семьях, где один или оба родителя страдали от серьезной болезни зависимости.

Основное отличие Программы «12 шагов» ВДА от других 12-шаговых Сообществ заключается в том, что в Сообществе ВДА тщательно исследуется влияние воспитания в родительской семье на формирование личностных особенностей, которые во взрослой жизни становятся препятствием для построения здоровых семейных, дружеских, партнерских отношений.

Работа по программе ВДА заключается в применении ряда «инструментов», в число которых входят: посещение собраний групп самопомощи ВДА, работа по «Шагам» с наставником (человеком с опытом выздоровления) в качестве психологической поддержки, ежедневное ведение дневника чувств и прочее.

Существенным отличием программы ВДА от других 12-шаговых Сообществ является наличие такого важного инструмента, как «терапевтинг» (в базовых текстах сообщества означает «стать любящим родителем самому себе»). Суть этого инструмента заключается в постепенной замене критикующих и отвергающих внутренних родительских фигур на любящих, защищающих и поддерживающих. При использовании этого инструмента развивается самопринятие, способность устанавливать психологические границы, умение удовлетворять собственные потребности (вместо родительских интроектов), развивать близкие и доверительные отношения, контролировать свои эмоции, быть терпимым к чужим слабостям и др.

Необходимо отметить, что, поскольку в настоящее время группы ВДА есть только в ряде крупных городов РФ, были созданы дистанционные формы собраний. Прежде всего, это скайп-собрания, которые проходят по той же схеме, что и «живые собрания». При этом существуют особенности, связанные с техническими ограничениями: связь происходит без видео, собрание ограничено несколькими десятками участников, вводится особый регламент подключения на собрание, часто существует особый регламент определения очередности высказываний.

• В начале 2000-х годов был создан сайт «Детки-в-сетке» (www.detki-v-setke.ru) для обеспечения возможности работы по про-

грамме ВДА для русскоговорящих людей в любой точке мира. Он представляет собой «форум», на котором есть разделы с литературой ВДА, разделы с вопросами-ответами, аудио-записи спикерских выступлений членов сообщества, журналы членов сообщества, доступ в которые регулируется владельцем журнала, а также другие разделы, в которых можно высказываться и вести диалог с соблюдением программных принципов. За соблюдением правил следят модераторы, которые выбираются всеобщим голосованием.

В числе преимуществ сайта «Детки-в-сетке», по сравнению с другими формами работы, можно отметить его доступность в любое время и в любом месте, в то время как скайп-группы проходят в определённое время, а «живые группы» требуют физического присутствия в определённое время в определённом месте. Также преимуществом может являться возможность читать высказывания и диалоги участников и свои собственные, написанные ранее. Однако это же может быть и недостатком, если участник не хочет, чтобы его мысли оставались в интернете. Также среди недостатков можно выделить отсутствие живого контакта с другими людьми, что, однако, может оказаться преимуществом при очень высокой тревожности, затрудняющей реальное взаимодействие.

Кроме того, преимуществом скайп-групп ВДА, по сравнению с «живыми группами», является доступность их в любом месте, где есть доступ в интернет, а также отсутствие временных и финансовых затрат на проезд к тем местам, где собирается «живая группа». Скайп-группы лучше подходят людям с высоким уровнем тревожности. Однако, недостатком скайп-групп может являться риск подслушивания со стороны людей, проживающих в том же месте, а также меньшая интенсивность непосредственного контакта с членами Сообщества ВДА.

К дистанционной поддержке ВДА можно отнести также распространённую психологическую помощь по E-mail, которая подразумевает общение специалиста (в нашем случае чаще всего – психолога) с клиентом. При такой форме помощи клиент пишет психологу письма, в которых описывает свою проблему, эмоциональное состояние, мысли по этому поводу и т.д., а психолог даёт на них компетентные ответы со своим видением его проблем, рекомендациями и т.д. Однако, как показывает опыт, электронная почта может быть лишь дополнительным инструментом для продуктивной непосредственной работы со специалистом.

Необходимо также упомянуть возможность общения психолога и клиента по ICQ, другим видам мессенджеров и в социальных сетях, которое происходит в реальном времени, поэтому психолог может оперативно задавать уточняющие вопросы и оперативно получать на них ответы. Но на этом преимущества этого общения заканчиваются.

К недостаткам общения по E-mail, с помощью мессенджеров и социальных сетей можно отнести тот факт, что общение в таких формах предполагает только обмен текстом. При этом все невербальные компоненты общения, такие как интонация голоса, выражение лица, поза, мимика исключаются из диалога и не позволяют психологу вовремя обнаружить так называемые психологические защиты у клиента.

В заключение необходимо констатировать, что, безусловно, лучше получать психологическую помощь в непосредственном общении, однако надо отдать должное тому, что дистанционные технологии и электронные средства коммуникации значительно расширяют возможности оказания психологической помощи нуждающимся и их можно рассматривать как дополнительные инструменты консультативного взаимодействия.

Бекенева Л.В., Сидоров Н.Н.

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ И СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

ФГАУ ВО СВФУ имени М.К. Аммосова, Якутск, Россия

Вопросы социального взаимодействия при параноидной шизофрении занимают центральное место. Сохранение социальных связей стоит на первом месте, так как при наличии семейных взаимоотношений преобладающая часть психически больных, несмотря на дефект, способна проживать в социуме, вне стен больницы, длительное время сохранять трудоспособность (даже при наличии инвалидности) и быть полноправным членом общества.

Взаимоотношения в семье шизофреника строятся на стиле «доминирования родителей над ребенком» (Залуцкая Н. М., 2003), родители

больных эндогенными психозами имеют своеобразные «личностные особенности», выражающиеся «меньшими показателями конструктивных эго-функций», нарушением «функции тревоги, отграничения и нарциссизма у матерей и деструктивность функции агрессии у отцов». Тип отношений в родительской семье у больных шизофренией в первую очередь влиял на характер социального функционирования (Юровская Е. М., 2004) и определялся «зависимыми взаимоотношениями – 41%, маятникообразным типом воспитания – 37%, эмоциональным отчуждением – 29%. Для определения уровня социальной адаптации M.V. Seeman (1986) предлагает учитывать сохранные браки у мужчин и женщин, причем отмечает крайне низкие показатели социальной адаптации у мужчин по сравнению с женщинами, страдающими параноидной шизофренией.

При анализе социально-демографической характеристики 112 пациентов с длительным течением параноидной шизофрении было выявлено, что чаще всего дезадаптируются мужчины (64,0%), проживающие в городской среде (64,0%), пожилого возраста (51–60 лет), имеющие невысокий уровень образования (ПТУ – 28,0%, среднее – 18,0%, неполное среднее – 23,0%). Что интересно, для женщин четко определялась корреляционная взаимосвязь с галлюцинаторным дефектом. Все пациенты имели инвалидность. Также для данной группы женщин достоверно определяется корреляция между галлюцинаторным дефектом и длительным рабочим стажем – от 16 до 20 лет (45,5%).

Обнаружена тенденция к вступлению в брак в тех в случаях, когда пациенты имели выраженную продуктивную симптоматику. В тех случаях, когда преобладали негативные симптомы (при апатоабулическом состоянии, психопатоподобном дефекте и явлениях вторичной кататонии), выявлено отсутствие какого-либо стремления к созданию семьи.

Практически все пациенты имели выраженные проблемы с коммуникабельностью. Причем они не могли найти взаимопонимания не только в собственной в семье, но у них отсутствовало взаимопонимание с окружающими, что также определяет низкие адаптивные возможности обследуемых пациентов. Пациенты с продуктивной симптоматикой не могут найти контакт с ближайшим окружением, так как опасаются с их стороны проявлений агрессии и насмешек, боятся оказаться в неудобном положении, но при этом имеют стремление общаться с людьми. Пациенты же с выраженной негативной симптоматикой безынициаци-

тивны, их не интересует окружающий мир, они живут только собой, пусть и не полноценно.

Среди общего количества (112 – 100%) обследованных пациентов с длительным течением параноидной шизофрении проведено определение характера социальных связей. Обнаружена сохранность социальных связей более чем в половине случаев (62 – 55,36%). В большей степени утрате социальных связей способствуют психопатоподобный дефект (9 – 75,0%), остаточная галлюцинаторно-параноидная (7 – 63,64%) и парафреническая (8 – 57,14%) симптоматика. При уточнении семейного статуса выявлено, что пациенты не создали своей семьи в 68 (60,71%) случаях; находятся в разводе 29 (25,89%) пациентов; социальные взаимоотношения в большинстве случаев характеризуются как отчужденные, тягостные, противоречивые, конфликтные (68,0% от 112 – 100%). Даже при наличии социальных связей с семьей брачные узы связывают 5,0% от числа всех больных. При этом поддержка и уход за пациентом со стороны родственников носят формальный характер, тогда как потенциал социального функционирования в 69,0% случаев ограничен и требует особого подхода от окружающих. В 23,0% случаев у пациентов с исходными состояниями реабилитационный потенциал крайне низкий, таким пациентам требуется практически полный уход и контроль за поведением со стороны. Создали и сохранили семью лишь 8 (7,14%) пациентов, 6 (5,36%) пациентов овдовели.

При определении характера взаимоотношений с семьей среди общего количества пациентов с длительным течением параноидной шизофрении (112 – 100%) выявлено, что чаще складывались отчужденные, холодные отношения (57 – 50,89%). В 50 (44,64%) случаях социальные связи были полностью утрачены. 7 (6,25%) пациентов лишь изредка (не более чем 1 раз в полгода, год) навещали родственников. Взаимоотношения в семье характеризовались как хорошие в 36 (32,14%) случаях. У 12 (10,71%) пациентов взаимоотношения с родными были противоречивыми, в остальных случаях пациентам было тягостно общаться с семьей либо общению препятствовал серьезный конфликт во взаимоотношениях. В подтверждение полученных нами данных о семейных взаимоотношениях пациентов с шизофреническими расстройствами приведем результаты исследований других авторов. Е.В. Гуткевич и др. (2012) выявили, что существуют «эмоциональные проблемы между членами семьи», в том числе отсутствие общих интересов и привязанности друг к другу, члены

таких семей «часто проводят свое время раздельно, им трудно оказывать поддержку друг другу и совместно решать жизненные проблемы». J.D. Gottlieb, K.T. Mueser, S.M. Glynn (2012) рекомендуют семейную психотерапию для преодоления снижения социального функционирования и профилактики необоснованной госпитализации.

Среди всех пациентов с длительным течением параноидной шизофрении в большей степени были зафиксированы отчужденные, холодные отношения с семьёй, в том числе у пациентов с апатоабулическим состоянием (24 – 21,43%), с параноидным синдромом (11 – 9,82%), с остаточной псевдогаллюцинаторной симптоматикой (7 – 6,25%), со вторичной кататонией (5 – 4,46%). В остальных случаях для пациентов с апатоабулическим состоянием было характерно наличие доброжелательных отношений родственников (11 – 9,82%) либо противоречивых, когда оппозиционность сочеталась с опекой (6 – 5,36%). У пациентов с параноидным синдромом на втором месте находились противоречивые, амбивалентные отношения со стороны как близких, так и самого больного (9 – 8,04%).

В единичных случаях отношения становились тягостными в силу бредовой настроенности пациентов в отношении к близким либо конфликтными. Среди пациентов с парафренным синдромом в равных количествах встречались как холодные взаимоотношения, так и теплые (6 – 5,36%); в 2 (1,79%) случаях отношения членов семьи к больному носили противоречивый характер. При психопатопадобном синдроме у пациентов взаимоотношения с семьёй распределились в практически равном количестве, не встречалось тягостных для больного отношений с родственниками. На втором месте у пациентов с остаточной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой находились сохраненные теплые, доброжелательные отношения с родными, в основном с детьми. У пациентов со вторичной кататонией хорошие взаимоотношения с семьёй были связаны с гиперопекой (3 – 2,68 %).

Была обнаружена достоверная корреляционная взаимосвязь параноидной симптоматики с нежеланием самого пациента общаться с родными ($t(n-2) = 3,3192$), конфликтные взаимоотношения пациента с семьёй напрямую коррелировали с психопатопадобным дефектом ($t(n-2) = 4,5522$).

В результате можно сделать вывод, что пациенты в большей части случаев (76 – 67,86%) имеют неблагоприятные взаимоотношения с род-

ными и близкими людьми, что способствует их длительной госпитализации в психиатрическом стационаре и снижению реабилитационных возможностей. Из сказанного следует необходимость проведения психотерапевтической работы не только с самим психически больным, но и с его семьей и близким окружением.

Бенусова Е.Г., Голубева Е.Ю., Соловьев А.Г.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОРГАНОВ ВЛАСТИ И НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ПОДРОСТКОВ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В ПОВЕДЕНИИ

*Северный (Арктический) федеральный университет, Архангельск, Россия
АНО «Центр по работе с гражданами в сложной жизненной ситуации «Доверие»,
Северодвинск, Россия
Северный государственный медицинский университет,
Архангельск, Россия*

С 2014 г. в России заметно повысилось внимание государства к вопросам привлечения социально ориентированных некоммерческих организаций (СО НКО) к оказанию услуг в отраслях социальной сферы. Внесены изменения в законодательство, стимулирующие вовлечение НКО в оказание социальных услуг за счет бюджетных средств [N 442-ФЗ]: введен статус НКО – исполнителей общественно полезных услуг, предусматривающий их право на приоритетное получение мер государственной (муниципальной) поддержки. На необходимость привлечения НКО к оказанию социальных услуг четыре года подряд указывает Президент РФ в посланиях Федеральному собранию (Рудник Б.Л. и др., 2018).

Научно-исследовательская проблема взаимодействия между СО НКО и органами власти (Никоновская Л.И. и др., 2017) заключается в том, что недостаточно исследована сама инновационная деятельность по социальному обслуживанию негосударственным поставщиком социальных услуг, поскольку мал опыт, требующийся для обобщения, осо-

бенно в регионах, так как на рынок социального обслуживания НКО и частные структуры выходят единично в каждой отдельной области. Крайне редко СО НКО включаются в оказание помощи, связанной с повышением уровня социальной адаптации подростков, имеющих отклонения в поведении, в том числе вступивших в конфликт с законом, поскольку такая деятельность нуждается в регулярном финансировании и усиленном взаимодействии с органами власти.

Повышение уровня социальной адаптации, с точки зрения норм, стандартов и принципов международного и российского права является одним из прав несовершеннолетних, с одной стороны, и средством профилактики правонарушений несовершеннолетних граждан, что обуславливает общественную безопасность, с другой стороны.

Целью исследования явилась систематизация направления деятельности и перспектив развития СО НКО, связанной с повышением уровня социальной адаптации подростков, имеющих отклонения в поведении.

В 2015 г. АНО «Доверие» (г. Северодвинск) включена в реестр поставщиков социальных услуг Архангельской области. Основная миссия деятельности организации – первичная и вторичная профилактика правонарушений несовершеннолетних, социальная адаптация детей и подростков; уставная цель – предоставления услуг в области защиты и обеспечения прав и законных интересов граждан, оказания гражданам социальной, социально-медицинской, социально-психологической, социально-педагогической, социально-правовой помощи и содействия в пропаганде здорового образа жизни и развитии физической культуры, спорта и досуга, в формировании позитивного интереса, в том числе оказания общественно полезных услуг.

Организация зарекомендовала себя как социально значимая, постоянно развивающаяся, внедряющая инновационные социальные технологии, в том числе не имеющие аналогов в России, направленные на снижение уровня социального неблагополучия и имеющая устойчивое положение в городе Северодвинск. За 11 лет работы Центром реализовано 13 социальных проектов, привлечено более 8 млн руб. благодаря полученным федеральным, региональным, местным грантам (в том числе получено три Президентских гранта).

Проведенное исследование деятельности АНО «Доверие» как поставщика социальных услуг (получателя субсидии от региональных органов власти) в процессе повышения уровня социальной адаптации не-

совершеннолетних, имеющих отклонения в поведении, в современном транзитивном обществе позволило определить необходимость в усиленном взаимодействии организации с органами власти и государственными учреждениями. Данная потребность объясняется ограниченной возможностью привлечения общественной организацией финансирования из других источников:

– пожертвований, поскольку нежелание спонсоров инвестировать в проекты, поддерживающие данную целевую группу, ограничено моральными установками. К сожалению, не все могут испытывать чувство сострадания по отношению к семьям, воспитывающих подростков, имеющим отклонения в поведении, в том числе вступившим в конфликт с законом;

– оказание платных услуг, что объясняется низким уровнем платежеспособности законных представителей подростков-правонарушителей.

На сегодняшний день наличие статуса поставщика социальных услуг и возможность оказывать социальные услуги семьям, воспитывающих подростков, имеющих отклонения в поведении, предопределяет перспективы и позволяет АНО «Доверие» при грамотном стратегическом и оперативном управлении:

- приобрести финансовую устойчивость, стабильную поддержку и повысить конкурентоспособность на рынке оказания социальных услуг;
- решать социальные проблемы максимально эффективно;
- снижать уровень социальной напряженности, и, как следствие, положительно влиять на демографическую ситуацию.

Бердичевский А.А.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕФЛЕКСИИ И РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИЙ У ЛИЦ В СИТУАЦИИ СОЗАВИСИМОСТИ

ФГБУН Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия

Проблема созависимости крайне актуальна для современного мирового сообщества, особенно в рамках работы с семейными проблемами. Созависимость является частью более обширного понятия *эмоциональ-*

ная зависимость, которая строится вокруг контроля одним партнером другого (Пестов М.Г., 2019), и имеет свое начало в области работы с семьями, столкнувшимися с проблемой зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В контексте помощи семьям, столкнувшимся с проблемой зависимости от ПАВ, созависимость можно описать при помощи двух критериев: *формальный* – совместное проживание с человеком, страдающим зависимостью от ПАВ, и *содержательный* – наличие у человека личностных особенностей, свойственных созависимым людям. Наиболее полному анализу созависимости способствует рассмотрение *ситуаций созависимости*, включающих в себя оба критерия.

В данном исследовании под *созависимостью* понимается «психосоциальное состояние, проявляющееся через неблагополучную модель поведения, которая характеризуется: (1) чрезмерным вниманием вовне, (2) отсутствием открытого выражения чувств и (3) попытками получить чувство значимости через отношения» (Бердичевский А.А., Падун М.А., Гагарина М.А., 2019). По данным исследований людям, склонным к созависимости, сопутствуют различные эмоциональные нарушения (Fischer J., Spann L., & Crawford D., 1991).

Качество эмоциональной жизни человека зависит от его умения регулировать свои эмоции. Под *регуляцией эмоций* понимается «комплекс осознаваемых и неосознаваемых психических процессов, которые усиливают, ослабляют либо удерживают на одном уровне качество и интенсивность эмоциональных реакций и эмоциональных состояний человека» (Падун М.А., 2015).

Выходу из ситуаций созависимости способствует развитие навыка рефлексии, что по мнению Н.М. Манухиной проявляется в умении посмотреть на себя, партнера и ситуацию «со стороны» (Манухина Н.М., 2016), другими словами необходимо занять рефлексирующую позицию. Под *рефлексией* понимается «родовая способность человека, проявляющаяся в обращении сознания на самое себя, на внутренний мир человека и его место во взаимоотношениях с другими, на формы и способы познавательной и преобразующей деятельности» (Слободчиков В.И., Исаев Е.И., 2013).

Однако не вся рефлексия способствует поддержанию благополучия человека. Говоря о рефлексии важно отмечать, что она включает в себя «*направленность сознания на внешнюю ситуацию*», «*направленность на себя*», а также *самодистанцирование* – «возможность отстраниться,

посмотреть на себя со стороны, вынырнуть из потока собственной жизни» (Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., 2014). Авторы выделяют 4 вида рефлексии: *арефлексия* (направленность сознания на внешнюю ситуацию, без внимания на себя), *интроспекция* (фокус внимания на внутренних процессах человека, без осознания внешних обстоятельств), *квазирефлексия* (полная отстраненность от своего внутреннего мира и актуальной ситуации бытия, сосредоточенность сознания на объекте вне данной ситуации) и *системная рефлексия* (осознание себя и своей жизнедеятельности в актуальной ситуации).

Наиболее адаптивной и способствующей развитию субъекта является *системная рефлексия*, «основанная на самодистанцировании и взгляде на себя со стороны позволяющая видеть одновременно полюс субъекта и полюс объекта». По мнению В.И. Слободчикова и Е.И. Исаева рефлексия является высшей способностью человека, позволяющей занять субъектную позицию, способствующую изменению образа жизни (Слободчиков В.И., Исаев Е.И., 2013).

В современных психологических исследованиях нами не было обнаружено работ, в которых исследовалась способность к системной рефлексии у людей в ситуациях созависимости в сочетании с предпочитаемыми стратегиями регуляции эмоций. На основании этого **целью** данного исследования является рассмотрение взаимосвязи созависимости, типов рефлексии и стратегий регуляции эмоций у лиц, проживающих с людьми, страдающими от употребления ПАВ.

К **задачам** исследования относятся:

1. дополнительная проверка валидности Модифицированной шкалы созависимости Спенн–Фишер в адаптации Бердичевского А.А., Падун М.А., Гагариной М.А.;
2. определение типов рефлексии, свойственных людям в созависимых ситуациях;
3. определение взаимосвязи созависимости и стратегий регуляции эмоций у людей, проживающих с наркозависимыми на одной территории;

Теоретическая исследовательская гипотеза: людям в ситуации созависимости свойственны контрпродуктивные типы рефлексии в сочетании с деструктивными стратегиями регуляции эмоций.

Объект исследования – психологические характеристики созависимых лиц.

Предмет исследования – связь созависимости, типов рефлексии и стратегий регуляции эмоций у людей, проживающих с партнерами, страдающими от употребления ПАВ.

Выборку исследования составили женщины (N=119) в возрасте от 24 до 60 лет (M=46,7, SD=8,9), совместно проживающие с людьми, употребляющими психоактивные вещества.

Методики исследования:

1. Модифицированная шкала созависимости Спенн–Фишер (ШСЗ СФ) (Бердичевский А.А., Падун М.А., Гагарина М.А., 2019);
2. Дифференциальный тест рефлексивности (ДТР) (Леонтьев Д.А. и др., 2009);
3. Опросник когнитивной регуляции эмоций (ОКРЭ) (Расказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В., 2011);
4. Опросник регуляции эмоций (ОРЭ) (Дорофеева И.Н., Падун М.А., 2010).

Результаты. Данные исследования были получены очно и при помощи он-лайн опроса. Значимых различий между полученными данными, за исключением возраста респондентов ($U=1190,000$, при $p<,01$) не обнаружено. Так как степень выраженности созависимости не зависит от возрастных особенностей человека (Бердичевский А.А., 2019) результаты опросов были объединены для дальнейшего количественного анализа.

Проверка *критериальной валидности* опросника показала значимость различий ($U=5530,5$, $p<,00001$) между группой студентов, принимавших участие в адаптации методики (N=137, M=45,25, min=21, max=70, SD=11,35) и группой людей, совместно проживающих с теми, кто употребляет психоактивные вещества (ПАВ) (N=119, M=52,17, min=21, max=79, SD=11,79).

На выборке лиц, совместно проживающих с потребителями ПАВ, не было обнаружено взаимосвязи созависимости и возрастных особенностей респондентов ($R=0,01$, при $p<,05$), что соответствует данным, полученным при адаптации методики, подтверждая внутреннюю валидность методики.

Степень выраженности созависимости взаимосвязана с такими типами рефлексии, как *интроспекция* ($R=0,7$, при $p<,00001$) и *квазирефлексия* ($R=0,35$, при $p<,00001$). Взаимосвязи созависимости и *системной рефлексии* не обнаружено ($R=-0,02$, при $p<,05$).

Анализ взаимосвязи созависимости с предпочитаемыми стратегиями регуляции эмоций показал, что созависимость положительно связана с *руминацией* ($R=0,41$, при $p<,0001$), *катастрофизацией* ($R=0,38$, при $p<,0001$), *самообвинением* ($R= 0,33$, при $p<,001$), а также отрицательно с *позитивной переоценкой* ($R=-0,26$, при $p<,01$) и *когнитивной переоценкой* ($R=-0,27$, при $p<,01$).

Выводы. Модифицированная шкала созависимости Спенн-Фишер в адаптации Бердичевского А.А., Падун М.А. и Гагариной М.А. обладает хорошей критериальной валидностью, демонстрирующей более высокие показатели созависимости у тех, кто находится в отношениях с употребляющими ПАВ. Подтвердилась внутренняя валидность шкалы, показав отсутствие взаимосвязи степени выраженности созависимости с возрастными особенностями респондентов.

Для людей в созависимых ситуациях характерны два вида рефлексии: интроспекция и квазирефлексия. Данные виды рефлексивных процессов не берут во внимание значимость актуальной жизненной ситуации, в которой находится субъект, что говорит о том, что в ситуации созависимости, человек оторван от внешнего мира.

В созависимых ситуациях человек склонен регулировать свои эмоции преимущественно деструктивными стратегиями регуляции эмоций, такими как: руминация, катастрофизация, самообвинение. В меньшей степени в ситуациях созависимости людям доступны когнитивная и позитивная переоценки.

Бережа Ж.В.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПАРАДИГМЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АДДИКТИВНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ

*Ассоциация организаций здравоохранения «Медицинский центр Бехтерев»,
Санкт-Петербург, Россия*

Создание и внедрение в наркологическую практику новых реабилитационных программ, интегрирующих современные методы психотерапии и клинической психологии, обусловлено необходимостью оказания

реабилитационной помощи наркологическим больным, не удерживающимся в «традиционных» реабилитационных программах, основанных на 12-шаговой модели. К таким больным, как правило, относятся наркологические пациенты с коморбидными психическими расстройствами, расстройствами личности в стадии декомпенсации, а также пациенты с низкой мотивацией на трезвость и продолжение лечения (Кулаков С.А., Береза Ж.В., Корчагина Е.К., 2014).

Практическим путем было доказано, что наиболее эффективным методом психологической интервенции является гуманистический (клиент–центрированный) подход, ориентированный на развитие потенциально сильных сторон личности пациента, учитывая его индивидуальные характеристики и социальную ситуацию, сложившуюся на момент госпитализации.

Методологической основой представленной программы являлась комплексная и тщательная проработка четырех основных факторов формирования и поддержания аддикции – биологического, психологического, социального и духовного. Как следствие, программа полностью соответствует современной концепции зависимости от ПАВ, рассматривающей ее как биопсихосоциодуховное расстройство. Кроме того, в рамках этой концепции аддиктивная патология рассматривается с точки зрения современной синергетической модели, то есть – как системная проблема

Программа Комплексной стационарной реабилитации представляет собой профессиональное психотерапевтическое сопровождение пациента и членов его семьи на всех этапах оказания комплексной медико-психолого-социальной наркологической помощи. Выделение таких этапов обосновано прежде всего временной периодизацией лечебно-реабилитационного процесса, а также отличиями содержания в динамике клиники заболевания и статуса пациента. Таким этапами являются:

I. Профессиональное психотерапевтическое сопровождение пациента (членов его семьи) на этапе купирования абстиненции.

II. Профессиональное психотерапевтическое сопровождение пациента (членов его семьи) в раннем постабстинентном периоде (начальный этап стационарной реабилитации) – в период – с 3–5 до 15–20 суток пребывания пациента в стационаре.

III. Профессиональное психотерапевтическое сопровождение пациента (членов его семьи) в позднем постабстинентном периоде и этапе

формирования ремиссии – начиная с 21-х суток до 45–120 суток пребывания в стационаре.

IV. Профессиональное психотерапевтическое сопровождение пациента (членов его семьи) на этапе ремиссии – амбулаторная постлечебная программа (в течение 1,5–2 года) или 6-месячная программа пребывания в условиях загородного реабилитационного центра длительного проживания с последующей ресоциализацией в течение 3–6 месяцев.

Основными принципами работы программы являются:

1. Программа учитывает основные факторы формирования и поддержания аддикции (биологического, психологического, социального и духовного), полностью отражая современную концепцию зависимости как биопсихосоциодуховного расстройства, с позиции системного подхода.

2. Программа ориентирована на психотерапевтическое сопровождение семейной системы пациента. Поэтому реабилитационный процесс начинается с первого дня поступления пациента на детоксикацию с работы с семьей. Программа предполагает работу с пациентами, имеющими низкую мотивацию на трезвость и продолжение лечения, поступившими в наркологический стационар с установкой только на купирование абстиненции.

3. Программа КМР предполагает психотерапевтическое сопровождение пациента и членов его семьи на каждом из этапов оказания наркологической помощи: на этапе купирования абстинентного синдрома, в раннем постабстинентном периоде, в позднем постабстинентном периоде и на этапе формирования ремиссии – амбулаторная постлечебная программа или 6-месячная программа загородного реабилитационного центра длительного пребывания с последующей ресоциализацией в течение 3–6 месяцев.

I. Описание этапа стационарной реабилитации в рамках программы КМР

Этап стационарной реабилитации начинается после купирования абстинентного синдрома (на 7–21 сутки пребывания пациента в стационаре) и предполагает нахождение пациента в стационарном реабилитационном отделении на срок от 45 суток. При поступлении пациента проводилось обязательное тщательное клинико-анамнестическое и психопатологическое обследование с применением современных методик и

клинических шкал (SCL-90-R, Шкалы оценки тревоги и депрессии, Краткий психиатрический опросник, Тест Аддиктивных установок, Индекс Тяжести Зависимости а также психологические методики, оценивающие сквозные и познавательные психические процессы, сбор объективного анамнеза (беседа с родственниками), социально-демографические и клинические характеристики пациентов, зависимых от ПАВ.

На основании всех клинических данных выявляется или исключается наличие коморбидной психиатрической патологии, а также ставится комплексный психотерапевтический диагноз и семейный системный диагноз, позволяющий индивидуализировать реабилитационный маршрут для каждой семейной системы, а также назначить необходимую фармакологическую поддержку на всех этапах реабилитационного процесса.

Фармакологическое сопровождение направленно на купирование постабстинентных расстройств (нормотимики, антидепрессанты, небензодиазепиновые анксиолитики, нейролептики в первые две недели), а также соответствующее лечение коморбидной психической патологии, в случае ее выявления, по показаниям. Также всем пациентам назначался налтрексон перорально или в имплантационной форме.

Программа объединяет все современные методы психотерапии, адаптированные для работы с аддикциями и расстройствами личности (психоанализ, психодрама, гештальт-терапия, динамическая психотерапия). В отличие от традиционного подхода в реабилитации, где акцент делается в основном на групповые формы работы, направленные на осознание и ограничение зависимых стереотипов поведения, медицинский подход предполагает начало индивидуальной психотерапии на ранних этапах реабилитационного процесса с использованием глубинных техник («внутренний ребенок», работа с детскими травмами и пр.). Для этого на этапе стационарной реабилитации за каждым пациентом закрепляется индивидуальный психолог, что способствует созданию долговременного психотерапевтического альянса. Кроме того, ежедневно проводится групповая работа в рамках психодинамического подхода, направленного на выявление и проработку личностных проблем самоидентификации, самоотношения, взаимодействия в группе «здесь и сейчас». Параллельно с глубинной личностной психотерапией на стационарном этапе проводятся групповые проблемно-ориентированные занятия по различным аспектам зависимости, сдаче программ-

ных домашних заданий, коммуникативные тренинги, арт-терапия, кино-терапия, телесно-ориентированная терапия. Каждый пациент ведет «дневник чувств», делает ежедневный письменный самоанализ, и рефлексивное эссе на заданную психологом тему «фокус дня».

II. Описание пост-стационарного этапа реабилитации КМР

Психотерапевтическое сопровождение пациента и членов его семьи на пост-стационарном этапе представлено: 6-месячной программой загородного реабилитационного центра длительного пребывания с последующей ресоциализацией в течение 3–6 месяцев. Что предполагает непрерывное пребывание пациентов в центре на протяжении всего срока прохождения программы. Программа реабилитационного центра длительного пребывания помимо продолжения индивидуальной и групповой психодинамической личностно-ориентированной психотерапии, семейной психотерапии, ведения дневника чувств и самонаблюдения, также включает поведенческую и трудотерапию, развитие и закрепление социальных навыков, формирование установки на трудовой образ жизни.

Амбулаторная постлечебная программа (1,5–2 года) предполагает еженедельное посещение пациентом врача-нарколога для проведения клинического обследования, а также лабораторного контроля употребления наркотических веществ, психологической интервенции, семейные психотерапевтические сессии не реже 1 раза в месяц, посещение психотерапевтической группы, а также ведение дневника чувств и самонаблюдения. Далее, в период с 6 по 12 месяцев количество посещений больными клиники уменьшается до 1 раза в две недели, а в последующие 12 месяцев – ежемесячно. Все пациенты ежемесячно были обследованы на содержание в моче психоактивных веществ методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Бондаренко Т.А.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЖЕНЩИН, СОСТОЯЩИХ В БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЯХ С ПАРТНЕРОМ, СТРАДАЮЩИМ АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИЕЙ

Союз психологов-консультантов и психотерапевтов, Москва, Россия

По данным Федеральной службы государственной статистики, за первые семь месяцев 2019 года в России от отравлений умерли 5,5 тыс. человек. При этом, как показывают результаты психологических исследований, партнеры, находящиеся в брачных отношениях, в меньшей степени, по сравнению с одинокими мужчинами, страдают алкогольной аддикцией.

Вызвано это тем фактом, что в браке у мужчин появляются обязанности, которые формируют установку на ответственную позицию при оценке своих действий и поступков. Женщины, в свою очередь, ориентированные на создание семейного очага, планирование детей и состоящие в брачных отношениях, в большей степени могут проявлять склонность к созависимым отношениям с зависимым партнером.

При работе в психологическом консультировании в когнитивно-поведенческом подходе с семьей, находящейся в зависимо-созависимой модели отношений, женщина (медиатор) должна находиться в ресурсном психологическом состоянии, чтобы сформировать у партнера (потатора) твердой установки на избавление от алкогольной аддикции.

Вместе с тем, в консультировании мы учитываем тот факт, что женщина, используя манипуляции, заключающиеся в сокрытии своих истинных эмоций, добивается этим получения помощи и поддержки от страдающего алкогольной аддикцией партнера (Николаев Е.Л., Романов С.Н., 2010). Однако такое поведение созависимой женщины дезадаптивно, т.к. его целью является удовлетворение собственных потребностей через заботу о зависимом от алкоголя партнере. По мере того, как субличная роль Спасателя прогрессирует, она забывает о своих собственных потребностях и желаниях (Винников Л.И., 2019).

Кроме того, поскольку созависимый партнер нуждается в реализации возможности проигрывать данную роль, присоединяясь к чувствам и ощущениям зависимого партнера, у женщины происходит нарушение ее эмоциональной сферы, вытеснение своих собственных эмоций, что

затрудняет психологическое консультирование. Связано это с тем, что жизнь созависимой женщины с зависимым партнером дает ей ощущение значимости собственной личности. В то же время расставание вызывает необходимость пересмотра жизненных приоритетов и продумывания смысла жизни при отсутствии необходимости служения зависимому от алкоголя, партнеру.

Важным средством к адаптивному решению избавления от алкогольной аддикции зависимого партнера является восприятие его как человека больного, а самой проблемы как отрицательно отражающейся на психологическом благополучии других членов семьи (Нагорнова А.Ю., Нагорнов Ю.С., 2014). Добиться этого можно в том случае, когда женщина предпринимает усилия к избавлению партнером от алкогольной аддикции.

Для выявления причин сохранения женщинами брачных отношений с партнером, злоупотребляющим алкоголем и не стремящимся к избавлению от аддикции, в период с января 2019 г. по январь 2020 г., был проведен опрос на международном сайте профессиональных психологов b17. Всего в исследовании приняли участие 554 респондента.

Согласно результатам исследования, основными причинами сохранения брака с партнером, страдающим алкогольной аддикцией, выступает страх смены привычной обстановки и страх одиночества (так ответило равное количество респондентов – по 27%).

Первый страх связан с ригидностью установок и инфантильностью личности, нежеланием брать на себя ответственность за принятие решений и действий для изменения ситуации, связанной со злоупотреблением партнером алкогольными напитками. Данный страх сопровождается приступами тревоги, паническими атаками, депрессивным состояниями, если в отношениях с партнером возникла ситуация распада семьи (Пузырева Л.А., 2012).

В свою очередь, ригидность установок и инфантильность личности связаны с тем, что склонность к зависимо-созависимым отношениям с партнером, страдающим алкогольной аддикцией, имеют женщины, воспитывавшиеся в дисфункциональной семье. В результате приобретаются деструктивные модели поведения, выражающиеся в затрудненности внутрисемейного общения, неспособности разрешать конфликтные ситуации, поддержке дезадаптивных моделей поведения бунтарства, покорности, зависимости (Башманов В.В., Калиниченко О.Ю., 2015).

Второй страх, одиночества, связан с такими факторами, как недостаточно развитая эмоциональная зрелость, отсутствие мотивации у созависимой женщины (Заворотных Е.Н., 2009), недостатка интимности в отношениях между партнерами (Михайлова А.И., 2013), придерживается антидуховного способа существования, с точки зрения диалектики, когда отсутствует гармоничное и целостное существование созависимой женщины как личности в социальной системе совместно с другими на основе принимаемых и разделяемых ценностей (Лященко М.Н., 2017), свойственен высокий уровень фрустрированности (Дмитrochenко А.А., Самородова А.В., Гайворонская А.А., 2016). Результатом становится тотальный контроль и удушающая забота о партнере, страдающем алкогольной аддикцией, позволяющие чувствовать созависимой женщине себя постоянно нужной и незаменимой (Шаповал И.А., 2014).

Третий страх, удерживающий женщину в зависимо-созависимой модели отношений с партнером, страдающим алкогольной аддикцией, является страх потери жилья и материального благополучия (17%). Дополнительный опрос таких женщин показал, что в случае потери финансовой стабильности созависимая женщина не планирует решать данные проблемы самостоятельно, а рассматривает единственно возможным проживание с родителями, не планируя организовывать свой быт самостоятельно.

На четвертом месте среди причин сохранения созависимых отношений, находится страх нанесения психологической травмы детям в связи с разводом (11%). В связи с этим необходимо отметить, что проживание с отцом, страдающим алкогольной аддикцией, в большей степени относится к неблагоприятным семейным условиям, чем его отсутствие в семье. Данный факт подтверждается результатами научных исследований. Так, у детей диагностируется синдром дефицита внимания с гиперактивностью, психосоматические и невротические расстройства, расстройства, связанные со стрессом, эндогенные психозы (Литвинова В.В., 2017). У взрослых происходит копирование зависимо-созависимой модели отношений (Езерская Е.В., 2017), которые репродуцируются в жертвенной позиции в отношениях с будущим партнером в зрелом возрасте, ставят интересы других людей выше своих собственных (Лукашук А.В., Филиппова М.Д., 2015); повышается виктимность личности (Меринов А.В., Меденцева Т.А., 2016).

В меньшей степени удерживает созависимую женщину в отношениях с зависимым от алкогольной аддикции партнером боязнь потери привычного окружения (9%) и осуждение со стороны референтных лиц (9%). Обусловлено это тем фактом, что придерживаясь манипулятивного поведения в отношениях как с партнером, так и окружающими людьми, созависимая женщина теряет эмоциональный контакт с окружающими людьми (Сомкина О.Ю., Жукова Ю.А., Ефимова А.Д., 2018).

В психологическом консультировании женщин, находящихся в зависимо-созависимой модели отношений с партнером, страдающим алкогольной аддикцией, мы учитываем результаты полученного исследования. Так, проводится выведение на осознаваемый уровень деструктивных моделей зависимо-созависимых отношений; выявление и проработка детских психотравм; психодиагностика проигрывания субличных ролей, психокоррекция деструктивных моделей их проигрывания; обучение принятию ответственности за свои решения; выявление и устранение депрессии, тревоги, страха, фрустрации, дистресса; выявление источника и избавление от чувства вины; повышение самооценки; осознание вытесненных потребностей; выработка умения сохранения своих личных границ; осознание целей в жизни и переоценку жизненных ценностей; обучение умению проявлять свои чувства и эмоции, формулировать собственные желания.

Таким образом, для формирования у партнера (потатора) твердой установки на избавление от алкогольной аддикции, женщина (медиатор) должна находиться в ресурсном психологическом состоянии, чему может способствовать программа психологического консультирования, разработанная на основе проведенного психологического исследования.

Бузган Е.И.

АСПЕКТ СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ НА ОСНОВЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОГО ПОДХОДА

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет»,
Смоленск, Россия*

Актуальность. На сегодняшний день проблемой зависимости занимаются не только психологи, но и специалисты смежных областей. Одним из видов зависимостей многие исследователи признают интернет-зависимость, которая становится все более распространенной в связи с тем, что интернет-пространство проникает во все сферы жизни человека.

Целью настоящей работы является анализ роли семейного воспитания в профилактике интернет-зависимости.

Материалы и методы. Посредством сети Интернет проведено тестирование (тест интернет-зависимости Янг К. в адаптации Лоскутовой-Буровой В.А. и опросник способов совладающего поведения Лазаруса Р. в адаптации Крюковой Т.Л.), результаты обработаны на персональном компьютере в программе STATISTICA. В исследовании приняли участие 48 человек в возрасте от 20 до 42 лет, из них 16 мужчин и 32 женщины. Также проведен анализ работ отечественных и зарубежных психологов по проблеме интернет-зависимости и совладающего поведения.

Результаты и их обсуждение. Согласно проведенному исследованию к интернет-зависимым можно отнести 33% опрошенных, к людям склонным к интернет-аддикции относятся 59%, обычными пользователями интернета являются лишь 8% респондентов. Интернет-аддикты и склонные к интернет-зависимости выбирают следующие стратегии совладающего поведения: конфронтационный копинг, дистанцирование, бегство и избегание. Копинг-стратегии основаны на личностных и средних копинг-ресурсах (Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2004).

Классификация копинг-ресурсов, предложенная Фолькман С.: материальные (имущество, деньги), физические (здоровье, выносливость), социальные (социальные связи человека), психологические (убеждения, самооценка, locus контроля, мораль) (Folkman S., Lazarus R., 1984).

Адекватная самооценка является одним из показателей уровня психического развития личности. Самооценка человека формируется пре-

жде всего в семье. Конструктивными поведенческими проявлениями личности являются: уверенность в себе, гибкость реагирования на изменения факторов окружающей среды, способность справляться с негативом, устанавливать и поддерживать социальные контакты, умение самостоятельно решать жизненные проблемы, защищать своё мнение (Божович Л.И., 1995).

Социальная дезадаптация человека приводит его к избеганию проблем, что может способствовать формированию зависимости, так как виртуальная среда благоприятствует созданию желаемой реальности без риска негативных последствий (Хасанова И.И., Котова С.С., 2017). Интернет зависимое поведение – это нехимическая аддикция, при которой возможности сети Интернет используются неконструктивно, в результате чего страдают различные сферы жизни человека (Лоскутова-Бурова В.А., 2004).

С точки зрения биопсихосоциального подхода, зависимое поведение – это вызывающее привыкание поведение, которое формируется в результате влияния и интеграции трех видов факторов: индивидуальных, ситуативных и структурных (Griffiths M., 2005). Духовная же сторона вопроса такова: «важное дело родителей и восприимчивых ребенка заключается в следующем: так вести ребенка по жизни, чтобы он осознал в себе благодатные силы, с радостным желанием воспринял их, равно как и сопряженные с ними обязанности и требуемый ими образ жизни, для чего необходимо поддерживать и укреплять добрую в детях сторону и обессиливать и подавлять худую. Воспитание, оставленное без внимания, принимает ложные и вредные направления, сначала в домашней обстановке, а потом и во время дальнейшего обучения. Неподготовленный дома неизбежно все представляет в извращенном виде, не как должно, отуманен в голове» (Святитель Феофан Затворник, 1868–1869). В процессе жизни, с самого детства, человек впитывает паттерны поведения, присущие той семье, в которой он живёт.

Таким образом, профилактика интернет-зависимости должна быть направлена, как на личность, склонную к интернет-аддикции, так и на её окружение. Профилактика может включать психотерапию, трудотерапию, духовно-нравственное воспитание личности. Психотерапевтическая работа должна быть направлена на снятие эмоционального напряжения, формирование адекватной самооценки и интернального локуса контроля, формирование конструктивных межличностных от-

ношений, применение копинг-стратегий, адекватных ситуации, социальную адаптацию, ориентацию на проблемно-фокусированное поведение, анализ проблемы и составление плана по разрешению трудной жизненной ситуации. Одним из ресурсов личности является ответственность. Она обеспечивает конструктивное отношение к жизни, способность разрешать жизненные трудности и достигать успеха. Специфика ответственности как ресурса личности заключается в способности соотносить и соизмерять свои возможности с требованиями окружающего мира, активно участвуя в изменении реальной ситуации с учетом последствий своего влияния на других людей и окружающую среду (Дементий Л.И., 2003). Работа с семьей должна включать в себя обучение эффективным моделям поведения, отличным от созависимого, а также изменение семейной структуры, поиск ресурсов семьи.

Заключение. Так как у интернет-аддикта возникают проблемы со здоровьем, личностные и межличностные конфликты, имеет место духовный кризис, возникает потеря истинных ценностных ориентиров, то в психопрофилактических мероприятиях следует основываться на биопсихосоциодуховный подход, и опираться на ресурсы во всех сферах жизни человека: отношения в семье, отношения с Богом, межличностные отношения, трудовую и учебную деятельность и др. Аддиктивное поведение включает в себя два компонента: привычку и эмоциональную привязанность (Менделевич В.Д., 2001). Поэтому родителям необходимо иметь тесный эмоциональный контакт с детьми, не ограничивая при этом их личную свободу и прививая ответственность, морально-нравственные качества и «полезные» привычки. А также учить детей личным отношениям с Богом, ибо свято место пусто не бывает. Поэтому для сохранения здорового общества особенно важна просветительская и профилактическая работа с семьями.

Булатников А.Н.

ПРОГРАММА СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ

*ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования Минздрава России,
Москва, Россия*

Программу семейной реабилитации при наркологических расстройствах следует реализовывать с учетом динамики развития внутрисемейных отношений при формировании зависимости от психоактивных веществ, в которой можно выделить несколько фаз семейного реагирования на наркотизацию: аффективная, гиперконтроля, экстернализации, индифферентная. Под фазами подразумеваются составляющие единый процесс, закономерные, последовательные, взаимосвязанные и взаимообусловленные изменения межличностного взаимодействия родителей и несовершеннолетнего, злоупотребляющего психоактивными веществами.

Первая фаза – аффективная. Социально-психологические особенности этой фазы связаны с тем, что родители в настоящее время достаточно осведомлены о драматичности взаимоотношений человека с наркотиком. Поэтому в ответ на факт наркотизации ребенка у родителей, как правило, развивается реакция по типу «эмоционального шока», внутрисемейные отношения принимают кризисный характер. Это усугубляется дефицитом информации о том, как действовать в подобной ситуации, куда обращаться за помощью, с кем обсудить возникшую проблему. Члены семьи переживают ее как катастрофу. Отношение к несовершеннолетнему, злоупотребляющему психоактивными веществами, на этой фазе представляют собой сменяющие друг друга, а то и существующие вместе, чувство вины, возмущения, ненависти, жалости, ощущение собственного бессилия.

Вторая фаза – гиперконтроль. Для этой фазы типично стремление родителей к установлению максимального контроля над поведением ребенка, за его контактами. При этом родители зачастую не в состоянии реально оценить болезненный характер интернальной мотивации на употребление психоактивных веществ несовершеннолетним. Тем более, что родительские представления и действия оказываются релевантными житейской психологии. Родители могут получать дополнительные сти-

мулы, подтверждающие якобы правильность своего поведения, как со стороны знакомых, которые в курсе их проблем, так и со стороны, как это ни парадоксально, самого ребенка, который, приспособившись к данной ситуации, демонстрирует формально-позитивный стиль поведения. Все это ведет к внутриличностной максимизации родительского статуса, когда реакция на ребенка, злоупотребляющего психоактивными веществами, становится узкоспецифической, спонтанно-автоматической. Родители вытесняют большую часть поступающей новой информации, если она не соответствует их взглядам и установкам, так как, находясь в этом личностном статусе, оказываются неспособны к адекватному восприятию, следствием чего является снижение эффективности взаимодействия с окружающей действительностью. Иногда в полных родительских семьях со стороны одного из родителей, чаще отца, наблюдается так называемый опосредованный гиперконтроль, когда по взаимной договоренности родителей или в силу спонтанно сложившейся ситуации один из родителей как бы самоустраивается от контактов с несовершеннолетним, злоупотребляющим психоактивными веществами. При этом практически ежедневно осведомляется у другого супруга о ребенке и, как правило, старается вносить поведенческие коррективы, продолжая демонстрировать самому ребенку якобы равнодушное отношение. На короткий период времени внутрисемейный гиперконтроль оказывает сдерживающее влияние, но в целом быстро выявляется его несостоятельность. Идя по этому пути, родители вынуждены все больше ужесточать меры контроля и ограничивать поведение. Это вызывает одно стремление – избавиться от контроля любыми средствами и путями, включая обман, пренебрежение требованиями родных. Следствием этого является усугубление патологического семейного функционирования. В семье складывается ситуация, прямо препятствующая стойкой ремиссии. Родители то проявляют уверенность в успехе семейной реабилитации, то высказываются о её бесперспективности и бесполезности. Нахождение семьи в фазе гиперконтроля с соответствующими внутрисемейными отношениями является негативным, с точки зрения эффективной семейной реабилитации, для формирования самостоятельного и ответственного решения несовершеннолетним о прекращении злоупотребления психоактивными веществами. Это объясняется тем, что экстернально заблокированное безынициативное состояние позволяет несовершеннолетнему, злоупотребляющему психоактивными

веществами, существовать только в зоне стремления к реализации своих внутренних потребностей, где одной и, быть может, основной в этой ситуации является патологическая потребность в психоактивных веществах. В этот период в семье формируются признаки патологической созависимости, которые могут становиться причиной неадекватной коммуникации как внутри самой семьи, так и в отношениях со значимыми другими лицами.

Третья фаза – экстернализации. В этой фазе несовершеннолетний, злоупотребляющий психоактивными веществами, перестает скрывать свою наркотизацию, может бравировать пренебрежением требований родных или может давать неоднократные обещания прекратить употребление наркотиков, но каждый раз у него возникают «условно объективные» причины, в силу которых наркотизация возобновляется. Такая «концепция зависимости» принимается родителями и они начинают обвинять в наркотизации ребенка самих себя, его друзей и знакомых, торговцев наркотиками, недостаточность работы со стороны правоохранительных органов. При этом сам несовершеннолетний, злоупотребляющий психоактивными веществами, оказывается как бы вне осознанной родителями ситуации. Его формальные попытки лечения и реабилитации, а также директивные заявления о желании прекратить злоупотреблять психоактивными веществами интернализируются родителями. Это иногда приводит к парадоксальным поступкам. Так, посредством эмоционально-психологических манипуляций несовершеннолетний, злоупотребляющий психоактивными веществами, может вынуждать самих родителей приобретать ему психоактивные вещества или давать деньги на их покупку. При этом сами родители не расценивают свой поступок как микросоциальный фактор «узаконивания» злоупотребления психоактивными веществами ребенком.

Четвертая фаза – индифферентная. Эта фаза развивается в связи с повторяющимися срывами после неоднократных попыток участия в программах семейной реабилитации. Развивается психологическая капитуляция, нарастает отчуждение, которое сопровождается активной неприязнью членов семьи друг к другу, стойкими конфликтами и раздражением. Происходит фактический распад семьи как единого организма. На этой фазе созависимые состояния принимают стереотипные, застывшие формы. Они включают повышенную склонность к аффектам, обвиняющим реакциям, выраженную фокусировку на семейной

ситуации с уходом от обсуждения реальных проблем. Исходом индифферентной фазы могут быть либо разрыв внутрисемейных отношений при продолжающемся злоупотреблении психоактивными веществами несовершеннолетним, либо реинтеграция этих отношений при отказе подростка от психоактивных веществ. В этот период в большинстве случаев у несовершеннолетнего, злоупотребляющего психоактивными веществами, появляется интернальная мотивация на отказ от наркотизации, и он уже осознанно обращается за медико-психологической и реабилитационной помощью.

Программа семейной реабилитации реализуется в форме индивидуализированной систематической психокоррекционной и психотерапевтической работы с несовершеннолетним, злоупотребляющим психоактивными веществами, его родственниками и значимыми другими лицами, ориентированной на решение актуальных персонифицированных проблем, развивающихся в каждой из фаз семейного функционирования. В основе реализации различных форм индивидуальной и семейно-групповой реабилитации обязательно учитывается фактор оптимального выбора тактики коррекционного воздействия: «штурма», «позиционного давления», «конфронтации» или «паузы». Оказание психологической и психотерапевтической коррекционной реабилитационной помощи семье в наркологической сфере наиболее эффективно осуществляется на основе организации открытых, постоянно действующих дискуссионных тематических групп или групп психологического консультирования.

Булатников А.Н.

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИИ

*ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия*

В процессе семейной реабилитации проводится диагностика и коррекция биологического, психологического и социального уровней функционирования как семьи в целом, так и каждого ее члена в отдель-

ности. Подвергаются диагностики и коррекции семейные и индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основные направления личностного и микросоциального развития, а также ценностная ориентация пациента и всей его семьи. Эта динамическая диагностика и коррекция, а также личностная и микросоциальная характеристика, пронизывает весь процесс семейной реабилитации и отражает цель и задачи семейной реабилитации наркологических больных.

Цель семейной реабилитации наркологических больных – это формирование нормативного биопсихосоциального статуса семьи и ее членов на основе отказа пациента от употребления психоактивных веществ.

Задачи семейной реабилитации наркологических больных:

1. Диагностика биопсихосоциального статуса каждого члена семьи.
2. Индивидуальная коррекция биопсихосоциального статуса каждого члена семьи.
3. Терапевтическая интеграция семьи с созданием реабилитационной среды.
4. Диагностика биопсихосоциального статуса семьи и ближайшего социального окружения.
5. Коррекция взаимоотношений и коммуникативных связей в семье и в ближайшем социальном окружении.
6. Реинтеграция семьи в реальный макросоциум.
7. Биопсихосоциальная поддержка семьи в постреабилитационном периоде.

Этапы семейной реабилитации наркологических больных напрямую связаны с вышеперечисленными задачами и могут быть определены следующим образом:

Первый этап – индивидуальная работа с каждым членом семьи.

Второй этап – работа при участии семьи и значимых других лиц.

Третий этап – работа с семьей в период реинтеграции в макросоциум.

Четвертый этап – работа с семьей в постреабилитационном периоде.

Семейная реабилитация сопровождается необходимыми кардинальными изменениями в образе жизни, ведущими к реорганизации семьи и личности, характера коммуникативных отношений, включающих преодоление патологических стереотипов поведения и усвоение нормативных социальных установок и форм взаимоотношений. Семейная реабилитация

литация наркологических больных осуществляется при активном участии значимых других лиц из ближайшего социального окружения. Длительность семейной реабилитации определяется необходимостью формирования устойчивых антинаркотических установок, адекватных социальных и психологических навыков. Семейные реабилитационные программы продолжаются от нескольких месяцев до нескольких лет.

На первом этапе семейной реабилитации осуществляется полное биопсихосоциальное обследование каждого члена семьи, проводится психологическое и психотерапевтическое консультирование, применяются психотерапевтические методики, направленные на создание устойчивой мотивации для включения, как самого пациента, так и всех членов семьи и ближайшего социального окружения в реабилитационную программу. Следует сделать акцент на том, что до того как начать работу с семьей в целом, практически необходимо отработать задачи по диагностике биопсихосоциального статуса каждого члена семьи и индивидуальной коррекции биопсихосоциального статуса каждого члена семьи. Если попытаться сразу проводить диагностику биопсихосоциального статуса семьи и ближайшего социального окружения и (или) коррекцию взаимоотношений и коммуникативных связей в семье и в ближайшем социальном окружении, то сама семейная реабилитация, скорее всего, окажется малоэффективна.

Терапевтическая интеграция семьи с созданием реабилитационной среды необходима, с одной стороны, для разрешения дисфункциональных коммуникаций, а с другой стороны, для формирования нормативных семейных отношений. В патологической наркологической семье имеет место несоответствие слов и поступков. Открытые коммуникации перестают существовать. Поведение становится реактивным и распространяется не только на семейные, но и прочие жизненные ситуации. В такой семье искажается иерархическая структура, обостряется неспособность избегать и разрешать конфликты, появляется «секретность» по отношению друг к другу, нарушаются простейшие внутрисемейные коммуникации. А семейное функционирование сводится к взаимным нападкам, нескончаемой критике, эмоциональному игнорированию, соперничеству, неумению выслушивать друг друга, изоляции, чередующейся со скандалами. Зачастую пациент, используя разлад в семье, и посредством примитивных психологических приемов, начинает блокироваться с одними членами семьи против других. Пациент и его родственники обучаются

новому семейному взаимодействию, умению контролировать собственные поступки, которые могут привести к обострению или разрыву отношений, дезадаптации и рецидивам заболевания. Элементы семейной системы связаны друг с другом. В процессе семейной реабилитации вырабатываются качественно новые правила семейной жизни, отличные от прежних, которые, как правило, были тесно связаны на отношении к психоактивным веществам. Ведется работа с чувствами и со способом их выражения. Важна процедура деноминации чувств, поскольку в силу разного жизненного опыта и разного воспитания в одно и то же чувство члены семьи вносят разное представление. Необходимо прояснение чувств, их свободная циркуляция. Также следует проводить ролевую коррекцию семейного взаимодействия. В структуре личности каждого члена семьи формируются нормативные статусы «Я»: телесное, ребенок, мужчина/женщина, партнер, родитель, профессионал. Очень важна для эффективной семейной реабилитации диагностика невербальных форм коммуникаций: тонкие интонации речи, нюансы мимики, движений тела, дыхание и т.д. Использование индивидуальных и групповых психокоррекционных техник на данном этапе не только способствует снижению эмоциональной силы сложившихся созависимых отношений и их разрушению, но и в определенной мере приводит к оздоровлению внутрисемейного психологического климата и изменению семейной ситуации.

Работа с семьей в период реинтеграции в макросоциум концентрируется на повышении коммуникативных способностей всех членов семьи. Коммуникация – это взаимодействие людей, способность к эффективному обмену информацией и одно из главных условий существования человека. Коммуникативность является гарантией поддержания и увеличения потоков общественных и личных взаимоотношений, а также ценность этих взаимоотношений. Коммуникативность может быть низкой, средней и высокой. Под низкой коммуникативностью понимается ограничение круга общения семьей. Под средней коммуникативностью понимается круг общения в семье и пределах трех-пяти знакомых. Под высокой коммуникативностью – семья и широкий круг знакомых. Коммуникативный тренинг неременный атрибут семейной реабилитации. Его применение помогает семье и ее членам избавиться от скованных, закрепощенных или чересчур развязных отношений, от неестественной речи, и, главное, от ощущения неуверенности в себе, в своих силах, в своих возможностях.

Работа с семьей в постреабилитационном периоде определяется утверждением нового подхода к решению проблемы зависимости от психоактивных веществ. Суть подхода заключается в переносе акцента с проблемы самой зависимости от психоактивных веществ на проблему личности пациента и его значимых других лиц. Зависимость от психоактивных веществ – это заболевание не только организма больного, но и хорошо усвоенная защитная реакция на жизненные различные события, вызванная глубокими изменениями личности человека, усиливающая их и приводящая к изменениям в биологической, психологической и социальной сферах жизни. Все эти изменения являются актуальными в постреабилитационном периоде. В постреабилитационном периоде отношение с больным и его родственниками должны иметь возможность решить важнейшую задачу этого этапа – личностное развитие пациента, которое определяется самостоятельным, ответственным и независимым функционированием в соответствии с нормативными личностными статусами. Эффективно оказываемая помощь в постреабилитационном периоде – это залог нормативного существования семьи в целом и каждого ее члена в отдельности.

Таким образом, семейная реабилитация наркологических больных базируется на последовательном формировании социально-приемлемого образа жизни как семьи в целом, так и каждого ее члена в отдельности на основе отказа пациента от психоактивных веществ.

Валуев О.С.

ПРОПЕДЕВТИКА СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ПРОГРАММЕ ЛИЧНОСТНОГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

*Российская Академия Народного Хозяйства и Государственной Службы
при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия*

С благодарностью членам студенческого дискуссионного клуба «Вдохновение» факультета психологии и дефектологии МГПИ имени М. Е. Евсевьева

В последние двадцать лет изменились ценностные установки молодых людей, которые стали легче и вольнее относиться к добрачным половым связям и одинокому материнству. Молодежь стала физически созревать раньше и раньше начинать половую жизнь, по-прежнему оставаясь основным пользователем социальных сетей и гаджетов (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2010). Ребенок не виноват, что он появился в этом мире, и ему приходится в нем быть (Винникотт Д. В., 2019). Брак перестал быть необходимостью, множество молодых людей целенаправленно избирает одинокий образ жизни. При этом серьезно возрастают требования молодежи к семейной жизни, особое значение получают личные качества супругов вместо социальных связей и общепринятых стандартов (Андреева Т. В., 2014). В этом смысле романтические отношения приводят к сентиментальности, достойный ответ на которую можно отыскать в неоднозначных поступках Ланса Клейтона – одинокого отца из кинофильма «Самый лучший папа» (2009) сценариста и режиссера Б. Голдтуэйта. И важно не поддаваться «любезным девам», одна из которых упомянута в трагическом стихотворении М.Ю. Лермонтова «Незабудка» (1830). Поэтому сведения в области полового просвещения, сексологии, особенностей полоролевой социализации, интимных и эротических отношений, включающих любовь и дружбу должны быть получены будущими супругами вовремя. Следовательно, все более возрастает ценность семьи и ее развитие в молодежной среде – у школьников, студентов, аспирантов, молодых специалистов. В 2010 году на зимней психологической школе факультета психологии и дефектологии МГПИ на конкурсе групповых студенческих проектов победил проект по подготовке школьников к семейной жизни «Искусство быть вместе», в группу разработчиков которого входил автор данной работы. На аналогичном конкурсе зимней психологической школы в прошедшем 2019 году тоже выиграл проект, посвященный молодым семьям. Таким образом, можно говорить о неугасающей актуальности вопросов, связанных с развитием ценностей семейной жизни, социально-психологической помощью молодым семьям, специализированной подготовкой школьников и студентов к семейной жизни, пропедевтикой семейных отношений и семейным жизнетворчеством.

Семейное счастье обретается в семейной жизни, которая требует особого устройства и постоянного вкладывания себя в отношения (Сол-

датова А.С. с соавт., 2018). В этом смысле невозможна «погоня за счастьем», как она была показана в одноименном кинофильме (2006) режиссера Г. Муччино. Понятно, что, если не следить за огнем в камине, он рано или поздно погаснет; если не ухаживать за цветами, они завянут; если не заботиться о домашнем питомце, он может заболеть и погибнуть. То же самое относится к самому дому, домашнему хозяйству и жизни каждого члена семьи. Конечно, удобно, когда в доме умеют вкусно готовить и красиво сервировать стол, быстро ремонтируют перегоревшие приборы и водопроводные краны, но наиболее важно не функциональное оснащение дома, а его структурное и содержательное наполнение – разнообразные семейные игры и забавы, любовь к чтению, музыке, кино и искусству, открытому общению и взаимодействию, прогулкам и спортивным занятиям (Патяева Е.Ю., 2019). Членам семьи важно дарить свою радость, свою помощь, поддержку, совершая, на первый взгляд, простые действия: вовремя закрыть морозное окно, заварить в чашку крепкого чая, подать любимую книгу, завести интересный разговор, рассмешить и посмеяться вместе, поправить сбившуюся подушку, преподнести подарок без повода... Этими мелочами «размывается» бытовое содержание жизни, она становится чем-то более высоким – искусством быть вместе. Э. Фромм писал, что «давать радостнее, чем брать, не потому, конечно, что это лишение, а потому, что в процессе даяния – высшее проявление моей жизнеспособности» (Фромм Э., 1990). И пропедевтика такого уровня человеческих взаимоотношений была реализована нами в учебной программе личностного и профессионального самоопределения школьников.

Учебная программа личностного и профессионального самоопределения школьников разработана в рамках проекта развития студенческого дискуссионного клуба «Вдохновение» факультета психологии и дефектологии МГПИ имени М.Е. Евсевьева (Валуев О.С., Вотякова К.В., Самосадова Е.В., Филатова Е.Н., 2015) и реализована на базе детского оздоровительного лагеря имени В. Дубинина (РФ, Республика Мордовия, Рузаевский район, с. Хованщина) в сотрудничестве с МАУ «Центр молодежной политики и туризма» Рузаевского района РМ в 2012 г. Психолого-педагогическая программа личностного и профессионального самоопределения создана в междисциплинарном взаимодействии культурно-исторического (Л.С. Выготский, В.П. Зинченко, А.Г. Асмолов и др.), деятельностного (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Д.А. Ле-

онтъев), гуманистического (А. Маслоу, К. Роджерс, Э. Фромм, Р. Мэй) подходов в психологии и педагогике. В реализации психолого-педагогической программы приняло участие 150 школьников 9–11 классов. В подготовке и организации этой работы приняли непосредственное участие студенты дискуссионного клуба «Вдохновение» под руководством Е.В. Самосадовой (Валуев О.С. с соавт. 2011).

Одним из ключевых теоретических и практических блоков программы является развитие мировоззрения и ценностно-смысловой системы личности школьников. С этой целью в содержание были включены элементы современных психологических практик, включая тренинговые упражнения, креативные методы и техники, практики жизнетворчества и др. (Ландау Б., 2018). В историко-эволюционной логике жизнетворчество выступает «спасительным принципом саморазвития живого» (Валуев О.С., 2010), а его развитие в экзистенциальной психологии (Леонтьев Д.А., 2018), как и развитие жизненного творчества в группах драматической импровизации (Патяева Е.Ю., 2018), выступают актуальным полем исследовательских разработок в данной области. В качестве площадки для пропедевтики семейных отношений выбран ДОЛ имени В. Дружинина в логике работы со студентами педагогического вуза по организации отдыха и оздоровления школьников (Жуина Д.В. с соавт. 2013), развития ценностной основы жизнетворчества (Валуев О.С., 2010) и семьи как «открытого произведения искусства быть» (Валуев О.С., 2019). Фактически в данной работе происходило реальное семейное жизнетворчество, выработка последовательности и правил совершения поступков в семье. Это помогает человеку обрести самостоятельность и устойчивость в жизни, чему, в первую очередь, способствует координация действий всех членов семьи и обеспечение их безопасности, а, во вторую очередь, принятие и разделение ответственности между ними. Член семьи может нести ответственность за других членов и за семью в целом.

Помимо проведения программных психолого-педагогических мероприятий результаты работы были представлены на всероссийском конкурсе профессиональных психологических программ «Профессиональная перспектива» и выиграли в номинации «Просветительские психологические программы» (Саранск, 2015). Спустя четыре года, в 2019 г., когда большинство участников программы окончили вузы, начали трудовую деятельность и стали создавать семьи, по результатам

проведенной работы стали поступать положительные отзывы ее участников. Помимо благодарностей за содействие в профессиональном и личностном самоопределении пришли письменные благодарности за психологическую помощь в понимании и развитии человеческих отношений в семейной сфере жизни, что, по их словам, помогло сохранить существующие отношения и построить новые. Особенно ценными являются отзывы тех людей, чьи любовные отношения переросли в семейные после проделанной работы, о чем они свидетельствуют сами. Эти отзывы можно считать реальным подтверждением результативности реализации учебной программы. Тем самым подтверждается наша теория развития культурной практики семейного жизнотворчества, организованного студентами старших курсов факультета психологии и дефектологии, состоящих в содружестве дискуссионного клуба «Вдохновение».

Васильченко Н.А.

НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ У ПОДРОСТКОВ: ДИАГНОСТИКА И ТЕХНОЛОГИИ СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

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

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), в опубликованном отчете за 2018 год указала, что от курения умерло свыше 8 миллионов человек, а также еще 1 миллион скончался от последствий пассивного курения. Среди последствий никотиновой зависимости выступает высокая распространенность туберкулеза, рака легких, а также появление большого количества новорожденных с патологией. В связи с этим большое количество подверженных никотиновой зависимости молодых людей вызывает особое беспокойство не только у родителей, но и у всех специалистов, работающих с молодежью. Вопрос о возможностях профилактической работы, направленной на снижение этой аддикции интересует всех субъектов взаимодействия.

Как справедливо отмечают ученые, современный мир несет большое количество разнообразных рисков для молодого поколения, при этом у

них отмечается снижение навыков саморегуляции. Зависимое поведение стало предметом исследования многих отечественных психологов. Критериями, механизмами формирования, стадиями зависимого поведения посвящены работы Я.И. Гилянского, А.В. Гоголевой, В.В. Шабалина и других (Гоголева А.В., 2013). Одновременно интерес ученых связан и со способами профилактики зависимого поведения (Н.А. Залыгина, К.С. Лисецкий, А.В. Котлярова и другие) (Залыгина Н.А., 2014).

Именно представление о системе, в которой представлена диагностика личности подростков с никотиновой зависимостью и возможные технологии профилактической работы с семьей, послужили основанием для проведения изучения подростков станицы Полтавской Краснодарского края. Изучение особенностей личности с никотиновой зависимостью и возможности профилактических мероприятий осуществлялось в несколько этапов. Первый этап – диагностический. Собирался материал, позволяющий обратить внимание на особенности личности подростков, имеющих никотиновую зависимость. На втором этапе разрабатывался инструментарий по первичной и вторичной профилактической работе с семьями подростков, имеющих различный стаж табакокурения. Третий этап будет связан с реализацией и обсуждением результатов профилактической работы. Четвертый этап ориентирован на тиражирование опыта профилактической работы с семьями подростков.

В исследовании добровольное участие приняли 65 учащихся. Подростки от 14 до 17 лет, проживающие в станице, и имеющие разный стаж табакокурения. Опишем особенности личности этих подростков.

В ходе проведения диагностических процедур (тест Фагерстрема) было установлено, что 22% подростков имеет низкий уровень никотиновой зависимости. Курение этих подростков связано с ситуативными переживаниями, которые проявляются в раздражительности, снижении фона настроения и т.д. 48% учащихся характеризует средний уровень никотиновой зависимости. Для этих респондентов курение – это возможность участвовать в определенных схожих жизненных ситуациях, проявляющихся в однотипных действиях, то есть в особом ритуале. Такие действия помогают снизить тревогу.

Высокий уровень никотиновой зависимости обнаружен у 30% респондентов. Эти подросткам сложно, на физиологическом уровне, отказаться от никотина. У них обнаруживается мышечная слабость, учащение пульса и т.д.

Дальнейшее исследование по методике Д. Хорна (определение типа курительного поведения) показало, что 92% подростков склонны к типу курительного поведения «Поддержка», при котором курение не только связывается с ситуациями стресса, эмоционального напряжения, но и выступает регулятором негативных эмоций, средством к снижению эмоционального напряжения. Менее распространенным типом поведения выступает тип «Расслабление». 77% подростков отметили, что курение обычно происходит в комфортных условиях, что позволяет усилить получение удовольствия.

Методика «Оценка мотивации к курению» А.Г. Чучалина показала, что у 69% респондентов обнаружен высокий уровень мотивации к курению, который проявляется в стойкой привычке к курению. У 31% подростков выделен средний уровень мотивации к курению. Эти респонденты ожидают расслабляющий эффект от курения.

Анализ мотивации к отказу от курения (методика В.Ф. Левшина), показал, что лишь у 15% подростков наблюдается высокий уровень мотивации к отказу от курения, то есть обнаруживается их готовность к участию в программах, направленных на полное исключение курения. Слабой мотивацией к отказу от курения обладают 23% подростков, 62% респондентов характеризуются низким уровнем мотивации к отказу от курения, то есть не готовы работать с этой зависимостью.

Полученные эмпирические данные позволили предпринять попытки к разработке технологий профилактической работы с подростками. Семейное консультирование должно быть сосредоточено на особенностях развития семьи и специфике коммуникации в этой системе. Особое место должно быть уделено возможностям коммуникации подростков с другими членами семьи. Предполагается, что подросткам, которые участвовали в исследовании, будут интересны семейные ролевые игры, семейные квесты, связанные с решением общих задач, в сжатые сроки, и развернутой коммуникацией всех членов семьи.

Горячева А.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ ВЕДУЩЕГО СКТ (ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ И ЛИЧНОСТНАЯ СОСТАВЛЯЮЩИЕ)

*Православный Свято-Тихоновский гуманитарный университет,
Москва, Россия*

Для подготовки волонтеров к непростой деятельности работников семейных клубов трезвости пять лет назад была создана в Северном викариатстве Москвы, при храме Всех Святых на Соколе, специальная Школа с годичным сроком обучения. За истекший срок сложился преподавательский коллектив, оформилось содержание подготовки, прошли обкатку способы подготовки и формы организации учебного процесса. Концептуальной основой Викариатской школы подготовки ведущих семейных клубов трезвости (далее – ВШСКТ) является биопсихосоциодуховный подход к заботе о здоровье человека, то есть представление о необходимости сочетания медицинской помощи с психологической поддержкой, при опоре на здоровье души в трактовке православной антропологии.

Цель работы Школы – дать слушателям достаточные компетенции для успешного исполнения обязанностей ведущего семейного клуба трезвости. Основными формами обучения являются академическая лекция, практикумы, тренинги, выездные семинары, кинолекторий, стажировка в виде обязательного участия в работе действующих клубов.

В школьном преподавании традиционные словесные методы (объяснение, рассказ, инструктаж, беседа) сопряжены с современными интерактивными (дидактические игры), широко используются также самостоятельное наблюдение и анализ практических примеров, запись и просмотр видеоматериалов, отлично зарекомендовал себя запущенный в прошлом полугодии дистанционный модуль. В целом методы подготовки нацелены на развитие навыков самообразования ведущего, в русле освоения навыков поощрения трезвости и подкрепления здоровых внутрисемейных отношений.

Практика показала, что при всей насыщенности учебной программы одного года на подготовку ведущего оказывается мало. Когда человек приступает к самостоятельной профессиональной работе в области помощи другому человеку, у него самого возникает потребность в помо-

щи: он сталкивается с необходимостью сочетать полученные теоретические знания и практические наработки не только с личным жизненным опытом, но и с опытом жизни другого человека, пришедшего за помощью, и с новым для себя опытом взаимодействия с этим другим.

Поэтому была введена вторая, повышенная, ступень обучения, в виде спецкурсов, лектория, пользующихся популярностью интервью и психологических мастер-классов. Таким образом, на втором этапе обучения потенциальные ведущие получают не только усложненного характера информацию, но и обучаются прорабатывать проблемы, возникшие в их личном взаимодействии с дисфункциональными семьями, учатся видеть реальные запросы приходящих людей, а также получать личную психологическую поддержку у специалистов. Так постепенно формируется индивидуальное мастерство ведущих, которое проявится полностью позже в практической деятельности по ведению клуба, имеющей равно важные субъективную и объективную стороны.

Технологической схемой взаимодействия на первой для новичка встрече является прояснение им для себя следующих вопросов:

- В чем проблема?
- Чего вы хотите?
- Чем клуб может вам, по-вашему, помочь?

При этом важно передать пришедшему мысль, что клуб может помочь определиться с тем, что мешает вам... Что уважение вызывает уже решимость на первый шаг.

Только к четвертой-пятой встрече бывает прояснено, насколько участник чувствует себя в клубе своим, есть ли у него желание диалога – основного инструмента оптимизации семейного взаимодействия. При этом успех не гарантирован. Человек, придя на клуб, свободен вступить в диалог или отказаться от него.

Говоря о технологической составляющей в социальной работе, выделяют среди прочих два главных фактора: воспроизводимость опыта и результативность. То, что число семейных клубов растет, указывает на то, что деятельность по ведению клуба воспроизводима: ее может осуществлять любой желающий, если хочет научиться, этому служат школа и собственно нахождение внутри клуба. А вот подсчитать эффективность работы оказалось не вполне возможно. Статистические данные, такие как рост численного состава клуба, регулярность встреч, сроки воздержания, наличие или отсутствие срывов среди членов клуба являются очень отно-

сительными показателями, они характеризуют в основном употребление/неупотребление, но не описывают состояние созависимых родственников и качество отношений в семье. Более определенно свидетельствует о положительных изменениях в человеке и его семье принятие обетов трезвости, а также активность членов клуба в творческой деятельности и волонтерское участие в подготовке межклубных мероприятий. Общим выводом ведущих стали два критерия эффективности – постоянство посещения участниками клубных встреч (без регулярности не бывает положительных изменений), а также атмосфера семьи: доброжелательная атмосфера откровенного совместного разговора, принятие клубом как радостных, так и тяжелых переживаний своих участников (это создает возможность перенесения опыта научения удовлетворительному взаимодействию на клубе в пространство семьи).

Личностная зрелость ведущего – особая тема для статьи, и о ней можно говорить, лишь поставив во главу угла духовно-нравственную жизнь личности, включающую воцерковленность и православное понимание человека как образа и подобия Бога, соответственно и видение спасения как конечного смысла жизни человека и цели всех изменений.

Можно подытожить, что Викариатская школа подготовки ведущих семейных клубов трезвости предоставляет неплохие условия для повышения квалификации ведущих как в технологическом, так и в личностном плане.

Григорьева А.А.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ РОДИТЕЛЯМИ И ПЕДАГОГАМИ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С АУТОАГРЕССИЕЙ

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

Проблема аутоагрессивного поведения подростков не теряет своей актуальности. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (2016) смертность подростков и лиц молодого возраста от 15 до 24 лет

от самоубийств занимает второе место среди всех причин смертности. Распространенность разных форм самоповреждающего поведения составляет от 8–23% по оценкам разных исследователей. Особая роль в профилактике аутоагрессивного поведения подростков принадлежит семье и школе. Как родители, так и школьные учителя имеют возможность не только наблюдать за ежедневным поведением и аффективным состоянием подростка, а также своевременно реагировать на возникающие изменения, обращаясь за медико-психологической помощью. Несовпадение педагогов и родителей в восприятии поведения и эмоционального состояния подростков во многом препятствует эффективному решению проблем, а также оказанию своевременной помощи. Обнаруживая признаки аутоагрессивного поведения у учащегося, специалисты образовательных учреждений должны оповестить родителей с целью активного привлечения семьи в решение возникших проблем подростка и предотвращения возможного суицида. Однако, такая инициатива школы не всегда воспринимается всерьез и поддерживается родителями. Нередко ситуация усугубляется в связи с категорическим отказом семьи от сотрудничества, а также замалчиванием или обесцениванием проблем ребенка.

Целью нашего исследования было сравнение особенностей восприятия педагогами общеобразовательных школ и родителями эмоциональных и поведенческих характеристик подростков с аутоагрессивным поведением.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие родители 73-х подростков с верифицированными фактами аутоагрессивного поведения (суицидальные попытки и самоповреждающее поведение), а также школьные педагоги (10 человек). Для оценки поведения подростков учителям и родителям предлагалось заполнить опросный лист Ахенбаха, включающий следующие показатели: замкнутость, соматические проблемы, тревожность, нарушения социализации, проблемы мышления, проблемы внимания, делинквентное поведение, агрессия.

В ходе исследования были получены следующие результаты: школьные педагоги дали самые высокие оценки двум показателям подростков с аутоагрессией – «тревожность» (коэффициент оценки – 0,7), «замкнутость» (коэффициент оценки – 0,4). Другие показатели получили более низкие оценки у учителей (диапазон коэффициентов 0,1–0,4). Родители подростков выделили в поведении подростков, прежде всего,

«замкнутость» (коэффициент оценки – 0,6) и «соматические заболевания» (коэффициент оценки – 0,3).

Коэффициент согласованности Кронбаха у педагогов общеобразовательных школ составил 0,727, у родителей подростков с аутоагрессивным поведением 0,646.

Таким образом, выявлено, что родители оценивают подростков с аутоагрессивным поведением как замкнутых и склонных к соматическим заболеваниям. В то время как школьные учителя наблюдают в поведении подростков прежде всего увеличение тревоги. Реальным поведенческим характеристикам подростков в большей степени соответствовали характеристики школьных учителей. Такое рассогласование в оценках во многом связано спецификой поведения подростков в школе и дома, а также с субъективными установками родителей и учителей в их отношении. В целях повышения эффективности наблюдения и своевременной оценки динамики эмоциональных состояний и поведения подростков с аутоагрессивным поведением необходимо информирование учителей и родителей о признаках и симптомах суицидального и самоповреждающего поведения. Актуальным также является вопрос о разработке методов и алгоритмов превентивной работы, направленной на координацию специалистов общеобразовательных школ с родителями подростка.

Гусев Г.В.

СЕМЕЙНЫЕ КЛУБЫ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ В НАРКОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

*Координационный Центр по противодействию алкоголизму и наркомании
Северного Московского викариатства Русской Православной Церкви,
Москва, Россия*

В последнее время биопсихосоциодуховный подход все более утверждается в осмыслении расстройств поведения в психиатрии и наркологии. Постепенно осознается важность семейного аспекта в этом подходе.

Семья творит человека биологически, психологически, социально и духовно. Не только семья, разумеется, но семья есть самая первая, самая мощная и самая главная социальная группа для каждого человека.

Еще в начале XX века был описан и проанализирован кризис семьи, до того столетиями существовавшей в неизменном виде (Рубинштейн М.М., 1915; Сорокин П.А., 1916). М.М. Рубинштейн в своей статье «Кризис семьи как органа воспитания» размышлял о том, какие учреждения могут помочь семье. В 1906 году в России возник первый Родительский клуб (Гусев Г.В., 2019). С тех пор в течение десятилетий, то усиливаясь, то затухая, волнообразно развиваются родительские и семейные клубы, межсемейные объединения (Ачильдиева Е.Ф. и др., 1992).

В настоящее время в нашей стране существуют десятки (а, может быть, и сотни) семейных клубов, действующих в детских садах, школах, учреждениях дополнительного образования, детских лагерях отдыха, на церковных приходах и ставящих перед собой разные цели – помощь семье в социализации детей, формировании духовно-нравственных ценностей, умственном и физическом развитии детей. Основная цель семейного клуба с несовершеннолетними детьми – повышение педагогической и психологической грамотности родителей. В некоторых исследованиях семейный клуб определяется как специфическая форма образовательного объединения (Галко Е.Н., 2003).

Существуют разные формы семейных клубов: семейные клубы общения, туристические семейные клубы, клубы для неполных семей, клубы для детей с особыми проблемами и их родителей и многие другие. Одна из задач семейного клуба – помочь семьям по-настоящему объединяться, научиться плодотворно взаимодействовать на разных уровнях, создать психологическую основу для взаимопомощи в возрастных и житейских кризисных ситуациях (Болотова М.И., 2009).

В 1964 году в Хорватии крупнейший специалист в области адиктологии, автор социально-экологической теории алкоголизма, врач-психиатр профессор Владимир Худолин организовал первый клуб леченых алкоголиков вместе с их родственниками. За полвека эти клубы получили распространение в 35 странах мира и доказали свою эффективность. В 1992 году по благословению священноначалия протоиерей Алексей Бабурин создал первый в России подобный клуб и дал ему название – Семейный клуб трезвости, – точнее отражающее смысл деятельности такого объединения.

В свое время В. Худолин писал: «Использование семейного подхода подразумевает, что мы рассматриваем не отдельного алкоголика, а говорим обо всей его семье и ее дисфункции. В соответствии с этой концепцией все члены семейной группы должны изменить свой образ жизни. В семейном подходе принято рассматривать не только проблемы алкоголика, но всей его семьи в целом. Мы стремимся привить семье новые правила поведения, освоить с ней иной образ жизни и привести всех членов семьи к всестороннему росту и духовному созреванию» (Худолин В., русский перевод 2016).

К концу XX века определение семьи как дисфункциональной исходит из факта недостаточного выполнения ею своих функций. Исходными факторами *дисфункции семьи* могут быть, в частности, наличие у кого-то из членов семьи какого-то из видов зависимости или тяжелая хроническая болезнь кого-либо из членов семьи (Шаповал И.А., 2009).

В издании РБОО «Семья и психическое здоровье» мы читаем: **«Роль семьи** в жизни каждого человека огромна. Когда в семью вторгается психическое заболевание, это отражается на всех ее членах...

Мы подходим к семье как к системе, в которой все взаимосвязано и при повреждении любого ее звена это отражается на всех остальных ее членах. Поэтому наши реабилитационные программы построены таким образом, чтобы задействовать в них всех членов семьи. Мы видим, как положительные изменения, касающиеся одного из членов семьи, не обязательно страдающего психическим заболеванием, приводят к улучшению всей семейной системы» (<http://www.familymh.ru/>).

То же явление мы наблюдаем и в семейных клубах трезвости. В клуб приглашается вся семья, но если вначале семья приходит не в полном составе (обычно приходит жена или мать зависимого), то положительные изменения, касающиеся одного из членов семьи, также приводят к улучшению всей семейной системы.

Поскольку общим объектом деятельности МОД СКТ и РБОО «Семья и психическое здоровье» является семья, а предметом – помощь семье, представляется логичным и уместным использование клуба семьи как инструмента, подтвердившего свою эффективность за полвека практики в 35 странах мира в работе с семьями зависимых и в работе с семьями, которым помогает РБОО «Семья и психическое здоровье».

Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н.

СТИГМАТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ В СЕМЬЕ

ФГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 1

им. Н.И. Пирогова», Самара, Россия

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,

Самара, Россия

Среди причин позднего обращения к психиатру, поздней диагностики и терапии, прекращения лечения, отсутствия комплаенса ведущее место занимает стигматизация и связанная с ней дискриминация, а главным источником преимущественно является семья.

Проблема депрессий, как наиболее распространённого психического расстройства, продолжает оставаться в центре внимания отечественных и зарубежных исследователей не только во второй половине XX века, но и в начале XXI века, включая вопросы стигматизации и дискриминации, особенно актуальные при депрессивных состояниях.

Целью работы является изучение особенностей стигматизации больных депрессией в семье.

В работе использовались следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, психологический, социологический (анкетирование) и статистический. При использовании социологического метода за основу был взят опросник «Психическое нездоровье в общественном сознании», разработанный профессором Научного центра психического здоровья РАМН В.С. Ястребовым и соавт. (2001). Исходя из поставленных задач, опросник был адаптирован и дополнен необходимыми утверждениями, касающимися депрессивных состояний.

В исследование были включены 5 групп респондентов (всего 360 человек): 1. «Врачи», условно разделена на две подгруппы: 1-я подгруппа (врачи-психиатры) и 2-я подгруппа (врачи других специальностей). 2. «Психологи». 3. «Общество». 4. «Родственники» лиц, страдающих депрессией. 5. «Больные», то есть лица, страдающие депрессией (умеренный эпизод). Каждая группа (подгруппа) респондентов включала по 60 человек. Приведем некоторые результаты изучения двух групп респондентов – «Родственники» и «Больные».

Хотя формально группа респондентов «Родственники» входит в общество, они так же, как и респонденты группы «Врачи», наиболее близки по целям, задачам деятельности и взаимодействию к респондентам группы «Больные». Сравнительный анализ показал, что по многим утверждениям мнение респондентов групп «Родственники» и «Больные» совпадают.

Большинство респондентов группы «Родственники» (так же, как и респонденты групп «Врачи», «Психологи» и «Общество»), придерживались мнения, что больные депрессией должны лечиться у специалиста (психиатра). А 78,33% респондентов группы «Родственники» считали, что диагноз «Депрессия» достоверен, а от лечения у психиатра «больше пользы больным, чем вреда». Они достоверно реже, чем респонденты группы «Врачи», считали, что антидепрессивные препараты резко улучшили состояние больных (данное мнение независимо ассоциировалось с женским полом), более того, они также, как и респонденты группы «Врачи», полагали, что препараты, применяемые при лечении депрессии не вредны и не вызывают зависимость (91,67%). Респонденты группы «Родственники» в два раза чаще, чем респонденты подгруппы врачей-психиатров и наравне с респондентами подгруппы врачей других специальностей, считали, что, если больному не может помочь психиатр, ему стоит обратиться к знахарю. Помимо этого, они достоверно чаще, чем респонденты подгруппы врачей-психиатров, полагали, что советы астрологов могут помочь больному депрессией лучше приспособиться к жизни. Вместе с тем респонденты группы «Родственники» наравне с респондентами группы «Общество» и в два раза чаще, чем респонденты группы «Врачи», считали, что при депрессии может помочь экстрасенс.

Часть респондентов группы «Родственники» (так же как и респонденты группы «Общество») придерживалась архаических взглядов. Некоторые из них полагали, что заболевание может быть наказанием за грехи (46,67%), возникать от ворожбы, приворота и порчи (58,33%).

Респонденты группы «Родственники» не всегда объективно оценивали характерологические личностные особенности больных депрессией и даже не замечали противоречивости своих утверждений. Так, 15% респондентов считали больных депрессией безвольными людьми со слабым характером, эгоистичными и злопамятными (23,33%) с низкими умственными способностями (11,67%). Одновременно 31,67% респон-

дентов группы «Родственники» полагали, что больные депрессией талантливы и неординарны, чуткие и утончённые личности (18,33%), сострадательны к другим людям (35%), аккуратны и скромны, стараются ни с кем не конфликтовать (81,67%), что коррелировало с женским полом и высшим образованием респондентов.

Подавляющее большинство респондентов признавало психиатрию наукой и считало, что профессия психиатра заслуживает уважения. Респонденты группы «Родственники» (одинаково с респондентами подгруппы врачей-психиатров) считали, что психиатры в своих выводах субъективны и многое решает мнение конкретного врача (35%), что существенно отличается от мнения респондентов в группах «Психологи» (66,67%) и «Общество» (81,67%). Небольшая часть респондентов группы «Родственники» допускала, что опасно иметь дело с психиатром, так как есть риск, что здорового человека он может признать психически больным (25%), в редких случаях респонденты-родственники утверждали, что психиатры признают психически здоровых больными, поэтому незаконно лишают их свободы (5%) или причиняют вред пациенту (8,33%). Вместе с тем, респонденты группы «Родственники» достоверно реже, чем респонденты группы «Общество», считали, что психиатры сами психически нездоровы (8,33%) и им нравится властвовать над своими пациентами (11,67%).

Отношение к больным депрессией респондентов группы «Родственники», также как и групп респондентов «Врачи», «Психологи» и «Общество», в целом позитивно, построено на гуманных принципах. Респонденты группы «Родственники» (так же, как и респонденты групп «Врачи», «Психологи» и «Общество») полагали, что ограничение прав больных должно определяться в каждом случае индивидуально. Большинство респондентов группы «Родственники», (также как респонденты предыдущих групп) полагало, что больные депрессией не должны водить машину, служить в правоохранительных органах (этого мнения придерживались преимущественно респонденты старшего возраста), иметь оружие. В то же время респонденты группы «Родственники», в отличие от респондентов группы «Общество», реже ограничивали социальный статус больного. В частности, всего лишь 16,67% респондентов группы «Родственники» полагали, что больные депрессией не должны иметь семью и 35% полагали, что больные депрессией не должны иметь детей (в группе респондентов «Общество» эти показате-

ли были в два раза выше и составляли соответственно 41,67% и 78,33% – разница статистически достоверна). Помимо этого, респонденты группы «Родственники» достоверно реже полагали, что больной депрессией не должен работать на руководящем посту.

Оценивая сегодняшнее положение социальных отношений в обществе, респонденты группы «Родственники» полагали, что права больных часто ущемляются и отношение к ним во многом предвзятое, а взгляды на психически больных во многом устарело.

Таким образом, респонденты группы «Родственники», по многим суждениям совпадая с утверждениями респондентов других исследуемых групп, по целому ряду мнений приближаются к суждениям респондентов группы «Больные», т.е. во многом стигма родственников совпадает с самостигматизацией пациентов с депрессивными эпизодами. Особенно неблагоприятно практически полное совпадение взглядов до 10%, а несовпадение по отдельным представлениям до 1/3 пациентов, особенно по вопросам лечения, в частности длительности.

Половина респондентов в обеих группах интересовались вопросами диагностики и терапии депрессий в СМИ, включая интернет, отдавая предпочтение не научным, а про-, квази-, пара- и лженаучным знаниям, а нередко и действиям.

Для дестигматизации больных депрессией и членов их семей предложена интегративная бифокальная модель психообразования, которая состоит из трёх разделов (ликвидация информационного дефицита у пациента и родственников; проведение специальных психотерапевтических мероприятий; обучение навыкам совладания). Модель психообразования является особой частью реабилитационного комплекса больных депрессией, существенно дополняющей как медикаментозное лечение, так и реадaptацию и социальную реабилитацию, направленные на общую и частную дестигматизацию больных депрессией и их родственников.

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова Я.Н.

ФАКТОРЫ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Введение. Факторы риска сосудистых заболеваний головного мозга значительно выше у больных параноидной шизофренией, чем в населении. Это говорит о существовании многофакторной причины, смешанной предрасположенности, а также еще не определенных генетических факторов.

Цель исследования – выявить наиболее значимые факторы риска сосудистого нарушений у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 34 (48,6%) имели церебрально-гемодинамические нарушения. Исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Использовались клинико-психопатологический, катamnестический, психометрический, параклинический и статистические методы исследования.

Результаты. В исследовании были охвачены 63 больных, в том числе 53 (84,1%) мужского пола и 10 (15,9%) женского пола. Возрастная группа варьировала в пределах от 40 до 80 лет. Анализ распределения пациентов по возрастному цензу показал преобладание лиц, перенесших церебрально-гемодинамические нарушения, в возрастных пределах от 55 до 65 лет. Представители этой группы составили 66,6% (42 пациента). Преобладали лица с психомоторным возбуждением – 54 человек (85,7%). Далее мы провели анализ спектра сопутствующих заболеваний в соматическом статусе у обследованных пациентов, которые рассматривались нами в качестве факторов риска возникновения заболевания. В ходе исследования нами выявлено, что у 22 (34,9%) пациентов был диагностирован сахарный диабет I и II типов, причем 13 из них были «инсулинозависимыми», что сказывалось на более выраженных клинических проявлениях психоза. У 60 (95,2%) пациентов выявлена гипертоническая болезнь различной степени тяжести. При этом у

16 пациентов был зарегистрирован постинфарктный кардиосклероз. 9 (14,3%) пациентов общей группы страдало вирусным гепатитом С. Также нами выявлено, что 46 (73,0%) пациентов имели зависимость от табачной продукции и его суррогатов. Необходимо отметить, что установленные нами предикторы в большинстве случаев были комбинированы между собой.

Заключение. Наиболее значимыми факторами риска развития психотических расстройств у больных с церебрально-гемодинамическими нарушениями явились мужской пол, возраст от 55 до 65 лет, наличие гипертонической болезни, сахарного диабета и табакокурения, сочетание которых было связано с неблагоприятным исходом. Выявление этих факторов риска позволяет своевременно проводить профилактику церебрально-гемодинамических нарушений у больных параноидной шизофренией.

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К., Маджидова Я.Н.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

Введение. В последние годы все больший интерес вызывает проблема коморбидности шизофрении и сосудистых заболеваний головного мозга. Существует мнение, что данное коморбидное сочетание является патогенетически обусловленным и приводит к взаимному отягощению клинических проявлений обоих заболеваний.

Цель работы – изучить особенности клинического течения параноидной шизофрении, сочетанной с хроническими соматическими заболеваниями.

Материал и методы: Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 34 (48,6%) имели коморбидную соматическую патологию. Исследование

проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Сочетанная соматическая патология – вне обострения. Использовались клинико-психопатологический, катamnестический, психометрический, параклинический и статистические методы исследования.

Результаты: В ходе исследования установлено, что чаще всего (15 пациентов – 44,1%) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией значительно выше у женщин старше 55 лет (77,6%), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной шизофренией, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла), MOCATEST (Монреальская шкала оценки когнитивных функций). В клинической картине у них отмечается невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5 баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, анергии 46 баллов). Присоединившаяся соматическая патология сглаживает дефицитарную симптоматику за счет снижения анергии и нарастания тревожно-депрессивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность встречается достоверно чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза – 40% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 16,9% больных с негативной ($p < 0,05$); родовая травма в анамнезе у 25% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 7,7% больных с негативной ($p < 0,05$) повышает риск возникновения неврологических осложнений у больных шизофренией с позитивной симптоматикой.

Заключение. Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить необходимость нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией и определить направления лечебно-реабилитационных рекомендаций для использования их психиатрами и врачами общей практики.

Ирмухамедов Т.Б., Кочовская М.Д., Мирзаева Н.М., Юлдашева Ш.К.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан*

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

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

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

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

модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру.

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

Карпов А.М., Герасимова В.В.

СЕМЬЯ – ЦИВИЛИЗАЦИОННАЯ МАТРИЦА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ САМООРГАНИЗАЦИИ ОБЩЕСТВА

*Казанская государственная медицинская академия –
филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань, Россия
Министерство по делам молодежи Республики Татарстан, Казань, Россия*

В истории человечества семья оказалась первичной формой самоорганизации жизни людей, которая стала матрицей социальной организации общества на вышестоящих уровнях. Структурные элементы семьи – отец, мать, дети – сохранялись во все времена. Функции семьи – совместное проживание, обеспечение жилья, питания, безопасности, рождение и воспитание детей, передача им языка, культуры, собственности и др. также воспроизводились во всех поколениях. В семье естественным образом связывалось личное с общим, прошлое с настоящим и будущим, задавалось направление на совершенствование. Дети должны были стать более здоровыми, образованными, богатыми, способными продолжить развитие своего рода и народа во всех направлениях. Это нормальный код и путь эволюции, который добровольно воспринимался и исполнялся всеми людьми. Характеристики семейных отношений – любовь, забота, доброта, ответственность, взаимные обязанно-

сти, коллективизм, альтруизм были добровольными, закреплялись в традициях, культурных, социальных и нравственных нормах.

В религиозных представлениях воспроизводится иерархическая структурно-функциональная матрица семьи: Бог-отец, Богородица – Божья Мать. К прихожанам в храмах обращаются словами – братья и сестры. Отец принимает все ответственные решения и берет на себя защиту безопасности и материальное обеспечение семьи.

Матрица семьи перенесена на природу – «Природа-мать», земля-матушка-кормилица, Волга-матушка, Амур-батюшка, животные – «братья наши меньшие». В семье воспитывалось единство с окружающей природой, как с домом для семьи.

Структурно-функциональная матрица семьи перенесена на страны и государства: Родина-Мать, Отчизна, Отечество; на политическую власть – Царь-батюшка. «Царский двор», дворяне – производны от семейного дома. Отец народов, Батька..., братские союзные республики в СССР и т.д. Глава государства выполняет функции главы семьи – принимает важнейшие решения, следит за своими подданными как за детьми, воспитывает, наказывает, поощряет, несет личную ответственность за безопасность и благополучие. Граждане одной страны, называют себя соотечественниками, то есть, имеющими одного отца, которого они должны любить, уважать, слушаться и бояться. Царская семья была примером для народа. Любви и верности между супругами, Воспитания у детей патриотизма, трудолюбия, милосердия, духовности, культуры, альтруизма. Семья была инструментом внешней политики. Браки между членами королевских семей укрепляли политические, экономические и культурные связи.

Структурно-функциональная матрица семьи воспроизводится на областном, городском, районном, клановом, коллективном, бригадном, командном уровнях. Учебное заведение называют «Alma mater». Запрос больных на доброту и заботу, на бескорыстие и милосердие воплотился в названиях профессий – медсестра, медбрат, нянечка. Хороший коллектив сравнивается с дружной семьей. На руководителя проецируются характеристики отца или матери. Паттернализм – самый привычный для России стиль управления был нормой на всех уровнях от государства до семьи. Казалось, что по-другому не бывает. Такие представления сохраняются у большинства простых людей, воспроизводятся маленькими детьми, не деформированными гаджетами и цифровизацией.

Матрица семьи признается общечеловеческой ценностью, которая совпадает с современной биопсихосоциодуховной концепцией человека, в которую авторы предлагают внести структурирующий ее, потребностно-иерархический принцип.

У человека имеются 4 вида потребностей – биологические, психологические, социальные и духовные, осуществляющие триединство тела, души и Духа. Эти потребности совмещаются в единую, замкнутую структуру как матрешечные контуры и соотносятся по строгому иерархическому принципу: от биологических, через социальные и психологические к духовным. Содержание и масштаб биологических (тело) потребностей у всех людей ограничены запросами на определенные количества воздуха, воды, еды, сна, одежды, обуви, жилплощади, тепла, света, предметов гигиены и т.п. Возможности потребления лимитированы параметрами гомеостаза организма, известными физиологическими и гигиеническими нормами. Как дефициты, так и излишества потребления приводят к расстройствам здоровья. Биологические потребности являются внутренним контуром биопсихосоциодуховной матрешки.

Психологические и социальные потребности человека предназначены для интеграции человека в общество – наличие семьи, образования, профессии, работы, зарплаты, друзей, общения, отдыха, развлечений объединяют людей в семьи, компании, команды, коллективы, общественные организации, партии и т.д. Они также ограничены запросами человека иметь одну семью, одну любимую профессию, быть членом одной компании, одной партии, гражданином одной страны. Социальные потребности по содержанию и масштабам больше биологических и образуют внутренний контур матрешки.

Духовные потребности обеспечивают интеграцию Человека в пространство Чело-вечности. Это потребности в справедливости, совести, ответственности перед предками и потомками, сбережении человека и природы, самоотверженность, патриотизм, бескорыстное стремление творить добро, приближать идеал материально-социально-духовной организации жизни людей. Их совокупность образует внешний – наружный контур биопсихосоциодуховной матрешки.

Принципиально важно, что биологический и духовный контуры заданы свыше. Человек не имеет выбора кем и каким родиться. Творец существует независимо от человека. Свобода выбора дана только в со-

циальном контуре. Человек выбирает увлечения, профессию, друзей, стиль поведения, приоритеты, цели и способы их достижения. Все зависимости – алкогольная, табачная, наркотическая, игровая, компьютерная, экстремизм, коррупционное поведение рождаются, формируются, реализуются в социуме. Социальные потребности «находятся» между биологическими и духовными.

Из этого следует, что научно обоснованным способом профилактики зависимостей и реабилитации зависимых является усиление духовного контура, (духовных потребностей) ограничивающего и регулирующего социальные потребности сверху. Нужно восстановить ценность духовной составляющей в жизни людей, чтобы совесть, справедливость, ответственность, честь, достойное исполнение должных обязательств перед людьми, предками и потомками, перед Богом стали осознанными приоритетами, определяющими выбор и способ удовлетворения социальных и биологических потребностей.

Эту задачу нужно решать в масштабе общества, в пространстве идеологической, информационной, образовательной, культурной, социальной, экономической, молодежной политики и других ведомств.

Снизу социальные потребности ограничивают и регулируют биологические потребности. Поэтому для профилактики социальных нарушений необходимо обеспечение нормальных условий жизни. Голод, нищета, отсутствие жилья, одежды, тепла, водоснабжения, туалета, душа и другие проблемы жизнеобеспечения неизбежно мотивируют людей на протестные действия, антисоциальной направленности.

Описанная потребностно-иерархическая матричная структура является всеобщей, применимой для научных изысканий и практической деятельности. Она задана свыше в соответствии Образом и Подобием Творца и является добровольно-принудительной нормой. Человек и общество могут быть биологически, социально, психически и духовно здоровыми только при соблюдении заданной иерархии масштабов потребностей. Принятие этой концепции как современной идеологии, ненасильственно объединяющей всех людей, является цивилизованным путем к миру и согласию между людьми, ведомствами и странами.

В конце XX века внешнее управление применило в качестве политехнологий рыночно-капиталистические и либерально-демократические реформы для разрушения традиционной структуры семьи и всех вышестоящих уровней социальной организации общества. Главы государств

стали позиционироваться менеджерами, а не отцами народа, как было прежде. У эффективного менеджера в иерархии биологических, социальных и духовных потребностей на первом месте экономическая эффективность.

Нация с исторически сформированной психологией детей, починающихся уважаемому, доброму или строгому Отцу, лишилась Отца. Он стал менеджером и освободил себя от семейных обязанностей. Народ оказался в статусе брошенных детей, беспризорников, сирот. Это стало национальной катастрофой. Характеристики поведения безнадзорных детей экстраполировались на всю нацию и проявились резким подъемом инфантильных и деструктивных форм поведения – алкоголизации, наркотизации, курения, азартных игр, освобождения от авторитетов, социальных, культурных и нравственных норм, т.е. расстройств личности и поведения.

Социологические исследования обнаружили, что у части молодежи стало утрачиваться ощущение Родины матерью, возросло число молодых людей, желающих уехать за границу. Отсутствие желаемой работы и достойной зарплаты, бедность, социальные, экономические и моральные проблемы способствовали появлению мотиваций ухода от неприятной реальности в приятную нереальность, распространению аддикций и расстройств поведения.

В последние годы главным направлением депопуляции стала популяризация нетрадиционной сексуальности. Снижение рождаемости достигается заменой нормальной гетеросексуальной ориентации на другие, не приводящие к рождению детей, а также способствующие психологическому, психическому и физическому разрушению уже родившихся детей. В Европе наблюдается рост распространенности гомосексуализма и педофилии, легализация браков между людьми одного пола, усыновление детей однополыми семьями, замена кодовых слов мама и папа на «родитель № 1 и № 2». Это разрушает матрицу семьи и человека, контент естественно-нормативного поведения людей.

Твердая позиция президента России, не допускающего пропаганды нетрадиционного секса, несмотря на давление и шантаж Евросоюза и США, вызвала одобрение большинства населения России и всего мира. Это проявление уважения к естественной матрице семьи и к нормальным семейным, детско-родительским отношениям. Мечты о замене роли главного менеджера страны на роль отца народа, как и мечты о вос-

становлении нормальной семьи, сохраняются в душах большинства граждан (детей) России и других стран.

Копейко Г.И., Борисова О.А., Гедевани Е.В., Каледа В.Г.

ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МАЛОПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С БРЕДОМ РЕЛИГИОЗНОГО СОДЕРЖАНИЯ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Обоснование: Выявление сверхценных и бредовых расстройств религиозного содержания в рамках малопргредиентной шизофрении, а также тактика ведения этих больных и профилактика часто встречающихся у них социально значимых нарушений поведения, является актуальной проблемой, в связи с тем, что сферой проявления этих расстройств часто является ближний круг общения, а именно семья пациента, как одна из наиболее социально уязвимых и малозащищенных, вместе с тем неотъемлемых единиц общества.

Целью настоящего исследования является разработка мер профилактики возникновения социально-негативного поведения и оптимизации медицинской помощи пациентам, страдающим малопргредиентной шизофренией, сопровождающейся развитием сверхценных и бредовых расстройств религиозного содержания.

Пациенты и методы: исследование пациентов проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. и этическими стандартами Лечебно-Экспертной Комиссии ФГБНУ НЦПЗ. В исследование были включены пациенты, страдающие малопргредиентной шизофренией с преобладанием паранойяльных расстройств (по МКБ-10 F22.0). Все наблюдения, включенные в исследование, имели в своей структуре сверхценные образования или бред религиозного содержания, и сопровождались проявлениями асоциального, антисоциального и аутодеструктивного поведения. Всего в исследование были включены 56 пациентов (30 женщин, 26 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет, и средним возрастом – 34+-7. Пациенты бы-

ли обследованы клинико-патопсихологическим и клинико-катамнестическим методами.

Результаты исследования. Во всех рассмотренных случаях заболевание начиналось в подростково-юношеском возрасте, исподволь, незаметно, с появлением интереса к религии, увлечения историей церкви, особенностями богослужения, интереса к религиозной музыке, архитектуре. Помимо этого в целом отмечалась утрированная односторонняя ориентация личности на духовные смыслы. На ранних этапах болезненные проявления представляли собой сверхценные построения, внешне сходные с гипертрофированными проявлениями нормальной религиозности. Подобные «религиозные маски» создавали наибольшие сложности при разграничении патологических проявлений псевдорелигиозности при эндогенных заболеваниях от традиционного религиозного мировоззрения. Уже на первых этапах развития заболевания обращали на себя внимание особые условия, требуемые для реализации религиозной жизни этих пациентов. Так, больные ежедневно ходили в церковь, уделяли по 5–6 часов в сутки молитвенному правилу, посещали такие монастыри, в которых богослужение совершалось по полному уставу без каких-либо сокращений. В тех ситуациях, когда они не успевали полностью вычитать молитвы, они отказывались от еды, истово соблюдая и другие религиозные правила. Все внешние проявления религиозной жизни эти пациенты сверяли с монашеским уставом, изложенным в Типиконе. Отмечалось крайне аскетичное отношение к пище во время постов, когда пациенты могли питаться исключительно хлебом и водой раз в сутки. Средства массовой информации, имеющие отношение к светской жизни общества – телевидение, книги, газеты и журналы – отрицались и характеризовались пациентами как «дьявольские», и, следовательно, полностью исключались не только из их собственной жизни, но также и из жизни членов их семей, что несомненно носило насильственный характер. Подобное поведение сочеталось с холодностью и безразличием к родным и близким, не разделявшим их религиозных убеждений, которых они нередко называли «слугами дьявола». В ряде случаев (11,5%) пациенты в категорической форме настаивали на том, чтобы их родные полностью выполняли монашеские требования, связанные с соблюдением постов, отказом от чтения мирской литературы, просмотра светских телепередач. Если же они сталкивались с невыполнением своих требований, то устраивали дома погро-

мы, были агрессивны и враждебны по отношению к близким, оскорбляли их нецензурной бранью. И их поведение по отношению к близким и родным носило явный асоциальный и антисоциальный характер. Так, пациент О. заставлял деда и бабушку подолгу молиться, а при отказе – угрожал топором, разбил радиоприемник, по которому дед слушал последние новости, выбросил на помойку телевизор. Матери он говорил о том, что «ее жестоко покарает» она должна «поплатиться за свое безбожное поведение», избивал ее, нанося удары руками и ногами по лицу и туловищу, в результате чего сломал матери 2 ребра. Больной Ч. будучи крайне агрессивен к родителям, выгнал мать из дома, разорвал больничный лист отца, так как считал, что последний «лишь притворяется больным» и «обманывает врачей». В праздничные дни по религиозному календарю он отказывался посещать работу, считая это грехом.

Анализ изученного материала показал, что в этих случаях имело место выраженное доминирование в сознании больных определенных идей, характеризовавшихся особой аффективной заряженностью. Пациенты были полностью охвачены своими убеждениями, которые на начальных этапах заболевания не противоречили религиозным канонам. Однако, постепенно, по мере развития заболевания, становились все более явными искажения традиционных религиозных идей, которые больные с неадекватным упорством отстаивали, будучи непоколебимо убежденными в своей правоте. В части случаев у больных имел место стенический аффект с повышенной деятельностью и говорливостью, но без свойственной циркулярным больным «витальной радости». Полностью отсутствовала критика к своему состоянию и борьба мотивов. Патологические идеаторные построения совершенно не поддавались коррекции ни со стороны родственников, ни со стороны церковнослужителей, напротив, отличались особой стойкостью. Постепенно отмечалось расширение круга лиц, которые были невольно вовлечены в противостояние сверхценным или бредовым убеждениям больного. Несмотря на относительно неглубокий уровень поражения психической деятельности, ограничивающейся на этом этапе сверхценно-паранойальным уровнем нарушений, в большинстве изученных случаев имела место отчетливая тенденция к реализации асоциального, антисоциального, а также аутодеструктивного поведения, продиктованного этими нарушениями.

Критерии, которые позволяли выявить психические расстройства, сопровождающиеся нарушениями поведения, заключались в:

– резком противоречии декларируемой ими религиозности и психопатоподобном поведении;

– проявлениях внешней религиозности (крайний аскетизм в виде резкого похудания, чрезмерное многочасовое молитвенное правило, самовольное принятие на себя подвигов) резко контрастировавших с дефицитом эмоциональности по отношению к близким и родственникам (холодность, отчуждение, агрессивность);

– патологических идеаторных построениях, которые совершенно не поддавались коррекции, напротив, отличались особой стойкостью;

– резкой перемене сложившегося жизненного уклада, «ломке» по религиозным мотивам жизненных стереотипов (при этом новый «псевдорелигиозный» образ жизни резко противоречил прежнему жизненному опыту и не соответствовал возрасту и степени духовной зрелости больных).

– в психическом статусе больных, в котором ярко проявлялись подозрительность, идеи отношения, преследования и нарушения мышления особого типа (эхо-мысли, открытость мыслей, эпизоды вкладывания или отнятия мыслей).

Таким образом, психопатоподобные проявления в этих случаях представляли собой лишь внешний фасад, имитирующий религиозную активность, тогда как за нарушением поведения этих больных скрывались расстройства, обусловленные бредовыми идеями. Грубость, хамство, оппозиция к родителям, агрессивность к родным и близким, конфликтность, неожиданная смена жизненного стереотипа, оставление работы, семьи, родных, неожиданное бегство в монастырь, переезд в глухую малонаселенную местность или другие поведенческие (асоциальные и антисоциальные) расстройства были обусловлены систематизированными интерпретативными идеями религиозного содержания. В этих случаях, сложившаяся стойкая бредовая система взглядов и убеждений, имевшая в своей основе патологические сверхценные образования, легко трансформирующиеся в сверхценный бред имела внешнее сходство с религиозной мировоззренческой системой. Именно на этом этапе больные и их семьи особенно нуждались в оказании адекватной психиатрической помощи. В противном случае, спустя 3–5 лет от начала заболевания наблюдалось постепенное его прогрессирование

с присоединением бредовых идей отношения, преследования, и переходом уровня нарушения поведения на более тяжелый, антисоциальный, деликвентный уровень.

Заключение. Учитывая сложный социодуховный конфликт, который возникает при искаженной психической болезнью религиозности больных, разрешение и оказание помощи возможно только в условиях совместной деятельности врачей психиатров, священнослужителей и семьи пациентов (Борисова О.А., Копейко Г.И., 2019). В первую очередь, на доврачебном этапе, как правило, такие пациенты попадают в поле зрения священнослужителей, которым в этой ситуации необходимо обращать внимание на диссонансы между утрированными религиозными убеждениями, чрезмерным гипертрофированным следованием традиционным правилам и нарушениями поведения (особенно в отношении самых близких родственником, членов семьи больного), противоречащим основным религиозным догматам. Священнослужители, к которым обращаются за советом родственники таких больных, могли бы расценить их состояние, как патологическое, болезненное и требующее врачебной помощи. Полученные результаты направлены на осуществление ранней диагностики и профилактики асоциального, антисоциального и аутодеструктивного поведения пациентов, страдающих психическим заболеванием.

Копейко Г.И., Борисова О.А., Бабурин А.Н., Магай А.И.

СЕМЕЙНАЯ КОНФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Межрегиональное общественное движение

в поддержку семейных клубов трезвости, Москва, Россия

Широкая доступность в современном обществе психоактивных веществ, а также частое использование этих веществ больными с эндогенными психическими заболеваниями обуславливает актуальность поиска путей помощи людям с подобными проблемами.

В литературных источниках можно встретить эффективные примеры использования реабилитационных программ у эндогенных психически больных с религиозным мировоззрением. В зарубежных научных исследованиях отмечается положительное влияние традиционной религиозной жизни на показатели общего психического здоровья, что выражается в лучшем качестве межличностных отношений, более низком уровне тревоги, более позитивном взгляде на жизнь в целом (Newberg, A., D'Aquili, E., 2002). Исследователями ФГБНУ НЦПЗ отмечается положительное влияние религиозной общины на дальнейшее течение эндогенного заболевания в случае вовлеченности больного в комплексные реабилитационные мероприятия конфессиональной направленности. В отличие от острого периода заболевания, во время которого поведение больных и восприятие ими действительности определяется продуктивной симптоматикой, в период реконвалесценции и ремиссии, когда проводится реабилитационная работа, поведение больных определяется их базисными личностными ценностями (Борисова О.А. с соавт., 2010). Религиозный фактор оказывает положительное влияние на течение наркологического заболевания у людей с религиозным мировоззрением, что является результатом «протекторной» функции религиозного фактора в случае злоупотребления психоактивных веществ (Брюн А.Е., 2014). Обратная корреляция насыщенности религиозной жизни и интенсивности злоупотребления психоактивными веществами отмечена и зарубежными исследователями (Chamberlain & Hall, 2000, Dein S. 2017). Общепринятые в религиозной общине модели поведения и особым образом настраиваемая социальная поддержка направлены на противодействие злоупотреблению психоактивных веществ. Особенности христианского вероучения также направлены на формирование трезвого образа жизни. Так, в послании апостола Павла говорится: «Дела эти известны; они суть: прелюбодеяние, блуд, нечистота, пьянство, бесчинство и тому подобное. Предваряю вас, как и прежде предварял, что поступающие так Царствия Божия не наследуют» (Гал. 5:19–21).

Одновременно большое количество исследований подтверждают значимость семьи и использования семейного подхода при помощи больным с религиозным мировоззрением. На прошедшей в 2018 году международной конференции «Попечение Церкви о душевнобольных», организаторами которой были ФГБНУ НЦПЗ и Русская Православная

Церковь митрополит Лискинский Сергей (Фомин) сказал, что «в современном мире общество и семья утрачивают связи с Богом и Церковью, что становится источником психического нездоровья». Для больных с коморбидной патологией семья является источником многогранных ресурсов, которые помогают им в решении трудных жизненных ситуаций, а терапевтической мишенью для психотерапевтической работы становится система, поддерживающая семейный гомеостаз (Hudolin V., 1994, Nastasic P., 2017). Для людей с религиозным мировоззрением понимание семьи как Малой Церкви побуждает к изменению системы межличностных отношений и изменению образа жизни на основе традиционных духовно-нравственных ценностей и лично-значимых смыслов (Мошкова И.Н., 2019).

Специалистами в области организации служб психического здоровья отмечается необходимость использования внебольничных амбулаторных форм помощи, что подтверждается мировым опытом профилактической работы. Доступность такого вида помощи сочетается с возможностью преодоления феномена стигматизации, оказывающего неблагоприятное влияние на восстановление после возникающих рецидивов коморбидных заболеваний (Ястребов В.С., Лиманкин О.В., 2017). Методологически разработанные комплексные программы помощи могут осуществляться в сотрудничестве с общественными организациями, обладающими богатым волонтерским ресурсом и современными реабилитационными технологиями (Солохина Т.А., 2019). Сотрудничество общественных организаций и движений с медицинскими учреждениями в рамках амбулаторных программ способно решать актуальные проблемы социальной интеграции психически больных с коморбидной патологией, дополняя программы психиатрической помощи населению (Шмилович А.Л., 2018).

В 2016–2016 году в ФГБНУ НЦПЗ под руководством к.м.н. Г.И. Копейко и к.м.н. О.А. Борисовой была разработана технология конфессионально-ориентированной реабилитации эндогенных психически больных с алкогольной зависимостью, использующая семейный подход (Копейко Г.И., Борисова О.А., Бабурин А.Н., Магай А.И., 2019). В комплексной программе, включающей в себя терапевтический и реабилитационный модули, используются принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия, добровольное участие мультисемейной группы по типу терапевтического сообщества, разно-

образные психообразовательные и психопросветительские методы, основывающиеся на учении о социальной терапии, а также мультидисциплинарный подход с привлечением к работе команды специалистов, включающей врачей-психиатров, наркологов, психологов и социотерапевтов, а также священнослужителей.

В рамках реабилитационного модуля значительное место занимает конфессионально-ориентированный блок, предполагающей включение пациентов в жизнь религиозной православной общины на базе храмов Русской Православной Церкви. Изменение образа жизни больных сопровождается аксиосемантическими перестройками в личности больного, происходит настраивание механизмов социального и межличностного взаимодействия в рамках социальной сети. Участники реабилитационной программы принимают участие в различных индивидуальных и групповых мероприятиях, имеющих конфессиональную направленность (общая молитва, исповедь причастие, посещение богослужений, совместный труд и отдых, паломнические поездки, спортивные праздники и культурные мероприятия, фестивали, участие в научных событиях, общение с представителями международного реабилитационного сообщества) под духовным руководством опытных священнослужителей, имеющих специальное образование в области психологии или психиатрии.

Эффективность программы была подтверждена научным исследованием, проводившимся в ФГБНУ НЦПЗ в 2016–2018 году. На выборке из 26 больных с установленными психиатрическими диагнозами (по МКБ-10 F20.04 – F20.05, F25.x, F21.3-21.4, F33.4, F31.7, F32.2) и наркологическими расстройствами (по МКБ-10 F10.2x1- F10.2x2) с использованием клинико-психопатологического, клинико-катамнестического, клинико-динамического методов были проведены исследования по оценке позитивных и негативных психопатологических расстройств по шкале PANSS, исследование смысложизненных ориентаций, а также тестирование по шкале самооценки Дембо-Рубинштейн и шкале религиозности О.Ю. Казьминой. В результате реабилитационных мероприятий определялось изменение аксиосемантических личностных особенностей, заключающееся в повышении уровня общей осмысленности жизни по шкале «смысложизненные ориентации», трансформации ценностно-смысловой структуры личности за счет увеличения значимости социо-духовных факторов. Отмечалось формирование более адекват-

ной самооценки, в высказываниях пациенты более зрело относились к особенностям своего состояния. Также имело место изменение религиозного поведения, когда больные использовали более адаптивные религиозные копинг-стратегии, происходила гармонизация внутренней и внешней форм религиозности у пациентов.

Выводы. Эффективность семейной конфессионально-ориентированной амбулаторной программы реабилитации у больных с коморбидной патологией обусловлено доступностью помощи благодаря возможности получения ее по месту жительства, вовлечения в реабилитационный процесс большого круга участников семейной социальной сети, возможности использования религиозного ресурса. Изменение аксио-семантических установок личности, реализация семейного подхода, переориентация личности на духовные смыслы в рамках духовно-ориентированного подхода способствуют формированию таких личностных черт, как интеграция, единение и собранность, а также способность к послушанию.

Кравченко Н.Е.

СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ДЕВИАЦИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Одной из ярких примет нашего времени можно назвать разнообразные отклонения от принятых ранее конвенциональных образцов. Мир в целом стал более толерантным, и то, что ранее относилось к девиациям теперь часто расценивается в рамках нормы. В частности, это относится и к расстройствам поведения. Социальные нормы во многом обусловлены особенностями развития общества. Так, в некоторых странах до сих пор существуют стандарты, запрещающие необычный внешний облик, например, в Северной Корее отклонение гражданина от общепринятого внешнего вида может считаться преступлением. Но в большей части современного социального пространства, для которого характерны разнообразные субкультурные сообщества, вызывающее поведение

может расцениваться как политический протест против существующих социальных или политических устоев, революционный перформанс, конфликт с традицией. А со временем отклонения от конвенциональных этических норм становятся социально-приемлемыми, общество может даже легализовать девиацию под видом новых форм культурной деятельности (Апинян Г.В., 2009).

Подростки зачастую нарушают и отвергают социальные нормы и противопоставляют им свои, часто непозволительные для социума правила поведения. Эти поведенческие феномены отнюдь не всегда служат проявлением какой-либо психической патологии, хотя и могут без отчетливых границ примыкать к ней. За одним и тем же поведенческим феноменом может скрываться как психопатологическое, так и социально-психологическое, а иногда – высокодуховное (например, подвиг юродства) явление. В частности, аутоагрессивное рискованное поведение с одной стороны может рассматриваться в контексте весьма распространенных в современной молодежной среде спортивных увлечений, связанных с риском для жизни, с другой – включаться как компонент ассоциированного с психической патологией самоповреждающего и суицидального поведения. В общей популяции современной молодежи аутодеструктивное и опасное для жизни поведение встречается, по-видимому, не так уж и редко, но эти случаи не попадают в поле зрения психиатров, поскольку и подростки, и их родители избегают обращения в государственные психиатрические учреждения.

Многолетнее наблюдение контингента подросткового кабинета в одном из ПНД г. Москвы позволяет утверждать, что доля больных с аутоагрессивными проявлениями среди зарегистрированных в диспансере, относительно невелика и ограничивается 8–10%, но в течение последних 3–4 лет отмечается стойкая тенденция к увеличению числа подобных случаев. При этом спектр аутодеструктивных проявлений может включать как феномены, ассоциированные с современными социокультурными влияниями, так и девиации, имеющие непосредственное отношение к психическим нарушениям. К первым можно причислить модные в последние годы в подростковой среде телесные модификации, связанные с причинением боли, изменением внешнего вида – пирсинг, шрамирование (скарификация), татуаж. Психологически понятной мотивацией такого поведения является стремление несовершеннолетнего выделиться «из серой массы» и подчеркнуть принад-

лежность к определенной молодежной группе, самоповреждающие действия при этом не совершаются импульсивно, обычно продуманы. К вариантам аутодеструктивных девиаций, ассоциированных с психическими расстройствами, относятся случаи самоповреждающего поведения, имеющие иной генезис. Это аутоагрессивные эпизоды (самопорезы, самоожоги, аутопирсинг), которые зачастую возникают неожиданно на фоне сниженного настроения и депрессивных переживаний, собственно деструктивные действия, как правило, объясняются подростками как желание наказать себя, или попытками уменьшить душевное страдание, причинив физическую боль, снять эмоциональное напряжение, преодолеть эмоциональное бесчувствие. Такого рода феномены часто имели место в анамнезе подростков, совершивших суицидальные попытки. Импульсивные суицидальные проявления по типу реакции «короткого замыкания» вспыхивали на пике эмоционального страдания, нередко на глазах у родителей после незначительной провокации (обычно – после конфликта с членами семьи). Внезапная аутоагрессия наиболее часто наблюдалась у юношей в структуре психогенной или психопатической реакции. Неожиданное демонстративно-шантажное суицидальное поведение, как проявление обиды, протеста на ситуацию фрустрации потребностей (более типичное для девушек) отмечалась у подростков с формирующимися личностными расстройствами. Нередко повторяющееся аутоагрессивное поведение с нанесением самопорезов, самоожогов становилось проявлением ставшего привычным реагирования на внешние стрессоры, часто оно совмещалось с аддиктивными расстройствами – более половины юношей (58,2%) и девушек (63,6%) угрожали и осуществляли аутодеструктивные намерения в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Как правило, суицидальное девиантное поведение подростков реализовалось при сочетании ряда факторов, а именно: на фоне неблагоприятной микросоциальной ситуации, наличии конституционально обусловленных особенностей формирующейся личности с неустойчивостью самооценки, несформированностью Я-концепции и высокой импульсивностью.

Именно семья является той важнейшей социальной средой, в которой происходит становление личности, формируется умение противостоять внешним стрессовым обстоятельствам. Более чем у половины подростков с суицидальными девиациями (55,3%) провоцирующим импульсивную аутоагрессивную реакцию фактором служил конфликт с

родителями или замещающими их лицами. У большинства (в 2/3 случаев) подростков внутрисемейные условия представлялись неблагоприятными. Более половины подростков воспитывались в неполных семьях, либо проживали в интернате для сирот или приемных семьях (59,5%), в том числе в асоциальных с неблагоприятным микроклиматом. Отношения в семье даже с двумя родителями нередко были конфликтными, сопровождались ссорами или драками, иногда имело место делинквентное поведение родителей. Систематическое пьянство, употребление ПАВ одним или обоими родителями отмечалось в семье у 30,4% несовершеннолетних, в некоторых случаях алкоголизм носил семейный характер. Кроме того, среди родственников подростков выявлялись случаи разнообразной психической патологии и завершённые суициды (у 13,9%). В большей части случаев (67,8%) тип эмоционального взаимодействия подростка с родителями или замещающими их взрослыми можно было охарактеризовать как отчуждённый и холодный, отношения с матерью могли быть напряжёнными и враждебными (у 28,1%).

Таким образом, дисгармоничная микросоциальная среда затрудняла становление у подростков идентичности, не формировался опыт конструктивного и терпеливого преодоления трудностей. Модели поведения, представления о недопустимости тех или иных поведенческих стратегий, так же, как и подражание девиантным образцам всегда усваиваются в процессе социальной коммуникации. Деструктивное семейное окружение, дефицит внимания со стороны родителей – реальность, в которой существовали подростки и происходил процесс социализации, способствовала формированию у них дезадаптивных типов реагирования на психологические проблемы с ограниченным репертуаром способов противостояния трудностям, ориентированных прежде всего на достижение быстрого разрешения эмоционального дискомфорта – импульсивному суицидальному поведению и аддиктивным нарушениям. В связи с вышесказанным, основными задачами специалистов в области профилактики расстройств поведения у подростков (педагогов, психологов, психотерапевтов, психиатров, наркологов) должна быть помощь в ограничении негативного влияния социокультурной среды и содействие в обеспечении процесса гармоничного взросления для становления личности, имеющей смысл жизни и способной

Кузьмичева Р.И.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СЕМЕЙНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Казанский Федеральный Университет, Казань, Россия

Пограничное расстройство личности (ПРЛ, Borderline personality disorder) – психиатрическое заболевание, характерное для людей, которым свойственны нестабильность межличностных отношений, образа Я, эмоциональная неустойчивость, импульсивность. Эти симптомы возникают в молодом возрасте, проявляются регулярно во многих жизненных ситуациях и приводят к дезадаптации в обществе.

К сожалению, в нашей стране проблемам людей с пограничным расстройством личности уделяется мало внимания. От пограничного расстройства личности страдают 3% людей на Земле. Казалось бы, 3% – совсем не много, но речь идёт о нескольких сотнях миллионов людей, а это в два раза больше, чем всё население России.

Для постановки диагноза «пограничное расстройство личности» необходимо наличие, кроме общих симптомов, ещё минимум пяти признаков из следующего списка:

1. Сильный страх одиночества. Склонность прилагать чрезмерные усилия, чтобы избежать реальной или воображаемой участи быть покинутым.

2. Склонность к интенсивным, напряжённым и нестабильным отношениям, в которых чередуются крайности – идеализация и обесценивание партнёра.

3. Расстройство идентичности: неустойчивость образа или чувства Я. Взлёты и падения самооценки. Нечёткие представления о себе (кто я? что мне нравится? чего я хочу?).

4. Импульсивность, которая проявляется как минимум в двух сферах опасного поведения, таких как растрата денег, сексуальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем, рискованное вождение, переедание.

5. Повторяющееся суицидальное поведение, угрозы самоубийства, повторяющиеся акты самоповреждения. Мазохистические тенденции в поведении и отношениях с людьми.

6. Аффективная неустойчивость, крайне переменчивое настроение. При этом периоды интенсивной дисфории, раздражительности или тревоги обычно коротки и длятся от нескольких минут до нескольких дней.

7. Постоянно испытываемое чувство опустошенности, бессмысленности, скуки. Сложно найти, чем себя занять.

8. Неадекватные проявления сильного гнева или трудности с контролем гнева (например, частая раздражительность, повторяющиеся драки, вспышки агрессии).

9. В условиях сильного стресса могут возникать параноидные идеи и подозрительность, диссоциативные симптомы, дереализация, деперсонализация.

10. Нарушения ментализации, то есть понимания мотивов своих и чужих поступков, затруднения в понимании эмоций и реакций других людей.

11. Хаотичные межличностные отношения.

Люди с пограничным расстройством личности настолько зависят от отношения к ним других людей и собственных эмоциональных всплесков, что с трудом понимают, какие же они на самом деле и чего хотят от жизни.

Им свойственна полная раздробленность мира и самого себя. Каждый день или по нескольку раз в день они ощущают себя другим человеком. На одно и то же могут отреагировать радикально по-разному, в зависимости от того, в каком из кусочков своей личности в этот момент оказываются. И каждое из состояний кажется абсолютным, вспомнить себя другими они в этот момент не способны. Перемены настроения мгновенны и могут происходить десятки раз в день, и чаще всего они вызваны внешними событиями, а не внутренними процессами.

Получается почти полное расщепление личности, и части едва соединены между собой. Тяжелее всего переносится ощущение, что их на самом деле нет. Будто они существуют только пока кто-то смотрит на них и говорит с ними, пока другой отражает их в себе. При этом людям с пограничным расстройством личности сложно находиться в большом скоплении людей – концерты, где люди танцуют все вместе, метро, толпа. Наступает приступ агрессии.

Они не могут четко понять, кто они есть на самом деле. Существование с таким раздробленным самовосприятием очень болезненно.

Жизнь людей с пограничным расстройством личности в периоды ухудшений – это постоянный страх быть отвергнутым и душевная боль; то, что Фрейд называл словом «Angst».

Важно понимать, что состояние людей с пограничным расстройством личности – это не сплошная череда страданий. Бывают периоды улучшений, и довольно долгие. В это время они могут испытывать более яркие, богатые и интересные чувства, обострённость в восприятии, умение замечать и наслаждаться такими вещами в окружающем мире, мимо которых обычные люди просто проходят.

Пустоту необходимо чем-то заполнить, а раздробленное сознание – склеить. Чаще всего – сильными чувствами и эмоциями других людей. В отношениях стремятся к зависимости и полному слиянию, отдавая отчаяние, с которым не в силах справиться в одиночку. Одновременно боятся этой самой близости, чувствуя в ней опасность быть отвергнутым, что будет равносильно потере себя.

Быть близким человека с пограничным расстройством личности – рискованно. Это полное слияние, когда невозможно жить без партнера. В его любви идеализация всегда сменяется обесцениванием, и тот, кто ещё вчера был «идеальным божеством», после пары неудачных фраз может превратиться в «ужасного тирана». Например, если с прекрасным любимым партнером не виделись день или несколько часов, то наступает уверенность в измене, предательстве, наступает чувство отвергнутости. Для урегулирования конфликтов, человеку с пограничным расстройством личности следует осознать и проговаривать каждый конфликтный момент, а, главное – учиться выражать свои чувства без агрессии. Партнёру, соответственно – поддерживать его и спокойно отвечать даже на самые странные вопросы. Подход уйти подальше и подождать, пока сама успокоится – не применим ни в коем случае. Потому что они уходят в нереалистичный агрессивный мир, откуда сложно возвращаться. Агрессия может быть обращена не только на себя, но и на другого.

Пограничное расстройство – ни в коем случае не приговор. Возможно осознать свою проблему и найти конструктивные способы справляться с эмоциональными крайностями. Для того, чтобы воспринимать мир таким, какой он есть, а не как диктует больное воображение, людям с пограничным расстройством личности требуется прилагать огромные усилия. К способам самопомощи можно отнести

медитации, упражнения по осознанности, отстранение от ситуации (закончить разговор, выйти из помещения). Важным способом является отслеживание мыслей, проверка реальности, прислушивание к окружающим, корректировка ошибок восприятия. Людям с пограничным расстройством личности нужно учиться ловить и распутывать нереалистичные мысли, делать их абсурдными, делиться с близкими, чтобы совместно опровергнуть. Важно воспринимать опровержения за истину, а не убеждать других людей, что нереалистичные мысли реальны.

Большинство людей с пограничным расстройством не знают своего диагноза и никак не лечатся.

Поскольку у пограничного расстройства личности почти нет очевидных психиатрических проявлений вроде галлюцинаций и психозов, ни самому пациенту, ни его близким не приходит в голову обратиться к врачу. Знакомые считают такого человека истеричным, эгоцентричным, капризным, с дурным характером и не верят, что его можно изменить. Сам же он из-за специфики болезни не способен проанализировать и оценить своё состояние, а в своих проблемах искренне считает виновными других или внешние обстоятельства.

Лисова Е.Н.

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭФФЕКТОВ ГРУППОВОЙ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ВИКТИМНОСТИ

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный университет»,
Воронеж, Россия*

Влияние террористической деятельности не только непосредственно, но и косвенно в массовых масштабах касается всего международного сообщества. Проводником как особой чувствительности к обретению террористического мировоззрения и идеологии, так и усиления деструктивных психических состояний под влиянием терроризма является самая значимая для личности сфера социализации – семейная.

Семья как субъект совладания с террористическим воздействием (нагнетением страха, паники и пр.) задает меру эмоциональной защищенно-

сти и аксиологической стойкости. Как психологическая общность она демонстрирует определенные групповые эффекты террористической виктимности разной меры деструктивности (Лисова Е.Н., 2019).

Более деструктивные групповые эффекты выражаются в одобрении террористов, в чередности уступок им или отвержении, мушкетировании страха, проявлении агрессии, а нередко и в отрицании происходящего. В этом случае обнаруживаются крайности реагирования: условные «плюс», «минус» или «ноль», что ведет в первом и третьем случаях к присоединению к террористам (при отрицании происходящего с позиции безмолвных свидетелей), а во втором – к дальнейшей эскалации конфликта, к поддержанию насилия.

Менее деструктивные групповые эффекты связаны с переоценкой отношения к терроризму и принятием его психологических причин, обретением эмоциональной стойкости и самостоятельной инициативности по защите от действий террористов. Это снижает жертвоспособность семейной общности и потенциальную актуализацию ее членами «зеркальной позиции агрессора».

Психологическая профилактика террористической виктимности в этой связи должна строиться с учетом необходимости коррекции общесемейных характеристик, предопределяющих актуализацию деструктивных групповых эффектов.

1. Необходимо обращать внимание на наличие в составе членов семьи, склонных к проявлению насилия и жестокости, ориентированных на экстремистские взгляды, включенных в общение и взаимодействие с потенциально способными позитивно повлиять на отношение к террористической идеологии членами аутгрупп.

Наибольшее значение здесь имеет работа с теми членами семьи, которые могут демонстрировать чрезмерную возбудимость или замкнутость, слабо осознавать связь своей реакции с обстоятельствами ее вызвавшими, испытывать сложности в свободном общении и взаимодействии с окружающими (Коненкова Р.А., Корицова Г.С., 2014; Gruber J., 2015 и др.).

2. Представители семейной общности с отмеченными при описании ее состава особенностями занимают в ее структуре крайние статусные позиции, могут повести за собой остальных или стать объектом моббинга, детерминируя изоляцию и поиск иных референтных групп и лиц, транслирующих антисоциальные нормы и ценности.

3. Ценностно-нормативные регуляторы общения и взаимодействия членов семьи являются асоциальными, неустойчивыми, противоречивыми, неполными, испытывающими влияние криминальной субкультуры. Отсюда возможны импульсивность поступков, использование агрессии как нормы общения, средства защиты или наказания, нанесение вреда другому как самоцель и пр. (Фурманов И.А., 1996);

4. Семья является разобщенной, склонной к объединению с позиции «против кого-то», не имеет опыта и мотивации к налаживанию кооперации и осуществлению продуктивной совместной деятельности.

Такая психологическая профилактика подразумевает не только снижение, но главным образом возмещение деструктивных реакций конструктивными, что может быть затруднено на фоне указанных выше структурно-динамических черт семьи из-за наличия в ее составе членов в силу возраста не понимающих те или иных нормы и последствия или не способных отрешиться от сформировавшихся представлений и стереотипных привычек.

Под влиянием сложившихся и из поколение в поколение передающихся семейных устоев они могут также находиться под сильным пресингом кого-то из членов семьи и/или в оппозиции к ним. Поэтому демонстрируемые ими нарушения поведения могут не быть явными, проявляться при определенных условиях, через некоторое время, что может определяться разными типом семейного развития: открыто-неблагополучном, скрыто-неблагополучном, потенциально-неблагополучном.

Востребованность психологической профилактики ее субъектом и объектом может особенно преуменьшаться в случае:

– скрыто-неблагополучного развития семьи (все внешние атрибуты благополучия присутствуют при остром дефиците любви);

– потенциально-неблагополучного развития семьи (ее члены оказывают психотравмирующее воздействие друг на друга при внешней респектабельности) (Гриднева С.В., Ташева А.И., 2013).

Думается, что эти обстоятельства отвечают необходимости сочетания индивидуальной и групповой формы работы в процессе профилактики, а также ее дифференциации для благополучных семей разного типа, имеющих высокую степень террористической жертвостойкости.

Психологическая профилактика открыто- и скрыто-неблагополучном типе требует больших усилий по предотвращению переориентации

на террористические группы как референтные общности в целях компенсации недостатка любви и внимания (это может вести к одобрению действий террористов), а при открыто- и потенциально-неблагополучном типах – по превенции отрицания происходящего или ответного агрессивирования (что может проявиться за счет чрезмерной стимуляции насилием и принятием его как должного).

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы о сущности семейно-ориентированного подхода в профилактике эффектов групповой террористической виктимности.

1. Снижение жертвостойкости семейной общности в ответ на действия террористов выражается в переоценке отношения к терроризму и принятии его психологических причин, обретении эмоциональной стойкости и самостоятельной инициативности по защите от действий террористов.

2. Для психологической профилактики террористической виктимности семьи могут потребовать коррекции определенные композиционные, регулятивные, структурные и процессуальные ее характеристики, что снизит вероятность присоединения к террористам и дальнейшей эскалации агрессии.

3. При скрыто-неблагополучном типе семьи психологическая профилактика подразумевает большие усилия по предотвращению переориентации на террористические группы, при потенциально-неблагополучном типе – по предотвращению отрицания происходящего, ответного агрессивирования, а при открыто-неблагополучном – оба эти аспекта. Такая работа может существенно нивелировать возможные деструктивные последствия не прямых террористических воздействий.

Магай А.И., Казьмина Е.А., Казьмина О.Ю.

ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ БОЛЬНЫМ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
Межрегиональное общественное движение в поддержку
семейных клубов трезвости, Москва, Россия*

Помощь больным с двойными диагнозами, имеющими расстройства поведения в результате эндогенного психического заболевания и коморбидной наркотической зависимости, представляет особую трудность в виду особенностей течения и патоморфоза клинической картины заболевания.

Исследователи отмечают, что на полиморфизм клинических симптомов у таких больных влияет патоморфоз «классической» картины заболевания, возможность возникновения атипичных и скрытых форм течения (Смулевич А.Б. 1997, Чирко В.В., 2002, Бохан Н.А., 2009). Лечение и реабилитация больных требует использование комплексного подхода, который сочетает в себе медико-биологический (терапевтический) компонент (Ерышев О.Ф., 2011, Тульская Т.Ю., 2003), психосоциальные методы и технологии помощи (Hudolin V., 1994, Дудко Т.Р., 2003, Гурович И.Я. с соавт., 2004).

Современные представления о целостной четырехчастной биопсихосоциодуховной модели помощи больным с расстройствами поведения включают важное духовное измерение. Под духовно-ориентированной терапией нами понимается включение религиозных убеждений и практик в процесс помощи больным (Verhagen P., 2017). В многообразии религиозного опыта трудно найти какую-либо психофизическую обусловленность, в то же время «непосредственная уверенность, философская разумность и нравственная плодотворность» свидетельствуют об истинности религиозных воззрений (James W., 1902). Применение функционального подхода к исследованию религиозности позволило на основании изучения религиозных ориентаций выделить внешнюю и внутреннюю религиозность (Allport G.W., 1967). Соответствующие типы религиозности оказывают непосредственное влияние на поведение человека. От особенностей формирования религиозной идентичности

во многом будет зависеть поведение эндогенных психических больных на этапе манифеста психического заболевания и последующей ремиссии (Ениколопов С.Н., Казьмина Е.А., 2019). Особенности психологического и социального взаимодействия больных с психическими расстройствами будет оказывать влияние как на психосоциальную реабилитацию (Борисова О.А., Казьмина О.Ю., Копейко Г.И., 2016), так и определять духовно-ориентированный компонент комплексной реабилитации эндогенных психических больных с наркотической зависимостью (Бабурин А.Н. с соавт., 2017). Таким образом, как внешние формы религиозного поведения, к которым необходимо отнести внешнюю обрядовую религиозную жизнь, соблюдение канонов и догматов вероучения, участие верующих в жизни религиозной общины, проявляющееся в их сплоченности, участии в совместном общении, взаимопомощь, эмоциональной поддержке и сочувствии, так и содержание внутренней религиозности, связанное не столько с внешним соблюдением традиций и обычаев религиозной жизни, сколько с осознанным отношением к совершению религиозных действий, ценностное и мировоззренческое принятие вероучительных догм и канонов, «сердечное» отношение к религиозным правилам, будут являться предметом рассмотрения в духовно-ориентированной терапии.

Создание условий для изменения как внешних проявлений религиозности, сопровождающееся освоением новых форм поведения и механизмов разрешения внутренних личностных конфликтов и противоречий, так и развитие внутреннего религиозного чувства является, на наш взгляд, задачей духовно-ориентированной терапии. В этом видится содружественность терапии с естественным процессом духовно-нравственного совершенствования человека. Гармонизация различных форм религиозной жизни может осуществляться в результате получения больным дополнительных знаний и опыта с выработкой новых механизмов религиозного совладания (Pargament K., 1997, Копейко Г.И. с соавт., 2019).

Другим важным направлением работы является «сердечное», глубинное преобразование личности, которое может быть достигнуто через «прощение» (понимается согласно модели REACH прощения: R – вспомни об обиде, E – посочувствуй обидчику, A – альтруистический дар, C – выбор прощения, H – удерживание прощения) (Worthington E. L., Jr. & Sandage S. J., 2016, Ферхаген П., 2019). Значимость пред-

ставляет добровольный активный отказ от собственных желаний и действий в пользу того, что считается соответствующим Божией воле (Wong-McDonald, A., Gorsuch, R. L., 2000).

Клинический случай. Пациентка православного мировоззрения, длительное время страдающая эндогенным психическим заболеванием с коморбидной полинаркоманией, неоднократно получала лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ и находится на постоянном приеме поддерживающей терапии (кветиапин, эсциталопрам, депакин) (подробно разбор представлен в сборнике научно-практической конференции «I Кандинские чтения», посвященной 170-летию со дня рождения В.Х. Кандинского, Чита, 6–7 июня 2019 года).

Ремиссия после стационарного лечения имела различную продолжительность от 6 месяцев до года. На фоне лечения отмечался социальный регресс – больная не имела постоянного места работы, личные отношения были ограничены кругом семьи и ближайших знакомых. Попытки больной профессиональной реабилитации на должностях, требующих высокой степени ответственности и коммуникативной активности (кредитный менеджер в банке, операционист в отделении банка) сопровождались рецидивом наркотической зависимости и обострением психической симптоматики.

Длительная духовно-ориентированная терапия в рамках комплексной конфессионально-ориентированной реабилитации была направлена на создание реалистичного образа собственного «Я», привлечение продуктивных стратегий религиозного копинг-поведения с опорой на личностно-значимые духовные ценности и изменение интерпретации ситуации, как поддающейся контролю. В беседах в рамках групповой работы усилия терапевта были направлены на трансформацию ценностных ориентаций больной, коррекцию межличностных отношений в рамках семейной системы, создание позитивного образа Бога.

На фоне проводимой терапии и групповых реабилитационных занятий отмечался период ремиссии на протяжении 6 месяцев. Больная согласилась на пребывание в течение недели в условиях православного монастыря. Предшествовавший этому пятилетний отказ был мотивирован страхом перед «трудовыми послушаниями» и «тяжелыми условиями жизни на приходе». В дальнейшем у больной возник конфликт с исповедовавшим ее приходским священником, который «запретил причастие» в результате «серьезных грехов, которые она не исправля-

ла». Больная испытывала сильную обиду на священника, чувство, что «Бог ее наказывает». Под влиянием внутренних противоречий больная вновь злоупотребила алкоголем, в то же время призналась на группе в совершенном действии, сказав, что «не желает продолжения алкоголизации». После групповых рекомендаций больная попросила прощение у близких за случившийся алкогольный рецидив, а также исповедовалась у окормляющего терапевтическую группу священника, в дальнейшем смогла причаститься Святых Таин, а в последующем исправить «греховное поведение». В настоящее время устроилась на работу в таксомоторный парк диспетчером.

Результаты. Духовно-ориентированная терапия у эндогенных психических больных с коморбидной наркотической зависимостью предполагает необходимость использования в комплексной терапии и реабилитации религиозных практик и мировоззрения. Организованная в условиях стационара терапевтическая группа предлагает пациентам обращаться к инструментам и методам, которые находятся за пределами профессиональных психотерапевтических границ. В работе с верующими больными хорошо себя зарекомендовали технологии, связанные с использованием религиозных копинг-стратегий и модели «прощения», в осуществлении которой принимали участие, как представители профессионального сообщества, так и священнослужители.

Мазаева Н.А., Головина А.Г.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ, СТИГМА И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ РАННИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Помощь подросткам, страдающим психическими расстройствами, невозможна в полном объеме без участия семьи. Лица до 18 лет в соответствии с законодательной базой РФ не достигли возраста эмансипации в юридическом смысле и не являются полностью дееспособными. Несовершеннолетние нуждаются в согласии родителей/опекунов для

проведения психиатрического освидетельствования, наблюдения психиатром, получения специализированной помощи, включая медикаментозную (за исключением экстренных случаев), в частности, когда речь идет о выписке рецептурных психофармакологических препаратов. Кроме того, именно семейное окружение полностью обеспечивает подростка, предоставляя ему жилье, пищу, одежду, снабжая его всем необходимым для получения образования (включая платные формы обучения, секции, кружки, курсы) и проведения досуга, а также удовлетворяет его повседневные бытовые потребности.

Родительская семья – основной институт социализации, образец, ориентируясь или отталкиваясь от которого, взрослеющая личность моделирует отношения с окружающими. Она может служить источником тепла и поддержки и/или конфликтов и претензий, выступает в качестве директивной инстанции, поощряя и наказывая ребенка. Ряд исследований свидетельствует о том, что семьи больных с психическими нарушениями нередко оказываются дисфункциональными, дисгармоничными, во многом за счет массивной наследственной отягощенности психическими заболеваниями, личностной патологией, аддикциями, что определяет тяготение к социально неприемлемым/неконструктивным паттернам поведения. Даже будучи формально благополучными, родители склонны предъявлять к больным, страдающим психическими нарушениями, противоречивые или заведомо невыполнимые требования, демонстрируя то чрезмерную авторитарность, то непоследовательность или малопримлемый для подростков коммуникативный стиль. Сами лица с психическими расстройствами на этапе adolescence также обнаруживают ряд особенностей и сложностей в сравнении со своими здоровыми сверстниками, например, во всех видах процесса сепарации от родителей («эмоциональном», «ценностном», «функциональном», «конфликтностном»). Это отделение оказывается не только запаздывающим, но и зачастую парциальным, искаженным. Так, обостренное стремление к отгораживанию, эмоциональному отдалению от семейного сообщества, оппозиционное поведение в отношении к родным сосуществуют с сохранением/усугублением бытовой зависимости от старшего поколения.

Подростки не способны в должной степени критически оценивать свое состояние, как в силу возрастной психологической незрелости, так и когнитивных особенностей, обусловленных психическим заболеванием,

Им необходима постоянная помощь семьи при проведении терапевтических вмешательств, в том числе, для объективной оценки состояния и его динамики, обеспечения регулярных визитов к врачу, контроля за выполнением медицинских предписаний, в частности, соблюдения кратности приема лекарственных средств, диеты, режима сна–бодрствования. При этом, имеются данные о том, что в отличие от взрослых больных, значительная часть (более 40%) подростков, страдающих психическими заболеваниями, ощущают себя стигматизированными в отношениях с родителями.

Значимую роль в получении родителями и другими членами семьи представлений о психических расстройствах, их проявлениях и динамике, важности терапии и возможных последствиях неоказания пациенту помощи играет психообразование. Помимо сведений о природе психических заболеваний и современных методах их лечения, близким больных необходимо предоставлять информацию о конструктивных / деструктивных вариантах семейного общения и возможности получения навыков, облегчающих взаимодействие с младшим членом семьи, в том числе, в ситуациях конфликта, при наличии у подростка определенной психопатологической симптоматики. Помимо получения теоретических знаний, занятия, проводимые в разных форматах (с членами одной семьи и мультисемейные, сессии лекционного типа и практические семинары, построенные в свободной форме), дают родственникам юных пациентов и им самим возможность пребывания в среде лиц с аналогичными проблемами и трудностями (Lee H., Schepp K.G., 2013). Это дестигматизирует участников подобных программ, способствует выработке адекватных способов коммуникации больных и родителей, позволяет убедиться в результативности прилагаемых ими усилий. Естественным образом участники получают новые возможности для общения, создания сети социальной поддержки. В отличие от предлагаемых для взрослых пациентов и их семей, подобные сессии для родителей подростков целесообразно планировать как более длительные, поскольку круг требующих обсуждения проблем заметно шире. Эта психообразовательная работа не может ограничиваться рамками лимитированного по времени курса. Пациентам и их родителям необходимо периодически совместно со специалистами проговаривать и решать вопросы, возникающие по мере проведения терапии, взросления подростка, появления новых ситуаций, осваивать оптимальные стратегии поведения в них.

Однако у семьи может отсутствовать энтузиазм к участию в таких вмешательствах в силу негативного опыта, приобретенного при общении с другими людьми, связанного с обвинениями в болезни подростка, недоброжелательностью и неприятием со стороны окружающих. По мнению родителей, иметь психически нездорового ребенка – это изнурительно, беспокоит, сопряжено с крушением надежд и одиночеством. «Физические болезни вызывают симпатию, а психические – непонимание».

Пациенты с началом болезни в ранний период жизни и ее пролонгированным течением оказываются лицом к лицу с проявлением дискриминации во всех сферах жизни и имеют более высокую степень интернализованной стигмы/самостигматизации, которая в последующем дополняется нетрудоспособностью и плохим исходом. Недавние исследования выявили строгую ассоциацию между плохим нейрокогнитивным функционированием и высокой самостигматизацией. Интернализованная стигма/самостигматизация может действовать как частичный медиатор между самоосознаваемым/субъективным когнитивным дефицитом и социальным функционированием и качеством жизни. При рано дебютирующей психической патологии подростки в силу более длительного дискриминационного опыта обнаруживают большую степень отчуждения и социальной изоляции в сравнении со взрослыми пациентами (Grover S. et al., 2019).

При несомненности позитивного вклада ранних терапевтических вмешательств в течение и исходы психической болезни страх перед стигматизацией, неизбежной при выявлении начальных признаков психического нездоровья, назначении лечебных мероприятий и всеобъемлющем клиническом сопровождении, затрудняет их проведение, вызывает психологический дистресс и нарушает процесс выздоровления. Информирование молодых людей о наличии у них повышенного риска развития психоза может как принести им облегчение и воодушевить к укрепляющему здоровью поведению, так и усилить стигматизацию в связи с добавлением психиатрического «ярлыка», вызывая негативные стереотипы, ассоциирующиеся с психозом.

Приблизительно только у 30–35% молодых людей, отнесенных к группе высокого риска по развитию психоза, такая трансформация имеет место в ближайшие 2–2,5 года, тогда как большинство подвергаются потенциальной стигматизации из-за угрозы состояния, которое может

никогда у них не развиться. Слова других о наличии у индивидуума повышенного риска, так же как и собственное умозаключение такого рода соотносится с усиленным ощущением стигмы и сниженным психологическим благополучием, изменением мнения о себе. Самомаркирование берет свое начало с того момента, когда индивидуум обнаруживает у себя зачастую непсихопатологические симптомы, которые расценивает как проявления серьезного психического неблагополучия и, возможно, формирующегося психоза. Наличие психической патологии в семье только усиливает эту убежденность. В последующем вынесение диагноза психического заболевания усиливает стигматизацию. Специальные программы, адресованные пациентам с повышенным риском психоза, должны концентрироваться на факторах, снижающих риск развития психоза, например, наличие сохранных когний, нахождение в более старшей возрастной группе, высокое социальное функционирование и ряд других. Не имеющие должной подготовки и недостаточно проинструктированные клиницисты при общении с пациентами из групп повышенного риска могут ухудшить их состояние, тогда как адекватно проводимые образовательные программы способны снизить уровень стигматизации больных. Необходимо также соблюдение фундаментальных принципов медицинской этики: автономия, справедливость, действие во благо и не причинение вреда.

Стигма оказывает значительное влияние на качество жизни больных с психозами, и службам психического здоровья следует с осторожностью относиться к диагнозу особенно у юных пациентов, допуская возможность ложно-позитивной диагностики. Диагноз шизофрении может вести к обнищанию, социальной маргинализации и плохому качеству жизни, снижая возможности больных обзавестись друзьями, а также найти и сохранить работу. В Европе трудовую занятость имеют 10–20% больных шизофренией. Стигма распространяется и на семью больного – ассоциативная стигма. Она имеет место в 86% семей, которые испытывают депрессию, чувство вины и стыда, пытаясь скрыть болезнь своих родственников. Дизраптивное поведение больных – наиболее явный предиктор высокой ассоциативной стигмы. Родственники душевнобольных зачастую думают, что было бы лучше, если их подопечные умерли, да и сами испытывают суицидальные мысли. Страх перед стигмой и негативные стереотипы среди подверженных повышенному риску развития психоза затрудняют проведение ранних

вмешательств. Индивидуумы, ощущающие себя стигматизированными, нередко исчезают из поля зрения психиатрических служб и, как следствие, могут подвергаться более частым рецидивам болезни или более тяжелому течению. Важная составляющая работы служб раннего вмешательства – вовлечение семьи подопечных на ранних стадиях болезни в психообразование, планирование лечения и терапевтические интервенции, включая бихевиоральную семейную терапию. Научно обоснована необходимость проведения возможно более ранних реабилитационных мероприятий, в том числе когнитивной ремедиации (McClellan J., Stock S., 2013).

Михайлов В.А., Якунина О.Н., Шова Н.И.

БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНЫЙ ПОДХОД В СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

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

Изучение микроклимата в семье, ценностных ориентаций ее членов, направлений личностного роста имеет большое значение для повышения уровня социальной адаптации взрослых больных эпилепсией. Благоприятные внутрисемейные отношения – фактор положительных психокорректирующих воздействий. Создание семьи и общение являются социально-значимыми, но чрезвычайно уязвимыми сферами жизни больных эпилепсией. Болезнь может вызвать серьезные нарушения в сферах социального функционирования. В тоже время напряжённость, неудовлетворённость в этих областях жизнедеятельности вызывает клиническую декомпенсацию пациентов. Эпилепсия – одно из сложных нервно-психических заболеваний, клиническая картина которого представлена различного вида приступами: судорожными, психомоторными, психосенсорными и др. Пароксизмальные состояния при эпилепсии имеют биологическую природу. Способ диагностики и лечения эпилепсии сочетает применение современных инструментальных методов

(ЭЭГ, МРТ, КТ и др.), клинико-психологическое исследование и наблюдение, подбор адекватной медикаментозной терапии и психосоциальных воздействий. Наличие приступов у кого-либо из членов семьи держит в постоянном напряжении и волнении всю семью.

При эпилепсии кроме пароксизмальных состояний в связи с болезнью могут развиваться различные непсихотические психические нарушения, в частности, изменения личности. При прогрессировании заболевания, эпилептизации мозга и ухудшении социального функционирования больного степень выраженности нарушений когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы нарастает. Основными чертами личности, которые затрудняют семейную адаптацию больных эпилепсией, являются обидчивость, раздражительность, сенситивность, эксплозивность, агрессивность, эгоцентризм, ригидность, ипохондричность. При длительном купировании приступов и компенсации болезненного процесса отмечается разная степень регресса личностных нарушений.

Исследование внутрисемейных отношений у больных эпилепсией с помощью Шкалы социального окружения (Куприянов С.Ю., 1985) позволило обнаружить в ряде случаев такие особенности как высокий уровень конфликтности, высокую степень открытого выражения гнева и агрессии, низкий уровень сплочённости. Атмосфера в семьях больных эпилепсией порой недостаточно проникнута чувством заботы и взаимопомощи, выражением чувства доверия и любви. В семьях больных эпилепсией более высок уровень социального контроля, реже выявляется ориентация на интеллектуально-культурные и эстетические ценности, а также на активный отдых (Якунина О.Н., 2010). Эти особенности формируются под влиянием болезни, которая вносит ограничения в образ жизни семьи. Микросоциальная компенсация больных в значительной степени зависит от особенностей личности здоровых супругов и их отношения к патологическим реакциям больных (Хижняков В.И., 1976).

Исследование социального климата семей как фактора риска суицидального поведения выявило, что у пациентов с эпилепсией суицидальные намерения связаны с показателями «уникальности» и «временной перспективы» (Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой). Здесь семейные взаимоотношения характеризуются высоким уровнем «контроля» и «организации», что указывает на строгие установки и правила в данных семьях, но, возможно ввиду «морального ис-

тощения» членов семей, приводит к повышенной экспрессивности. Воспринимаются «эмоциональные разгрузки» критически, что не укладывается в их жизненный уклад и, возможно, при определенном уровне стресса, способствует возникновению ситуации безнадежности.

Следует отметить, что существуют гендерные различия в реакции больных эпилепсией на стрессовые ситуации, в использовании механизмов психологической защиты и стратегий совладающего поведения. Женщины значительно чаще, чем мужчины используют такие механизмы психологической защиты как регрессия и реактивное образование. Это говорит о том, что женщины чаще, чем мужчины, бессознательно прибегают к «детским» способам реагирования с целью понижения тревоги или разрешения конфликта. У женщин в структуре когнитивного копинга преобладают реакции по типу диссимуляции и религиозности, а преобладающей стратегией поведенческого копинга являются обращение и отвлечение (Липатова Л.В., Якунина О.Н., Биленко Е.Н., 2018).

В связи с ограничением образа жизни и социально-психологическими трудностями у лиц, страдающих эпилепсией, возникают невротические реакции и неврозоподобные состояния. Больные эпилепсией порой подвергаются социальной дискриминации и социально-трудовым ограничениям, противоречащим их истинным возможностям, что прямо или косвенно отражается на взаимоотношениях в семье. По мнению М. Beassart (1980), больные эпилепсией испытывают затруднения не столько в связи со своей болезнью, сколько в связи с плохой ориентацией в ней общества. Именно стигму (выделение индивида по факту какого-либо негативного свойства) многие исследователи считают основным препятствием для улучшения качества жизни больных психоневрологического профиля (Кабанов М.М., Бурковский Г.В., 2000). В процессе стигматизации особое место занимает феномен самостигматизации (Link B.G. et al., 1977), оказывающий существенное влияние на степень адаптации больных эпилепсией, в том числе и в семье. Самостигматизация (аутостигматизация) – чувство стыда и ожидания больным дискриминационных мер, связанных с заболеванием (Scambler G., 1998), – патогномонична для эпилепсии, пожалуй, как ни для одного из нервно-психических заболеваний.

Становление ремиссии эпилептических припадков сопровождается положительной динамикой в системе отношений больного к себе, сво-

ему заболеванию и лечению (Михайлов В.А., Якунина О.Н., 2009). Эпилепсия – это не вина пациентов, а их беда. Понимание клинической картины заболевания, психологического статуса пациентов, глубокое уважение к этим людям, желание им помочь в трудной ситуации способствует улучшению качества их жизни.

О религиозности больных эпилепсией известно из художественной литературы и описании облика больных этим недугом психиатрами XIX века и современными авторами (Киссин М.Я., 2000; Калинин В.В., 2004; Громов С.А., 2004; Михайлов В.А., 2008 и др.). Сейчас некоторые из пациентов набожны и посещают церковь, участвуют в работе воскресных школ при храмах. Со слов пациентов, атмосфера богослужения влияет на их эмоциональное состояние, создает положительный эмоциональный настрой, успокаивает и умиротворяет.

Таким образом, исследование внутрисемейных отношений больных эпилепсией, особенностей их адаптации показали сложность этого процесса, его зависимости от клинических и социальных факторов. Результаты исследования являются основанием для разработки комплекса медицинских и социальных мероприятий, направленных на изменение отношения общества к лицам, страдающим этим заболеванием, рациональное использование их не востребуемых социальных и трудовых возможностей, а также на профилактику их самостигматизации и улучшения микросоциального климата в семье.

Машкова И.Ю., Семакова Е.В.

СЕМЕЙНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЕДЕНИЯ СЛУЧАЯ¹

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Смоленск, Россия
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет»,
Смоленск, Россия*

Проблема аддикций, по мнению, протоиерея Русской Православной Церкви, доктора медицинских наук, доктора богословия, Григория Игоревича Григорьева, «приобрела формы глубоко комплексной – духовной, душевной и физиологической – проблемы, по сочетанию масштабов и широты патологического диапазона природной деградации человека не имеющей себе равных». Выбор агента аддикции сегодня смещается в сторону компьютерных средств (Войскунский А.Е.; Воронов Д.И.; Егоров Д.И.; Котляров А.В.; Кузнецова Н.А.; Лоскутова В.А.; Мураткина Ю.Н., Юрьева Л. Н.; Goldberg I.; Griffiths M.D.; Hirsch E., Rodgers R.C.; Young K.S.). Успехи современной генетики и персонализированной медицины определяют вектор развития семейно-ориентированного подхода (Alhajji L, Nemeroff C.B.; Брюн Е.А., Михайлов М.А.), в контексте которого профилактика в аддиктологии рассматривается «как система управления рисками на основе генетического подхода» (Кибитов А.О., 2019). Такой подход может реализовываться с помощью метода «управления случаем» (case management), направленного на выявление потребностей конкретной семьи, планирование и скоординированное предоставление услуг и профилактических мероприятий междисциплинарного характера.

Целью настоящего исследования является обсуждение возможности дальнейшего теоретико-методологического обоснования семейно-ориентированной профилактики аддиктивного поведения у детей младшего школьного возраста с помощью метода «управления случаем».

¹ Исследование реализуется при финансовой поддержке РФФИ и Администрации Смоленской области в рамках научно-исследовательского проекта: «Семейная профилактика аддиктивного поведения у детей с нарушениями психического развития на основе нейрорпсихологического подхода» № 19-413-670004 а/р.

Структура кейса основана на междисциплинарном теоретическом конструкте аддикции, в построении которого использован психодинамический (Wurmser L.), системно-деятельностный (Выготский Л.С., Эльконин Д.Б., Венгер А.Л.), системный семейный (Боуэн М., Варга А.Я., Эйдемиллер Э.Г., Кулаков С.А.) и нейропсихологический подход (Лурия А.Р. и др.).

Факторы с генетической детерминацией (биологический домен) предопределяют общую функциональную незрелость и дисгармоничность в развитии психических процессов. Одной из возможных причин возникновения у личности компьютерной аддикции может выступить когнитивная неготовность переработки входящего потока информации и нарушение динамики системного построения высших психических функций (ВПФ) в онтогенезе в связи с неравномерной стимуляцией отдельных зон коры головного мозга под воздействием экранных стимулов. В психодинамической концепции «аддиктивной личности» выделяется «фобическое ядро» (Wurmser L., 1974), которое реализуется в специфических условиях семейной системы (психо-социальный домен).

Первичное невротическое ядро определяет непереносимость аффектов и дефицитарность межличностных отношений, для компенсации которых используется обращение к агенту аддикции. Для семьи аддикта характерен низкий уровень дифференциации, хаотический характер системной организации и симбиотические связи.

Дальнейшее становление аддиктивной идентичности взаимосвязано с неорганизованностью, трудностями в следовании долгосрочным целям (Richaud M.C., 2015), что может свидетельствовать о нарушениях формирования исполнительных психических функций (планирования и принятия решений). Условия семейной системы закрепляют аддиктивное синдромообразование. Компьютерная аддикция у младших школьников характеризуется следующими признаками: пристрастие к экранным гаджетам, которое выражается в стремлении использовать их в качестве способа получения удовольствия, снятия напряжения или предпочитаемой награды; наличие проблем адаптации, которые проявляются в эмоциональных, поведенческих или психосоматических симптомах; стойкие нарушения в одной из следующих сфер: коммуникации, обучение, социализация.

Реализация метода «управления случаем» осуществляется поэтапно: включение ребенка и семьи в систему междисциплинарной помощи,

диагностика и обсуждение первичных гипотез, выработка окончательных гипотез и составление индивидуальной программы помощи, реализация междисциплинарной программы помощи, оценка результативности реализации программы, завершение или модификация сопровождения ребенка и его семьи. Структура диагностической оценки кейса включает в себя оценку индивидуального развития на основе ведущей нейропсихологической модели (Ось 1), оценку социальной ситуации развития (Ось 2), идентификацию проблем, рисков, точек роста и системных ресурсов развития (Ось 3). Нейропсихологический диагноз интегрируется с имеющимися результатами клинической диагностики и оценкой индивидуальных особенностей социальной ситуации развития в условиях семейной системы.

Нами проанализированы материалы 22 собственных случаев комплексного клиничко-психологического консультирования семей, обратившихся в связи с проблемами поведения, развития и невротическими симптомами и признаками компьютерной аддикции у детей младшего школьного возраста (18 мальчиков и 4 девочки), реализованных с использованием case management в период с октября 2017 по октябрь 2019 года на базе Социально-психического центра ФГБОУ ВО «Смоленский государственный университет».

Предварительный анализ результатов оценки индивидуального развития (Ось 1) младших школьников с признаками компьютерной аддикции выявил наличие однонаправленных нейропсихологических изменений у детей с аддиктивным поведением, которые ранее А.Р. Лурия определил как квазипространственные. Квазипространственные нарушения сопряжены с психотерапевтическими проблемами формирования психологического и телесного «Я», границ и контактов и создают психофизиологическую основу «инфантильного невроза».

Диагностика социальной ситуации развития (Ось 2) включает в себя диагностику отношений в диаде «мать–ребенок» и оценку функционирования семейной системы в целом. Выявлены основные системные механизмы формирования и поддержания патологических паттернов: нарушение и тревога отделения в диаде «мать–ребенок», слабость или деструкция супружеской подсистемы, симбиотические вертикальные связи, недостаточность или нестабильность навыков формирующего воспитания, реактивный характер воспитательного воздействия. Можно говорить о дефицитности и социальной уязвимости семьи в целом, в

которой гаджет-коммуникации являются спонтанно выбираемом способом удовлетворения эмоциональных потребностей.

С учетом полученных в результате комплексного обследования данных формулируется системная гипотеза о взаимовлиянии, проблемах, ресурсах и точках роста развития ребенка в условиях семейной системы «Идентифицированный симптом» ребенка (Ось 3) выступает устойчивым способом поддержания семейной структуры. Необходимо отметить, что формирование паттернов аддиктивного поведения (компьютерная или экранная аддикция) в большинстве случаев находились в зоне «слепого пятна» членов семьи вследствие отрицания.

Риски развития компьютерной зависимости реализуются путем формирования возрастнo- и системно обусловленных адаптационных конфликтов на основе первичной личностной и системной дефицитарности. Стратегия профилактики направлена на расширение индивидуальной и семейной функциональности в сфере удовлетворения эмоциональных потребностей, повышении устойчивости к фрустрации, формировании осознанности и дифференциации. Это предполагает признание наличия адаптационного конфликта и обучение навыкам управления его составляющими, что достигается путем индивидуально-нейропсихологического развития и коррекции (которая частично реализуется с привлечением членов семьи), создания условий для развития интегративных психических функций (развитие навыков целенаправленной деятельности и самоконтроля, организация времени и пространства), оптимизации условий развития ребенка, развития социальных навыков и навыков выражения чувств, поддержания информационной безопасности и повышении коммуникативной эффективности, структурирования семейной системы путем восстановления баланса и иерархии, преодоления тревоги отделения в диаде «мать-ребенок» и выработке функциональной автономии.

Применение метода «управления случаем» позволяет реализовывать адресные мероприятия, разрабатывать модели междисциплинарного взаимодействия в семейно-ориентированной профилактике аддиктивного поведения у детей и способствует оздоровлению и повышению функциональности семейной системы в целом

Мошкова И.Н.

ДУХОВНОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ И ЛИЧНОСТИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПРАВОСЛАВНОГО ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА

АНО «Психологическая служба «Семейное благо», Москва, Россия

В течение тридцати последних лет, с момента вступления нашей страны в рыночную экономику, российское общество переживает глубокий и затяжной кризис семьи. В настоящее время накопилось множество социальных проблем, связанных с дисфункциональными семейными отношениями. Среди них: предпочтение «гражданских браков», огромное количество разводов, аборт, «социальных сирот» и детей-отказников. Во многих семьях имеют место факты домашнего насилия, алкоголизма и наркомании.

Отсюда следует, что необходимо целенаправленно возрождать христианские семейные ценности и традиции, опираясь на тысячелетний опыт душепопечения Православной Церкви. Мы убеждены в том, что большую положительную роль в решении данной задачи может сыграть семейное психологическое консультирование.

В свое время, 13 лет назад, по благословению Святейшего Патриарха Алексия II, была создана Автономная некоммерческая организация «Психологическая служба «Семейное благо», которая возникла по инициативе прихожан Храма иконы Божией Матери «Животворящий Источник» в Царицыне. Православными психологами, прихожанами Храма, в то время была разработана инновационная программа «Духовное здоровье семьи и личности», которая до последнего времени в течение 10 лет была успешно реализовывалась на базе Царицынского центра социального обслуживания. За период работы за консультативной помощью православных специалистов-психологов обратилось свыше 7500 человек, среди которых были воцерковленные и невоцерковленные посетители, миряне и священнослужители. Опыт работы АНО «Семейное благо» был освящен в многочисленных публикациях психологических научных журналов, церковной периодике, представлен в теле и радиопередачах, посвященных семейной тематике, а также в многочисленных дипломных работах студентов Сретенской Духовной семинарии, магистерских диссертациях студентов факультета психологии Российского православного университета святого Иоанна Богосло-

ва. Опыт работы АНО «Семейное благо» был положительно воспринят специалистами-психологами в других епархиях.

Специалисты-психологи АНО «Семейное благо» всегда опирались в своей профессиональной деятельности на христианское мировоззрение и представление о человеке как о высшем творении Божиим, созданном «по образу и подобию» Самого Творца. Вместе с этим, психологическая помощь посетителям всегда строилась на представлении о том, что «семья – есть малая, домашняя церковь», создаваемая для духовного совершенствования членов семьи и целенаправленного движения по пути ко Спасению. Психологи-консультанты и психотерапевты АНО «Семейное благо» всегда старались вести свою работу так, чтобы посетители получали не только квалифицированную профессиональную психологическую помощь, но и помощь духовно-нравственного характера, содействующую их последующему воцерковлению. Такой подход к работе получил название «духовно-ориентированного семейного психологического консультирования». В контексте современной церковной практики семейное психологическое консультирование может рассматриваться как новый вид миссионерского и социального служения Богу и людям.

Преимущество данного направления миссионерской деятельности, состоит в том, что православные специалисты соприкасаются с конкретными жизненными случаями и судьбами людей, и помогают им, исходя из имеющихся обстоятельств, построить не абстрактную, а личную «программу спасения семьи» от опасности распада и разрушения. Знакомясь с семейными проблемами, конфликтами и обидами людей друг на друга, православные специалисты-психологи имеют возможность, во-первых, терпеливо выслушать посетителей, во-вторых, распознать различные аспекты их семейной «некомпетентности», препятствующие объединению семьи в единое целое, а, в-третьих, сориентировать посетителей на поиск правильных решений в контексте православной семейной традиции.

Социальное служение православных специалистов-психологов предполагает оказание реальной практической помощи в решении сложных жизненных и семейных ситуаций. Основной задачей в этом случае, является психологическая поддержка людей в тот непростой момент, когда они бывают растеряны, испуганы или подавлены обстоятельствами. Специалисты хорошо понимают, что, не находя такой под-

держки в тяжелых жизненных испытаниях, люди ищут часто утешение в алкоголе, наркотиках, социальных сетях Интернета или в компьютерных играх. Становясь иллюзорными привычками избавления от стресса, эти склонности могут затем перерасти в состояния «психологической зависимости», от которых потом очень трудно избавиться.

Опыт психологического консультирования посетителей показывает, что только духовное просвещение людей, укрепление их православной веры и возрождение христианских семейных ценностей, – являются надежными формами защиты от ложных и иллюзорных форм существования людей в реальном мире. Однако, достигается это в настоящее время с большими трудностями по целому ряду причин. Назовем только самые главные.

Во-первых, современный человек, вооруженный современными электронными гаджетами, стал другим, он ощутил свое техническое и технологическое могущество, начал верить, что он, наконец, стал настоящим «хозяином жизни», абсолютно свободным в получении необходимой информации, самодостаточным и уверенным в себе. Вместе с этим, произошло закономерное укрепление человека в позиции гордости, эгоизма и самости, что отвратило его от восприятия духовных законов и истин, содержащихся в Священном Писании и опыте Церкви

В-вторых, вместе с попранием духовных ценностей, на первый план вышли ценности материальные: «деньги», «бытовой комфорт», «имущество». Они стали главным мерилом благополучия семейной жизни. Одновременно с этим, приобрели искаженную трактовку такие базисные понятия, как: «любовь», «брак», «семья», «семейное счастье», «дети», «мужчина», «женщина», «муж», «жена», «отец» и «мать» и другие, без которых немислима человеческая жизнь. Все эти драгоценные понятия стали пониматься упрощенно, формально; глубокий духовный смысл, заключенный в них, был заменен материальными атрибутами и функциональными признаками.

В-третьих, для большинства современных людей «семейное счастье» начало ассоциироваться с понятиями: «удача», «везение», «наслаждение» и «легкость», но никак не соотносится с понятиями: «труд», «дисциплина», «подвиг», – на которых настаивает Православная Церковь при упоминании о «духовно-здоровой семье».

В-четвертых, в условиях современной жизни наблюдается заметная трансформация, так называемых, «гендерных ролей». Мы видим, что в

последние годы неуклонно увеличивается количество обращений в психологическую консультацию, связанных с ситуацией «активная жена – пассивный муж». Данное обстоятельство порождает многочисленные семейные конфликты и взаимные претензии супругов, вследствие которых значительно возрастает субъективная неудовлетворенность браком, склонность к алкоголизации, домашнему насилию и угроза разводов.

Многолетний опыт работы убедил нас в том, что ключевым понятием для практической работы православных психологов является понятие «личность». Создать «духовно-здоровую семью» (или «семью как малую, домашнюю церковь») может только человек, стремящийся к достижению состояния христианской личности, готовый к подвигу добровольного жертвенного служения ближним с учетом специфики своего мужского и женского предназначения, определенного Замыслом Божиим. Вместе с этим, семья предстала перед нами как некое «духовно-нравственное и психологическое пространство», порождающее, формирующее личность человека, и, одновременно, выявляющее степень ее зрелости. Раскрывая этимологию слова «семья», можно сказать, что это та «духовно-психологическая среда», в которой закладывается «семя – Я», т.е. «ядро» человеческой личности.

На основе таких представлений становится понятным, что вступлением в брак и созданием семьи мы обретаем поприще своего христианского служения, совершенствования и духовного развития. В 2004 году на Архиерейском Соборе было сказано: «Семья – есть место подвига современного христианина». Совершая ежедневно этот подвиг, любой верующий человек имеет возможность явить свою православную веру, силу своей молитвы и ощутить реальную близость Божию. Брак, семья создают условия, в которых мы можем и должны непрерывно творить и созидать. Господь Бог попускает человеку столкнуться в семье с трудными обстоятельствами жизни, чтобы выявить творческий потенциал личности человека, его способность самоотверженно любить своих близких людей, духовно и нравственно расти и развиваться. Чем труднее и сложнее имеющиеся жизненные обстоятельства, тем больше у человека возможностей совершить надлежащий христианский подвиг.

Если человек сталкивается с трудностями, когда у него нет веры во Христа, это приводит его к душевной расслабленности, внутренней и внешней дезорганизации поведения. В этих условиях человек переживает мучительное ощущение внутренней недостаточности («комплекс

неполноценности»), а также навязчивое подсознательное стремление к выработке различных форм психологической защиты. Гордость человека, боязнь признаться в существовании субъективной слабости и неуверенности в себе, приводят его к компенсаторным защитным реакциям, вызывающим у окружающих людей ложное впечатление о его намерениях и поступках. Очень часто, болезненная неуверенность в себе приводит человека к агрессивному и внешне обвиняющему стилю поведения, из-за которого в семейной жизни человека часто возникают жестокие конфликты с близкими людьми. Характерно, что при этом, все члены семьи испытывают тягостные переживания, но каждый из них возлагает ответственность за происходящее на других людей, а сам пребывает в состоянии «жертвы» злой воли окружающих.

В связи с этим, православный психолог-консультант в рамках «духовно-ориентированного подхода» призван вывести человека, обратившегося за помощью, из состояния «жертвы» и помочь ему перейти в состояние «делателя» и «созидателя» своей семейной жизни, готового добровольно взять на себя «крест» исправления сложившихся конфликтных взаимоотношений. Специалистам-психологам важно показать посетителям, что наши отношения с людьми и, особенно наши супружеские отношения, являются неотъемлемой частью нашего служения Богу. Православная Церковь настраивает человека на терпеливое несение скорбей и болезней, семейных разногласий и обид, потому что через страдания и терпеливое несение жизненного креста наша душа очищается от грехов и обретает добродетели. В Евангелии приводятся слова Спасителя Христа: «Иго Мое благо и бремя Мое легко есть» (Мф. 11, 30).

Православная вера может наполнить трудный и даже почти распавшийся брак новым смыслом, значением и ощущением счастья. Православный психолог-консультант, опирающийся на христианские семейные ценности, может внести существенный вклад в дело возрождения духовного достоинства личности человека и восстановления его отношений с близкими людьми в кругу семьи.

Мошкова И.Н.

ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ, СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (ИЗ ОПЫТА СЕМЕЙНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ)

АНО «Психологическая служба «Семейное благо», Москва, Россия

Долгое время аддикция, или, по-другому, зависимость или пагубная привычка рассматривалась только в контексте воздействия психоактивного вещества – алкоголя или наркотиков на организм человека, и основное направление работы состояло в устранении этого разрушительного влияния. С течением времени была выявлена связь патологических зависимостей с личностными и психологическими нарушениями зависимых. При этом аддикция к ПАВ стала рассматриваться как биопсихосоциальное и духовное заболевание. При этом перечень возможных причин аддикции был существенно расширен

Отметим, что в Москве и в других регионах России в настоящее время под руководством протоиерея Алексея Бабурина, широко развернулась работа «Семейных клубов трезвости», основанная на идее профессора Владимира Худолкина о том, что для преодоления алкогольной и наркотической зависимости требуется применять «комплексный, интеграционный и междисциплинарный подход». Аддикция, по мнению профессора В. Худолкина, представляет собой нарушение «антропологической духовности».

Накапливая опыт православного семейного психологического консультирования, мы пришли к некоторым важным выводам.

1. По учению Церкви, нравственное самоопределение человека предполагает всего две возможности: либо «движение вверх» к полюсу благодати Божией, либо – «движение вниз», к замыканию и сосредоточению на самом себе. В то время как в первом случае, человек устанавливает отношения «синергии» к Богом, ближним своим и окружающим тварным миром, а также учится постоянно пребывать в любви и согласии с духовными законами бытия, установленными Отцом Небесным, – то во втором случае, человек стремится избежать необходимости следовать каким-либо нравственным принципам и нормам поведения, считая их условными и необязательными, ошибочно полагая, что он может

сам, по своей воле определять, что для него «хорошо» или «плохо», «полезно» или «вредно». Если в первом случае, человек постепенно духовно развиваясь, укореняется в Боге и приобретает (говоря богословским языком) «личностный способ бытия», то во втором случае, – останавливается на «способе бытия индивидуальности», замкнутой на себе и отгороженной от остального мира.

2. На основании теоретических исследований, выполненных отечественными психологами еще в советский период, и, прежде всего, исследований С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, Б.Г. Ананьева, и др., – представляется возможным описать жизнедеятельность человека при помощи выделения четырех основных структурных уровней или блоков: «цель», «проект», «план», и «результат». Каждый из этих уровней отвечает на определенные вопросы: «цель» – на вопрос «ради чего совершается деятельность и каковы должны быть свойства достигаемого конечного результата?»; «проект» – на вопрос: «каков общий замысел достижения заданной цели и предварительная модель конечного результата деятельности»; «план» – отвечает на вопрос: «каким способом следует действовать, чтобы достичь заданного результата деятельности?»; наконец, «результат» – отвечает на вопрос «каков конечный итог осуществляемой деятельности?». Если с первой попытки желаемый результат не достигается, в процесс деятельности вносятся определенные коррективы, на уровне «плана», «проекта» или «цели», пока поставленная задача не будет решена полностью.

Благодаря использованию четырехуровневой структуры жизнедеятельности человека, можно выделить также четыре компонента, при помощи которых можно охарактеризовать личностную уникальность человека: «духовно-нравственные качества», «социокультурные качества», «индивидуально-психологические качества» и «деятельностные или поведенческие качества».

3. С помощью психологического инструментария, указанного выше, постараемся теперь описать типичные черты человека, склонного к формированию аддикции к ПАВ.

4. Как показывают консультации, людям, страдающим зависимостями, свойственны некоторые индивидуально-психологические особенности. Как правило, им свойственен холерический темперамент. На основе нестабильного холерического темперамента, вызывающего эмоциональные колебания, формируется, так называемый лабильно-

истероидный-демонстративный тип личности, для которого характерно стремление пребывать в центре внимания окружающих людей. Такие люди, как правило, всегда становятся «душой компании»: подвижные, словоохотливые, легкие на подъем, дружелюбные и компанейские, – они легко находят общий язык с окружающими. Общаться с ними можно часами на разные темы, но в целом, они достаточно поверхностны в своих суждениях и несамокритичны. На уровне выделения социокультурных качеств приходится отмечать такие черты: инфантилизм, неустойчивую самооценку, культурное недоразвитие, «размытую» иерархию ценностей, безответственность и беспринципность, нарушение полоролевой идентификации. Очень часто мужчины, с пристрастием к алкоголю, – слабохарактерны, нерешительны и безвольны, что говорит об их «феминизации». А женщины, страдающие зависимостями, напротив, обладают склонностью к «маскулинизации» и часто доминируют над мужчинами в семье. Нередко доминирующая жена провоцирует формирование алкогольной зависимости у мужа, который психологически слабее своей супруги. Эти люди довольно демонстративны: если смеются – громко хохочут, если обижены, – в открытую проявляют свою неприязнь и недовольство. Очень часто они вспыльчивы, задиристы, а под влиянием алкоголя нередко даже агрессивны, но при этом они не являются стойкими «борцами за справедливость», поскольку внутренне они довольно боязливы и ранимы, а также очень болезненно реагируют на критические замечания окружающих. На духовно-нравственном уровне приходится отмечать довольно отчетливо выраженный эгоизм, эгоцентризм, стремление к самоутверждению, стремление «нравиться» окружающим, получать все возможные удовольствия от жизни (гедонизм) и находить выгодные для себя решения (прагматизм). С точки зрения антропологии, такой способ жизни был назван нами бытием «индивидуальности», при котором человек ищет для себя простых, легких и удобных решений. На поведенческом уровне или уровне практической жизнедеятельности у людей, склонных к аддикции, наблюдаются такие черты: склонность ко лжи и манипуляциям, недисциплинированность, непостоянство начинаний, склонность к лени. Эти люди редко доводят начатое дело до конца, а также очень часто дают пустые обещания, не подкрепляемые практическими делами. Положиться на этих людей нельзя, воля их ослаблена, они склонны «уходить» от участия в реальной жизни, предпочитая жить иллюзиями

о своей значимости. Именно поэтому эти люди, как правило, не удерживаются в трудовых коллективах, не могут сделать профессиональной карьеры, хотя для этого достаточно способны, поскольку их часто увольняют за нарушение дисциплины.

5. Все сказанное выше свидетельствует о том, преодоление аддикции к ПАВ требует разработки комплексной программы профилактики и реабилитации, в которой должны учтены проблемы различных уровней: духовно-нравственного, социокультурного, психологического и поведенческого. Решение данной задачи особенно актуально, если мы говорим о молодежи.

Решающий вклад в лечение зависимых людей вносит именно духовно-нравственный уровень, поскольку он призван устранять «нарушения антропологической духовности» в структуре жизнедеятельности человека, активизировать самосознание человека и привести к усвоению подлинных смыслов и ценностей человеческой жизни. Очень важно, чтобы на этом уровне было оказано содействие в становлении здоровой, христианской мотивационной направленности жизни и формировании у человека ответственности за свою судьбу и поступки.

Вторым по значимости является социокультурный уровень, который содействует усвоению культурных норм и семейных традиций, в качестве ориентиров для личного поведения человека и межличностных отношений. Большое значение на этом уровне имеет освоение мужского и женского предназначения и правильной реализации семейных ролей. Как показывают наши консультации, многие молодые люди почти ничего не читают, а также слишком далеко ушли от правильного понимания христианских семейных ценностей. Хорошо известно, что супружеские конфликты провоцируют употребление алкоголя и наркотиков.

На третьем уровне, где выявляются индивидуально-психологические особенности человека, важное значение имеет формирование навыков саморегуляции психоэмоционального состояния человека и предотвращение нервно-психических срывов. В современных условиях, когда семья и школа практически полностью сняли с себя задачи воспитания детей, подростков и молодежи, а сами ребята по многу часов проводят в Интернете и в социальных сетях, их психическая напряженность не только не снимается, но напротив, еще более увеличивается. Вследствие этого, личностное становление молодых людей запаздывает или приобретает уродливый, агрессивный характер. В результате, мно-

гие молодые люди становятся не только склонны к аддикциям, но и к выраженным агрессивным или даже террористическим поступкам («керченский стрелок»).

Наконец, на поведенческом уровне важное значение имеет приобщение человека к профессиональной или какой-то иной созидательной трудовой деятельности. Трудовая занятость человека помогает избавить зависимого человека от праздности и душевной опустошенности, помогает формировать конструктивные мотивы поведения. К сожалению, в современных условиях рыночной экономики молодым людям крайне сложно устроиться на работу, не имея начального опыта профессиональной деятельности.

6. Вспомним, что подобные комплексные реабилитационные процедуры осуществлялись в конце XIX – начале XX века в «Доме трудолюбия», созданном св. прав. Иоанном Кронштадтским. В структуре «Дома трудолюбия» люди учились молиться, работать в трудовых мастерских, обучались грамоте, посещали Воскресную школу и библиотеку, питались в благотворительной столовой и имели возможность получить помощь врача, обрести ночлег в приюте. Те, кто был готов посещать Храм, и получали также и пастырские наставления от о. Иоанна. Посещение «Дома трудолюбия» было важной первой ступенью духовного просвещения, социокультурной, психологической, трудовой и поведенческой реабилитации людей, страдающих от алкоголизма, на пути становления у них христианского образа жизни.

Мне кажется, что, если бы в современном российском обществе могли бы создаваться подобные «Дома трудолюбия» или реабилитационные центры, позволяющие решать вопросы трудового воспитания, развития личности и духовно-нравственного просвещения, – то молодых людей, стремящихся вернуться к трезвому образу жизни, стало бы значительно больше

Настасич Петар

СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ (ИЗ ОПЫТА «БЕЛГРАДСКОЙ ШКОЛЫ АДДИКТОЛОГИИ»)

Высшая школа социологии, Белград, Сербия

Основанием системно-групповой семейной терапии алкогольной зависимости в Белградской школе аддиктологии является социально-психиатрическая парадигма, базовыми элементами которой являются медицинская модель аддиктивного поведения, психодинамическая ориентация и социальное направление в психиатрии. Социально-психиатрическая парадигма была сформулирована в 1963 году, когда в Белграде был образован институт психического здоровья. Тогда же создан социально-терапевтический клуб для больных, страдающих алкоголизмом и находящихся на лечении. Уже в конце 1970-х годов к участию в клубе, и, соответственно, в программе лечения стали привлекаться ближайшие родственники (жены, дети) больного, а также другие члены его семьи, участники профессионального сообщества. Результатом подобной деятельности стало создание амбулаторной программы помощи больным алкоголизмом на базе семейной терапии (1978).

В терапевтической модели семейной амбулаторной реабилитации использовались положения общей теории систем, а психообразовательные мероприятия проводились как индивидуально с пациентом, так и с членами его семьи. Несколько семей пациентов объединялись в терапевтические группы, которые принимали участие в долгосрочной терапии на фазе стабилизации проблемы. В основе групповой работы лежала концепция терапевтического сообщества и идея социально-терапевтических клубов как формы длительного лечения или восстановления. Концепция семейной системной терапии в «Белградской школе аддиктологии» предполагает понимание процессов системного равновесия, в котором сосуществуют как феномены морфогенеза, так и гомеостаза. Важнейшим положением концепции является осознание патологических отношений, приводящих к формированию «неадекватного семейного гомеостаза». Подобные отношения лежат в основе «процессов адаптации семьи и всей семейной системы к алкоголизму».

Согласно представлениям Белградской школы адиктологии у каждой семьи в терапии имеются свои специфические адикции. Процессы формирования адикции не могут рассматриваться вне целостного представления о семейных взаимодействиях. Адикция оказывает влияние на изменение зависимого человека в результате «внутреннего» (нейробиохимического) процесса в организме. История развития терапевтических концепций в лечении заболеваний зависимости в Белграде и Сербии указывает на очевидное существование процесса, приводящего к подобным изменениям. Но также неизбежно возникают экосистемные метаморфозы, проявляющиеся как на протяжении времени, так и в среде, в которой человек живет и работает. Экосистемные процессы оказывают значительное влияние на личностные качества отдельных людей, на их семейное функционирование и социальное взаимодействие, уровень взаимодействия в профессиональной среде, а также особенности обнаруживаемых проблем психического здоровья. Таким образом, необходимо использование терапевтической модели, в которой, по-видимому, должен применяться не только лишь медицинский или психиатрический подход, но также должны учитываться изменчивость и индивидуальные особенности личности человека.

Новиков Е.М., Соболев Е.М., Пархоменко А.А.

РОЛЬ ИМПРИНТИНГА В НАРКОЛОГИИ

ФГБОУ РМАНПО МЗ РФ, Москва, Россия

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) является одной из важнейших медико-социальных проблем не только в России, но и в других странах. Зависимость от ПАВ – заболевания со сложным и многофакторным этиопатогенезом.

В настоящее время подавляющее большинство исследователей в области психиатрии и наркологии (Иванец Н.Н., 2008, Брюн Е.А, Кошкина Е.А и др., 2018) в формировании зависимости от ПАВ учитывают комплекс факторов, главными из которых являются социально-средовые, личностные и биологические. Рассматривая социально-средовые факторы, как благоприятную почву формирования зависимо-

сти от ПАВ следует коснуться очень важной роли в генезе этих заболеваний, а именно роли семьи. Как справедливо отмечено «семейные традиции могут навязать личности потребление алкоголя как единственный способ не только отмечать особые события жизни, праздники, но и как способ реагирования на многие другие события в обыденной жизни – печальные и радостные, значительные и незначительные. т.е. формировать стереотипы поведения, отвечающие сложившимся традициям» (Завьялов В.Ю., 1988). Сложившаяся клиническая практика показывает, что формирование наркологических заболеваний действительно происходит таким образом. В связи с этим возникает вопрос – почему так происходит? Что лежит в основе этого явления? На наш взгляд в основе этого явления лежит феномен импринтинга – запечатления, открытый австрийским учёным этологом, лауреатом Нобелевской премии Конрадом Лоренцом (1935).

Импринт от английского *imprint* – запечатлевать, оставлять след. Д. Майнарди в своём труде «Рождение и импринтинг» (1980) даёт следующее определение: «Импринтирование дословно «впечатывание» – это бессознательное формирование конкретного впечатления с прилагающийся эмоциональной нагрузкой, которая может быть довольно объёмной, сложной и может оказывать решающее влияние на дальнейшие реакции личности, формирование её ценностных приоритетов и, в конечном счёте, на её поведение в целом. Д. Майнарди рассматривает импринтинг, как форму обретения устойчивых навыков, которые остаются неизменно запечатлёнными на протяжении всей жизни. В психологии импринтинг – это механизм запечатления образов, впечатлений, совокупности убеждений, которые были восприняты в определённый критический период развития, Эти образы впоследствии превращаются в устойчивую поведенческую программу. По данным Расницкой периоды развития мозга и ипринтинг тесно связаны (Раснициной М.С., 2014). Так первый блок мозга человека (рептильный мозг, верхние отделы ствола головного мозга) формируются на 70–80% в период беременности, а заканчиваются примерно к концу первого года жизни. Именно в этот период формируется привязанность к матери и ближайшим членам семьи. Формирование второго блока мозга (мозгового ствола, промежуточного мозга и медиальных отделов коры происходит с 3-х до 7–8 лет. В этот период ребёнок осваивает свою гендерную принадлежность. Особо надо отметить роль «значимого взрослого», как объект привяз-

занности и его влияние на дальнейшую жизнь ребёнка. Третий блок мозга (моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга) отвечает за программирование, регуляцию и контроль за протеканием психической деятельности. Период его формирования начинается в раннем подростковом возрасте (9–12 лет), имеет активную фазу в период (14–16 лет) и продолжается в той или иной мере до 20–25 лет. В этот период объект импринтирования целиком смещается за пределы семьи, чаще всего это многообразные неформальные группы, объединения. Этот период может быть и временем попаданием подростка в группу риска – началом формирования зависимости от ПАВ.

Целью данного исследования являлось выявление и изучение наиболее значимых событий, оставивших след в памяти больных, злоупотребляющих ПАВ (алкоголь, наркотики, токсикоманические средства – табак. В процессе исследования тщательно изучался анамнез больных, особенно периоды детского, подросткового и юношеского возраста. Фиксировались события как позитивные, так и негативные.

Были изучены две группы больных – больные с алкоголизмом, и больные с героиновой наркоманией. Следует отметить, что зависимость от табака в обеих группах была абсолютной, т.е. курили все больные алкоголизмом и 35 человек героиновой наркоманией, 2 человека токсикоманией.

Первая группа – больные с зависимостью от алкоголя – 76 человек, среди которых у 62 была диагностирована 2 стадия алкоголизма, у 9 больных 3 стадия, и у 5 – 1-2 стадия заболевания, возраст больных со 2 стадией заболевания был в пределах 32–40 лет, возраст больных с 3 стадией был в пределах 42–50 лет, у 5 больных возраст находился в диапазоне от 25 до 30 лет.

У подавляющего большинства больных – 57 человек длительность заболевания составляла от 7 до 12 лет. У исследованных больных не отмечалось выраженной соматической отягощенности. Обращала на себя внимание высокая наследственная отягощённость. Так у 32 больных алкоголизмом страдали отцы, у 17 близкие родственники чаще по материнской линии, наследственная отягощённость по такой патологии, как расстройство личности, отмечалась у 17 пациентов.

У второй группы больных – 37 человек была зависимость от ПАВ, среди которых у 35 диагностирована героиновая наркомания развернутая 2 стадия заболевания, у 2-х больных – токсикомания. Возраст боль-

ных этой группы был в пределах от 18 до 27 лет, длительность заболевания составляла от 1,5 до 5 лет. Наследственная отягощённость по алкоголизму отмечалась у 14 больных, наркоманиями у 5, расстройствами личности у 22 больных.

В процессе изучения анамнеза больных акцент исследования импринтинга был сосредоточен на возрастных периодах: 3–7 лет; 8–13 лет; 14–18 лет. Вместе с тем отмечались единичные случаи, когда запечатление происходило и в более поздние возрастные периоды 20–27 лет – 9 случаев, при этом нами выявлена интересная закономерность, суть которой сводилась к следующему: Феномен импринтинга у больных, с проявлениями незрелости особенно в эмоционально-волевой сфере проявлялся не только в ранних возрастных группах, но и в зрелом возрасте.

Что касается феномена запечатления событий, то следует отметить несколько важных моментов – возраст запечатления, характер и содержание запечатлённых событий.

Так, в возрастном периоде 3–7 лет, запечатлелись события как позитивные – теплота и любовь близких, покупка игрушек, (в том числе и гаджетов) детские праздники, игры со сверстниками поездки с родителями на море, подготовка к школе, появление домашних животных, так и отрицательные – болезнь и смерть родных старшего поколения, скандалы родителей, пьянство отца, физические наказания за проступки, обиды на «несправедливость», болезни и физические травмы. Надо сказать, что запечатлённые отрицательные события в этой возрастной группе сопровождались бурными эмоциональными реакциями и под влиянием различного рода психогений «оживали» в сознании больных и переживались, как только что свершившиеся. Таким образом, импринтированию подвергались события наиболее значимые, эмоционально окрашенные.

В возрастном периоде 8–13 лет импринтингу подвергались чаще негативные явления, такие, как пьянство и агрессия отца, конфликты в семье, разводы родителей, проблемы в школе, конфликты с друзьями, отсутствие жизненной перспективы первый негативный опыт потребления табака и алкоголя (состояние острого отравления алкоголем и табаком). Следует отметить, что, несмотря на субъективно негативный опыт потребления алкоголя, табака у подавляющего большинства изученных больных, эффекты от этих ПАВ запечатлелись уже без особого

драматизма, а наоборот, как обязательный атрибут жизни, как показатель взрослости, мужественности, «свободы и радости», «общения и дружбы», решения многих жизненных проблем. Из положительных явлений в этой возрастной группе оставляли «след» такие события, как приобретение гаджетов, вождение машины, мотоцикла, коллекционирование марок, монет, жизнь в спортивном лагере, туристические походы, изучение восточных единоборств, первые спортивные успехи, первые понравившаяся девочка. Именно в этом возрастном периоде дети, подростки начинали копировать отца, или человека, который постоянно был с ними рядом, усваивали стиль поведения, жестикуляцию, походку, привычки, выражения, а нередко и ненормативную лексику.

Наиболее сложным в оценке импринтинга был период 14–18 лет, когда влияние родительской семьи на подростка, юношу постепенно утрачивалось и решающими в феномене запечатления была среда, в которой большую часть времени проводил подросток, а так же мировоззрение, стиль поведения, поступки и высказывания близких друзей. Особое влияние на процесс запечатления оказывала среда неформальных объединений и особенно тех, где употребление ПАВ было явлением обычным и даже обязательным, В этих случаях эффекты от ПАВ, в частности от наркотических средств, оставляли неизгладимый след и ассоциировались как «счастье», состояние «необычных возможностей», способ решения любых проблем. В этом возрастном периоде наиболее часто запечатлению подвергалось окончание школы, первая любовь, первый сексуальный опыт, поступление в высшие учебные заведения или колледж, начало трудовой деятельности, призыв на военную службу. Как не странно, парадоксальным в этой возрастной группе было отношение подростков, юношей к таким негативным проявлением в семье, как пьянство и агрессия отца, конфликты в семье, унижение матери, грубость по отношению к пожилым, иждивенчество, эгоцентризм, которые ещё в недавнем времени воспринимались отрицательно. Теперь же эти явления становились для них обычными, или воспринимались как норма жизни.

Таким образом, феномен импринтинга привлекает внимание специалистов в различных областях знаний и является актуальным для расширения понимания проблем формирования зависимости от психоактивных веществ и других форм асоциального поведения.

Содержание запечатлений связано с кризисными периодами формирования психической деятельности индивидуума. Наиболее яркие картины запечатления как позитивной, так и негативной направленности формируются на первом этапе развития психической деятельности (3–7 лет). При этом запечатления негативного опыта приобретают у ребёнка отрицательное отношение. В дальнейшем, особенно в возрастном периоде (14–18 лет) негативные образы запечатления утрачивают отрицательную окраску, остроту и, нередко, неосознанно начинают восприниматься, как «нормальное» явление, как норма поведения.

Важную роль в процессе запечатления играет микросоциальная среда – родители и близкие родственники. С возрастом роль семьи, как источник запечатления, постепенно нивелируется и всё большее значение приобретают стереотипы поведения окружающей среды (сверстники, неформальные объединения, отрицательные лидеры, романтизация в СМИ образа негативных героев и отрицательных форм поведения), что создает предпосылки для формирования асоциальных форм поведения.

Явления импринтинга, особенно отрицательных запечатлений не следует рассматривать, как фактор с фатальной неизбежностью формирования зависимости от ПАВ, а только как почву, получающих своё развитие под влиянием негативных факторов семьи, и других социальных институтов.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОДУХОВНЫЙ ПОДХОД КАК БАЗОВАЯ ТЕОРИЯ ПСИХИАТРИИ

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,
Самара, Россия*

Переживая кризис, отечественная психиатрия вольно или невольно обратилась к теоретическим вопросам науки. К сожалению, в новом столетии увидел свет ряд руководств, включая национальные, которые избегают теоретических (методологических, философских) вопросов науки (метанауки, дисциплины, специальности). Дискуссия преимуще-

ственно касается предмета (и частично содержания) психиатрии, места среди естественнонаучных и гуманитарных (аксиологических) наук (Незнанов Н.Г. с соавт., Полищук Ю.И., Савенко Ю.С., Ткаченко А.А. и многие другие), что особенно важно в текущий период «экспансии» неврологов в психиатрию, скрытой антипсихиатрии во врачебном сообществе и гражданском обществе.

Цель работы – с позиций философии и методологии науки рассмотреть практическое значение биопсихосоциальнодуховного подхода (метод, теория) (далее – БПСД).

Не вступая в дискуссию с В.С. Савенко (2018) с позиций верификации и фальсификации К. Поппера и соглашаясь по ряду положений с историческими аспектами БПС-модели, остановимся на преимущественно практическом значении БПСД-теории.

БПСД-теория (модели, подхода) возникла в гуманитарных (аксиологических) науках, в том числе психиатрии, где ценностью выступил Человек как целостность (а не части (органы, система) и не сумма частей). К сожалению, большинство медицинских наук (дисциплин) носят «организменный (органный) характер» (предмет дисциплины).

Психиатрия – своеобразная медицинская наука (смежная, междисциплинарная, многослойная по Ю.С. Савенко), включающая естественнонаучную и гуманитарную (в первую очередь, психологическую) парадигмы, разделы которой в разной их пропорции включают эти парадигмы, создавая кризис теоретический и практический, вне профессионального сообщества и внутри его. Кризис позволяет отдельным специалистам говорить о необходимости «растворить» психиатрию в неврологии («болезнях мозга»).

Предмет науки – референтный, а не ментальный или языковой уровень науки, т.е. это то, что она изучает (Канке В.А., 2008). Базовым подходом психиатрии к человеку (больному и здоровому) является антропологический и биопсихосоциальнодуховный, то есть холистический (целостный). Предмет психиатрии – патология (расстройство, болезнь, дисфункция, дефект) психической функции (деятельности) головного мозга, а, следовательно, и его дисфункция (поражение, аномальное развитие) на генетическом, физико-морфологическом, биохимическом, нейрофизиологическом и других биологических и (пато) психологических уровнях у человека (индивида, субъекта, личности).

Психиатрия – самостоятельная медицинская наука, имеющая самостоятельный (отдельный) предмет, который больше не изучает ни одна другая наука (в том числе, медицинская) и свой метод исследования – клиничко-психопатологический. Стержнем являются общая психопатология и частная психиатрия, т.е. клиническая психиатрия, которая присутствует во всех разделах психиатрии.

Структура БПСД-модели включает в себя организм с головным мозгом, с его генетической и другой индивидуальностью; развитие поведение и психику; микро- и макросоциум и духовность. Последнее вызывает обилие критики и непризнание.

Духовность предстает, в первую очередь, в религии, во вторую – в науке. В научном плане её можно назвать «информационностью», но это отдельная тема дискурса.

Теории помимо научных, языковых и ментальных концептов должны иметь выражение в практике – «деятельности, состоящей в постановке и достижения целей» (Канке В.А., 2008).

По нашему мнению, эти подходы и принципы используются и в постановке функционального диагноза в психиатрии.

Холистический подход в диагностике включает в себя три диагноза: биологический диагноз (соматический, «органный» диагноз, «болезнь мозга»), психологический диагноз и социальный диагноз, которые вместе составляют функциональный диагноз (Коцюбинский А.П. с соавт., 2011–2019). В нём учитываются как индивидуальные особенности организма и органа (мозга), так и индивидуальность психики субъекта деятельности и личности пациента и особенности его микро- и макросоциума.

Еще одним важным постулатом функционального диагноза являются «адаптационно-компенсаторные механизмы» его составляющих в формировании как соматических, неврологических, так и психопатологических симптомов и синдромов заболевания.

В частности, междисциплинарный характер диагностики, например, синдрома деменции, при более чем ста соматических заболеваниях не вызывает сомнений. Проблема в том, что при холистическом диагностическом подходе на невролога (ранее на врача общей практики) приходится биологический (неврологический, морфологический) диагноз, а на психиатра – как частично биологический (психопатологический), но-зологический (единый у неврологов и психиатров), так и психологиче-

ский диагноз, который формируется совместно с клиническим психологом, и социальный диагноз. Только при их единстве возникает функциональный диагноз, например, деменции (синдромальный и нозологический), особенно важный на лечебно-реабилитационных, адаптационных и социально-реабилитационных этапах.

Базовые биологические характеристики биологического диагноза включают в себя генетические, органические и иммунно-эндокринные, лабораторные и параклинические исследования. Из них формируются клиничко-соматический (неврологический) и клиничко-психопатологический синдромальные диагнозы, в диапазоне от непсихотических до психотических, от позитивных до негативных, последние, – собственно при прогрессивном течении болезни.

Психологический диагноз, по мнению А.П. Коцюбинского, – «результат исследования аспектов структуры личности пациента и особенности его функционирования с целью выявления уникальных психологических особенностей больного, уточнения клиничко-психологической структуры нарушений и потенциала их восстановления», а также активного участия во вторичной и третичной профилактике, формирования копинг-стратегии поведения в борьбе с дезадаптацией и декомпенсацией проявлений болезни и повышения качества жизни в болезни и ремиссии.

Психологический диагноз может быть основой оптимального профессионального самоопределения личности пациента, а в клиничко-медицине способствует как клиничко-диагностике болезни (расстройства), так и решению диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

При нарастающем развитии психодиагностики как раздела психологии, задачи и их практическое исполнение в мышлении психологического диагноза остаются плохо разработанными как с позиций собственно психологии, так и с позиций клиничко-медицины и клиничко-психологии. Между тем, именно психологический диагноз позволяет, с одной стороны, поставить и провести дифференциацию клиничко-диагноза, со второй – понять роль пациента в практической деятельности врача и медицинского учреждения, с третьей – решить отдельные вопросы реабилитации и терапии, а также прогноза и последующей превенции.

Социальный диагноз включает в себя социальные характеристики личности (социальный статус и межличностные конфликты), социаль-

ные компетенции и внешние социальные ресурсы (семья и внесемейные окружения и отношения).

Составляющие функционального диагноза оказывают как конструктивное, так и деструктивное влияние как на диагностику, так и на все этапы реабилитации, вторичную и третичную превенцию.

В организационно-правовом поле функционального диагноза в психиатрии предусмотрена и работает полипрофессиональная бригада, в которую входят врач-психиатр, психотерапевт, клинический психолог и социальный работник (психолог), участвующие во всех этапах диагностики и реабилитации.

Итак, методологическое уточнение составляющих функционального диагноза в психиатрии на основе междисциплинарности с учетом БПСД-подхода позволяет утверждать к текущему времени, что существует научно-обоснованная, ориентированная на единую антропологическую холистическая концепция в клинической психиатрии (возможно, в медицине) преимущественно при затяжных и хронических соматических, неврологических и психических расстройствах (заболеваниях), которая практически реализуется в постановке функционального диагноза.

Назрела практическая необходимость в проведении институционального дискурса («круглого стола») по дальнейшему формированию теоретических (пусть гипотетических) разработок в психиатрии как науки с последующей пролонгацией на другие клинические дисциплины.

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

ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ И ЛИЧНОСТИ В СЕМЕЙНОМ АСПЕКТЕ

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,
Самара, Россия*

ФГБУЗ СО «Самарский наркологический диспансер», Самара, Россия

Человек рождается как биологический индивид с головным мозгом, который может приобрести поведенческие и психические функции в микро – (полной семье) и макросоциуме. По мере развития индивида

первыми появляются поведенческие функции, связанные с влечениями, несколько позже – их речевое обозначение, т.е. присоединяется развитие психической (ментальной) функции. Итак, эти две функции всю жизнь индивида воспитываются и обучаются, обучаются и воспитываются, гармонично и дисгармонично, вместе, параллельно или в чём-то раздельно уже у субъекта деятельности, у личности.

Но если в психологии существуют отдельные направления, в частности, бихевиоризм и психология личности, до сих пор преимущественно развивающиеся самостоятельно, то в психиатрии они еще более разрознены.

Почти три десятка лет психиатрическая общественность пользуется главой V (F) «Психические и поведенческие расстройства» МКБ-10, где психические и поведенческие расстройства разведены как самостоятельные. Можно было ожидать, что в комментариях, клинических описаниях и указаниях по диагностике будут даны критерии их разграничения, но они отсутствуют среди общих проблем терминологии. Проблема еще больше углубляется, если вспомнить о личностных расстройствах (F6 «Расстройства зрелой личности и поведения взрослых»). Можно предположить, что указанные термины хорошо описаны в общей психопатологии, но их там нет, как нет и в национальном руководстве «Психиатрия» (2008). Обратимся к терминологическим словарям. Только, у В.А. Жмурова в «Большом толковом словаре терминов психиатрии» (2010) есть определение: «Поведение – родовой термин, охватывающий движения, действия, поступки, деятельность, другие процессы и реакции организма» (с. 459). Но автор уклонился от определения термина «личность», заменив его понятием «структура личности» в представлениях ряда отечественных психологов (с. 273).

В.Д. Менделевич (2017), неоднократно поднимавший данные вопросы, в остро полемической статье пишет: «Известно, что любая диагностическая процедура не просто констатирует, что конкретное психическое или поведенческое отклонение можно считать проявлением нездоровья, но и то, что его носитель из девианта или маргинала превращается в «полноценного» пациента, получая «преимущества больного, вместо социального отторжения (экслюзии) и дискриминации он обретает статус «страдающего» и нуждающегося в медицинской помощи» [11, с. 5–6]. И далее: «Он (путь на включение различных поведенческих девиаций) не привел к повышению эффективности медико-

центрированной помощи «новым пациентам», не защитил их от стигматизации, не улучшил отношение общества к психиатрии. Пришло время сменить научную парадигму» (с. 9).

Из всех нейронаук кризис особенно ярко проявляется в психиатрии как в междисциплинарной науке, смежной между медициной и психологией, так как она быстро подпадает под влияние философии постмодерна, вслед за другими гуманитарными (аксиологическими) науками (от чего свободны, к счастью, другие медицинские (биологические) науки (метанауки). Именно психиатрия охватывает патологию (расстройства) поведения и психики с младенчества до старости.

Целью статьи является методологический анализ поведенческих и личностных расстройств (на примере депрессии и пьянств) для клинической и социальной психиатрии и наркологии с позиций методологии и философии науки под скрытым влиянием философии постмодерна.

Этология (учение о поведении) человека как самостоятельная наука сформировалась во второй половине XX века, преимущественно развиваясь как сравнительные кросс-культуральные исследования поведения человека в традиционных (архаических) культурах. «Вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 г.г.» (Самохвалов В.П., 2006), а развитое А.Н. Корнетовым (1990) и В.П. Самохваловым направление позволило говорить в клинико-этологическом методе в психиатрии. К сожалению, это метод, в той или иной степени используемый в социальной психиатрии, даже с выделением социальной психопатологии (Самохвалов В.П., 2000-2018), мало используется в клинической психиатрии.

Соглашаясь или не соглашаясь с выделением клинико-этологического метода, следует отметить, что к настоящему времени сложился двойственный подход к расстройству поведения в психиатрии: первый – расстройства поведения в структуре основных психопатологических синдромов, второй – попытка выделения самостоятельных поведенческих синдромов при разных нозологиях, но оба подхода являются междисциплинарными. Следует согласиться с авторами в том, что необходимо более подробно и тщательно исследовать возможности учёта невербального поведения (далее – НП) для диагностики, дифференциальной диагностики, течения и прогноза психических заболеваний.

«Методология этологических исследований предлагает два пути: а) поведение можно рассматривать в каналах коммуникации (ольфакторное, аудиальное, визуальное, тактильное, социальное). При этом фиксируется либо каждый из каналов, либо сразу несколько каналов. Такая запись поведения (этограмма) аналогична музыкальной партитуре и доступна математическому анализу...; б) поведение можно рассматривать по аналогии с речью, т.е. как особый язык невербального общения. Тогда оно складывается из единиц (признаков), групп единиц (паттернов) и сложных форм (контекстов), под которыми понимают биологический смысл поведения (комфортное, агонистическое поведение, поведение сна, миграционное и т.д. Этограммы данного типа часто предполагают одновременные записи динамики мимики, позы, жеста, вокала» и т.д. (Самохвалов В.П., 2006).

Опираясь преимущественно на второй вариант методологии клинической этологии в психиатрии, авторы статьи с сотрудниками (2004–2019) предприняли изучение невербального поведения (НП) при эндогенных и психогенных депрессивных синдромах и при различных вариантах алкогольного опьянения.

Для изучения клинико-этологических особенностей депрессивных эпизодов использовалось экспериментальное наблюдение с жёстко фиксированными средовыми условиями с выделением уровней поведения (Панов Е.Н., 1978): а) элементарных единиц поведения, единиц двигательных актов; б) простых комплексов поведения; в) сложных комплексов поведения, ансамблей поведения на основе глоссария по исследованию НП человека (Самохвалов В.П., 1987, 1994, 2000–2016; Коробов А.А., 1990, 1991).

Установлено, что для простых форм поведения при депрессивном эпизоде характерно увеличение индивидуального расстояния, отсутствие приветствия на расстоянии, боковая позиция в ориентации; гипомимия, сопряженная со страданием, виной, печалью; диссоциированные формы улыбки; избегание глазного контакта; жесты покорности, отстраненности, латентной тревоги.

Из сложных форм поведения при депрессивном эпизоде отмечается сон с проявлениями печальной или тревожной мимики, скорби и тенденцией к эмбриональной позе; походка вялая, замедленная, нередко угловатая, лишенная грации; мало внимания уделяется одежде, грумингу с тенденцией к стереотипизации; имеет место снижение или частичный отказ

от приёма пищи с изменением его формы и скорости, предпочтительности пищи; минимизация комфортного, поискового и территориального поведения; снижение или временное отсутствие внимания и контакта.

По отношению к нозологической принадлежности депрессии отмечаются наименьшие различия в невербальном поведении. Тем не менее, такие различия выявляются между психогенными и эндогенными депрессиями. Наиболее отчетливые особенности НП отмечаются при «классических» депрессивных синдромах (тоскливая, тревожная, апатическая).

У 15% пациентов с эндогенными депрессиями в анамнезе в подростковом и юношеском возрасте от одного до трех эпизодов поведенческих масок депрессий не диагностированных ранее.

Приведем отдельные данные, полученные по НП на основе сравнительного сопоставления взаимосвязи психологических и клинико-этологических особенностей невербального поведения (НП) у лиц, проходивших медицинское освидетельствование на состояние алкогольного опьянения (легкая степень опьянения). Были выделены типичная и атипичные формы алкогольного опьянения. К типичной форме было отнесено острое простое (эйфорическое) алкогольное опьянение (60 освидетельствуемых). К атипичным – дисфорическая, дистимическая (депрессивная), маниакальная (маниакальноподобная), истерическая формы алкогольного опьянения.

Все варианты опьянения характеризовались увеличением общего количества мимических комплексов в НП по сравнению с контрольной группой. По мере убывания количества общего числа мимических комплексов можно было выстроить варианты следующим образом: истерический, эйфорический, дисфорический, маниакальноподобный и дистимический. А по многообразию мимических комплексов выстраивался следующий ряд: истерический, эйфорический, контрольная группа, маниакальноподобный, дистимический и дисфорический. Таким образом, имелось четкое расхождение количества мимических комплексов и их многообразия.

Знакомство обследуемых в семье с алкогольным поведением произошло в возрасте 3–5 лет, были посажены за стол со взрослыми с бокалом (с неалкогольным напитком) в 4–5 лет, тайно попробовали спиртное 6–7 лет в доме, начиная с 3–4 класса школы употребляя вне дома, с 14–15 лет – в семье.

Отдельные варианты анозогнозии алкогольного опьянения у освидетельствуемых носят преимущественно ситуационный характер как проявление различных механизмов психологических защит. Именно развитость у личности тех или иных вариантов психологических защит нарушает совладание и прогнозирование личностью последствий своего диссоциального поведения. Критика к состоянию, критичность – это категории не столько синдромальные, не клинические, хотя частично и входят в них, сколько когнитивно-познавательные, в большей степени морально-этические, общепсихологические, – влияющие на организацию поведения. Так, Б.В. Зейгарник определяла критичность как «умение обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями» (Кудрявцев И.А. с соавт. с. 37). Аналогичного мнения придерживаемся и мы, считающие, что феномен критичности определяет сбалансированность психики (личности) и адекватность поведения складывающимся ситуациям и формируется, «оттачивается» (или наоборот) и закрепляется в семье, определяя в последующем управление поведением.

Пережогин Л.О.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ГРУППАХ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ

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

Группы детско-родительских отношений (ДРО) – явление относительно новое в отечественной психотерапии. В зарубежной психотерапевтической практике пары «мать и дитя», «взрослый и ребенок» рассматриваются, как правило, в рамках семейной терапии или (реже) терапии пар. К сожалению, в России продолжает бытовать формальное разделение на «детскую» и «взрослую» медицину, что в значительной мере затрудняет осуществление подобных терапевтических программ на практике, либо вовсе вытесняет их за рамки психотерапии – в область педагогики и психологии. Кроме того, низкий уровень

информированности населения, высокий уровень предубеждений и стигматизации создают значительные препятствия для оказания психотерапевтической помощи детям. Особенно остро стоит проблема оказания психотерапевтической помощи детям с пограничными формами психических расстройств, прежде всего – с психическими расстройствами невротического регистра, аффективными расстройствами и расстройствами поведения. Поскольку большая часть психических расстройств в данной категории носит в детском возрасте отчетливый психогенный характер, а источником психогений (первичных или вторичных) является, в большинстве случаев, семья, проблемы коррекции детско-родительских внутрисемейных отношений приобретают исключительно важное значение.

Нами были обследованы клинико-психопатологически и экспериментально-психологически 169 несовершеннолетних от 7 до 15 лет, обнаруживавших «отклонения в поведении». В психотерапевтическую работу были включены 58 (34%) (35 – в группы, 23 – индивидуально). Причины исключения – эндогенные психические расстройства (16%), острые периоды иных психических расстройств, требующие терапии в условиях стационара (11%), умственная отсталость – 9 (5%), грубые нарушения коммуникативных функций – 10 (6%). Почти треть детей – 47 (28%) исключены в связи с категорическим отказом законных представителей от психотерапевтической помощи. Из 58 человек, получавших психотерапевтическую помощь, 31% обнаруживали органическую церебральную патологию, 28% – гиперкинетические расстройства, 16% – различные расстройства поведения, 12% – расстройства адаптации, 9% – аффективные расстройства, 5% – формально здоровы (обнаруживали зависимость от ПК и интернет). Практически все несовершеннолетние обнаруживали присутствие в анамнезе аномальных психосоциальных ситуаций, чаще всего – стресса по месту учебы (Z 55.4 – 70%).

Основными показаниями для работы в группе коррекции детско-родительских отношений были невротические расстройства, сформированные на фоне хронических психотравмирующих обстоятельств внутри семьи. Таковыми могли являться развод родителей, sibлинговое соперничество, утрата одного из членов семьи, гиперпротективное воспитание и т.д. В качестве психогенного фактора, нарушающего внутрисемейные отношения часто выступала собственно болезнь ре-

бенка (например, гиперкинетическое расстройство). Принимались дети с невротической симптоматикой (страхи, ночной энурез, нарушение сна, тики и др.), нарушениями поведения, дефицитом внимания с гиперактивностью, негрубой церебрально-органической патологией, эмоциональными расстройствами. В группу принимались дети в возрасте 7–8 лет, без грубых речевых нарушений, с интеллектуальным развитием, протекающим в соответствии с возрастом, без тяжелой психической патологии (не допускались дети с шизофренией, аутизмом, эпилепсией вне стойкой ремиссии, умственной отсталостью и выраженными формами задержек психического развития). Пару ребенку составлял один из родителей, допускались как мамы, так и папы, главным условием было посещение всех встреч группы одним и тем же родителем. Бабушки и дедушки допускались только в случае, если они имели статус законных представителей ребенка; няни, гувернеры – не допускались.

В соответствии с характером группы ставились следующие терапевтические цели и задачи:

1. Коррекция отношений родителей и детей, что подразумевает (1) установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества родителей с ребенком (родным или приемным); (2) улучшение понимания родителями собственного ребенка, особенностей и закономерностей его развития, за счет изучения его индивидуальных реакций и нюансов поведения; (3) достижение способности к эмпатии, к пониманию переживаний, состояний и интересов друг друга; (4) выработка навыков адекватного и равноправного общения, способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов, что предполагает включение в работу поведенческой терапии; (5) устранение дезадаптивных форм поведения и обучение адекватным способам реагирования в проблемных и стрессовых ситуациях.

2. Коррекция отношения к «я» (к себе), в том числе: (1) формирование адекватной самооценки; приобретение уверенности в себе, создание и принятие внутреннего «я»; (2) укрепление уверенности родителей в собственных воспитательных возможностях; (3) обучение приемам саморегуляции психического состояния.

3. Коррекция отношения к реальности (к жизни) через: (1) приобретение навыков выбора и принятия решений, укрепление волевых качеств; (2) формирование позитивной установки на отношение к окружающему миру.

Наличие широкого спектра целей и задач подразумевало использование полимодальной терапии. Мы широко включали в работу методы и техники поведенческой терапии, аутогенной тренировки, недирективной гипнотерапии, техники визуализации и релаксации, элементы психодрамы и эмоционально-рациональной терапии. Наряду с групповыми занятиями в случае необходимости с отдельными детьми и родителями проводились индивидуальные терапевтические сессии.

В рамках полимодальной психотерапии использовались техники визуализации, релаксации с элементами дыхательных гимнастик, аутогенной тренировки, психосемантические техники, суггестия, трансформационные техники с использованием терапевтических трансов. Работа проводилась в группах и индивидуально, детско-родительская группа использовалась для детей младшего возраста (7–8 лет). Групповые встречи проходили 1 раз в неделю по 2 часа, индивидуальные – по свободному графику, в среднем на участника программы приходилось 6–8 групповых и столько же индивидуальных терапевтических сессий. Психотерапевтическая помощь оказывалась на базе Неврологического отделения КДЦ Морозовской ДГКБ ДЗМ бесплатно. Для определения эффективности терапии использовалась Шкала оценки психосоциальной продуктивности (разработана ВОЗ, 1996). Из 58 человек, получавших психотерапевтическую помощь, в начале программы 0–1 баллов (норма) имели 11 (19%), 2–3 балла (умеренные нарушения) 17 (29%), 4–5 баллов (значительные нарушения) – 21 (36%), 6–7 баллов (выраженные нарушения) – 9 (16%). Через 6 месяцев нормативные показатели отмечались у 18 (31%), умеренные нарушения у 22 (38%), значительные у 14 (24%), выраженные у 4 (7%) человек.

Полученные нами результаты можно на текущем этапе исследования оценивать весьма оптимистически. В будущем перспективными представляются следующие направления исследований: в рамках лонгитудинальной программы исследований – изучение характера и качества школьной адаптации в исследуемых группах детей, исследование коморбидных проблем соматического, в частности – неврологического здоровья; изучения социальных маршрутов детей группы риска. Приобретенный опыт возможно было бы расширить за счет оказания помощи семьям детей с тяжелыми соматическими и психическими расстройствами, воплотить в программы оказания психотерапевтической помощи, методические работы и комплексные программы социальной реабилитации.

Полищук Ю.И.

СЕМЕЙНО-БЫТОВЫЕ КОНФЛИКТЫ КАК ПРИЧИННЫЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ
«НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия*

Профилактика психических и поведенческих расстройств у лиц позднего возраста должна проводиться прежде всего на основании точного знания и своевременного выявления причин и условий возникновения и развития этих нарушений с целью их устранения или минимизации. Согласно современной биопсихосоциальной парадигме в психиатрии причинные факторы возникновения и развития психических расстройств имеют комплексный и сочетанный характер. В комплексе взаимодействующих между собой причинных факторов при разных видах психической патологии ведущую, главную роль могут играть либо биологические, либо психические или социальные факторы. Среди причинных факторов непсихотических тревожных, депрессивных и поведенческих расстройств в любом, но особенно в позднем, возрасте так называемые семейно-бытовые конфликты, как психогенный, а также духовный причинный фактор, занимают одно из первых мест.

Целью нашей работы было определение основных причинных факторов возникновения и развития непсихотических тревожных и депрессивных расстройств у лиц позднего возраста. На базе трёх московских Центров социального обслуживания проводилось выявление и изучение причинных факторов развития пролонгированных депрессивных, тревожных и тревожно-депрессивных реакций при расстройствах психической адаптации у 88 пациентов позднего возраста, преимущественно женского пола. Была установлена ведущая причинная роль затяжных семейно-бытовых конфликтов в развитии этих состояний в 31,7% наблюдений. Этот фактор занимал второе по частоте место после выявленного наиболее частого причинного фактора «Жизненное неблагополучие и болезни детей и внуков», который отмечался в 51,2% наблюдений. При кратковременных депрессивных и тревожно-депрессивных реакциях у 68 пациентов позднего возраста острые семейно-бытовые конфликты в качестве их ведущего причинного фактора были выявлены

в 28% наблюдений, уступая первое место причинному фактору «Жизненное неблагополучие и болезни детей и внуков», который выявлялся в 47% наблюдений. При тревожных дистимиях, как хронических расстройств настроения, у 92 обследованных пациентов причинный фактор «Семейно-бытовые конфликты» занимал четвертое по частоте место (26,1%) после таких ведущих причинных факторов как «Утрата близкого человека», «Жизненное неблагополучие и болезни детей и внуков», «Состояние одиночества». Основанием и содержанием семейно-бытовых конфликтов, вызывающих тревожно-депрессивные и поведенческие расстройства в форме разнообразных защитных или агрессивных действий, поступков и высказываний, чаще всего являлось жестокое или бездушное, безразличное отношение к пожилым и престарелым людям со стороны проживающих с ними детей, внуков и других членов семьи. Оно проявлялось не только в тех или иных неблагоприятных действиях и поступках, но и в полном бездействии. Жестокое или безразличное отношение к престарелым родителям выявлялось в 11,4% при обследовании в условиях Центров социального обслуживания 236 лиц в возрасте 70–79 лет и в 15,2% случаев при обследовании в тех же условиях 120 лиц в возрасте 80–91 года. Жестокое отношение, приводящее к семейно-бытовым конфликтам, наиболее часто проявлялось в виде психологического насилия с оскорблениями, унижениями, угрозами, обидами или в виде полного молчаливого игнорирования со стороны детей, чаще дочерей. Примерно в 1/3 случаев жестокое отношение было связано с систематическим пьянством или алкоголизмом сына или дочери и носило характер затяжной моральной травмы, вызывающей болезненные тревожные и депрессивные переживания. Такого рода моральные травмы особенно остро переживались людьми позднего возраста в связи с повышенной их ранимостью, чувствительностью, обидчивостью в этом возрасте, сознанием краха надежд на спокойную старость и поддержку своих детей в конце жизни. Жестокое отношение детей по отношению к родителям нередко отмечалось в случаях их заболеваний деменцией, требующих повышенного внимания, обременительного повседневного ухода и заботы. При обсуждении проблем, связанных с семейно-бытовыми конфликтами, наносящими ущерб психическому здоровью их участникам и обществу в целом, следует упомянуть о том, что необходимость соблюдения прав и свобод человека, в том числе пожилых людей, уважения их личного достоинства за-

креплена в 21 статье Конституции Российской Федерации. В ней записано, что «1. Достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. 2. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию». В Уголовном кодексе Российской Федерации имеется статья 130 «Оскорбление, унижение чести и достоинства другого лица, выраженное в неприличной форме», предусматривающая уголовное наказание в виде денежного штрафа, либо ограничение свободы. К сожалению, многие люди забывают или даже вовсе не знают этих положений основных государственных законов и документов. Службы социальной защиты населения, социальные и правоохранительные работники, органы опеки должны в случае необходимости напоминать об этом и принимать, тем самым, участие в профилактике семейно-бытовых конфликтов, наносящих ущерб здоровью людей. В ряде зарубежных стран (США, Канада, Казахстан, Кыргызстан, Украина) приняты и реализуются законы по защите пожилых людей от проявлений жестокости и насилия в семье. В России такой закон пока только обсуждается. Тяжелейшей духовно-моральной травмой для пожилого и престарелого человека является смерть супруга или детей и последующее тягостное состояние одиночества. В таких случаях происходит необратимый обрыв физических, эмоциональных и духовных связей с умершим, что часто приводит к развитию затяжных депрессивных, тревожных и поведенческих расстройств, патологических реакций горя, в том числе с неблагоприятными физическими и психопатологическими исходами (Корнилов В.В., 2019). В системе лечебно-реабилитационных мероприятий при таких состояниях особое положительное значение имеет религиозная стратегия совладания с ними, погружение в религиозную веру, принятие религиозных представлений о бессмертии души человека и перехода в вечную загробную жизнь. Психотерапевтическая роль религиозной веры при депрессивных, тревожных и поведенческих расстройствах у верующих людей доказана как зарубежными, так и отечественными психиатрами (К. Ясперс, В. Франкл, Д.Е. Мелехов, Ф.В. Кондратьев). При оказании лечебной и реабилитационной помощи таким пациентам наряду с психиатром и психологом в современных условиях должен принимать участие и священник.

Пономарева Е.В.

СОХРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ПОМОЩЬ СЕМЬЯМ ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Повышенный интерес к проблеме деменции сохраняется на протяжении многих десятилетий, что связано с увеличением средней продолжительности жизни, приводящей к заметному возрастанию доли пожилых и стариков в обществе. К сожалению, до сих пор многие люди убеждены в неизбежности наступления психического распада в старости и не придают значения признакам, которые являются начальными проявлениями деменции. Нередко имеет место терпимое отношение к проявлениям когнитивных расстройств, что значительно отодвигает сроки установления диагноза и своевременного лечения. Правильное представление об основных признаках психических отклонений в позднем возрасте, умение их своевременно выявлять и лечить, является важным аспектом современной геронтопсихиатрии.

Существует понятие физиологического психического старения, которое характеризуется общей замедленностью психических процессов, сужением восприятия и реагирования, ухудшением сообразительности, замедлением речи, однако, содержание высказываний сохраняет глубокий анализ и большой жизненный опыт, сохраняются функциональные способности в быту и в профессиональной сфере. В период старения ухудшается способность запоминать новое, однако, наполненная смыслом информация запечатлевается достаточно прочно. Среди возрастных особенностей психики в старости особо выделяют изменение характера: негибкость в суждениях, упрямство и несговорчивость, большая сосредоточенность на себе, особенно на своем здоровье. Одновременно могут меняться и отношения с окружающими, ослабевает эмоциональный интерес, более узкими и формальными становятся контакты. Для пожилого возраста нередко характерны такие черты, как обидчивость, недовольство, недоверчивость. Черты характера, составляющие индивидуальные отличия человека в течение жизни, в позднем возрасте могут заостряться до утрированных проявлений, либо, наоборот, наблюдается сглаживание прежних черт характера. Крайние выражения нивелировки личностных черт, наиболее характерные для старческого возраста, про-

являются утратой индивидуальных различий и нарастающим сходством между собой лиц, доживающих до глубокой старости.

В современном мире все большую значимость приобретает роль общества в заботе о своих стареющих согражданах. Активное, в меру возможностей, сотрудничество, самоорганизация стареющих членов общества, групповая или индивидуальная работа над собственными установками в отношении старения многими осознаются как необходимые условия психического и психологического благополучия в этом возрасте. Если уделить должное внимание начальным признакам этих заболеваний, то оказывается возможным избежать госпитализации или отсрочить иногда на продолжительное время наступление далеко зашедших стадий болезни, когда лечение затруднено и малоэффективно. В период старения часто тревожность сопровождает многие проявления психологического дискомфорта, отмечается ощущение внутреннего беспокойства, напряженности, необъяснимого волнения в груди, «дрожания», «трепетания», невозможности расслабиться. Тревожное беспокойство может быть бессодержательным, с преобладанием физических ощущений в груди, что ведет к поиску возможного соматического заболевания. В других случаях переживания состояний тревоги наполнено разного рода опасениями за здоровье свое или близких, ближайшее и отдаленное будущее для себя и своей семьи. В конкретном виде это может быть представление катастрофы со своим здоровьем, страх инфаркта или инсульта, развития деменции, опасения стать обузой для окружающих или страх перед одиночеством, невозможностью получить необходимую помощь. Если эти страхи и тревожные опасения заполняют собой все помыслы, определяют содержание жизни и направленность действий, подчиняют себе все существование пожилого человека, а нередко и лиц, его окружающих, то речь идет о невротическом тревожном расстройстве, требующем врачебного внимания и консультации специалиста. Однако упорство их проявлений создает значительные помехи в повседневной жизни, а изнуряющий характер постоянного тревожного напряжения может нежелательно сказаться на состоянии внутренних органов. Своевременное выявление и медикаментозная коррекция небольшими дозами антидепрессантов, транквилизаторами и мягких нейролептиков позволит предотвратить развитие более тяжелых психических расстройств. На поздний возраст приходится второй пик частоты депрессий, однако, не всегда бывает просто

разобраться в жалобах пожилых и стариков и заподозрить депрессивные расстройства настроения. Важно отметить, что для позднего возраста в целом характерно угасание жизнерадостности, ослабление многих прежних интересов, которые развиваются постепенно и наиболее отчетливо проявляются в старческом возрасте. Депрессивные расстройства у лиц пожилого возраста характеризуются временным и выраженным угнетением настроения с чувством тоски и тревоги, подавленное мрачное настроение сопровождают мысли о своей никчемности, самоупреки или убеждения в своей виновности, для пожилых людей нередко характерна убежденность в наличии неизлечимого заболевания или опасения заболеть тяжелым инвалидизирующим заболеванием. Молчаливость, избегание общения, внешняя безучастность ко всему, или, напротив, тревожная непоследовательность, бессонница, плохой аппетит, похудание, запоры – все эти признаки могут быть симптомами депрессии. Как видно, часть из этих симптомов может соответствовать возрастным изменениям психики, проявлениям физических недугов или заболеваний в старости, что не сразу позволяет выявить депрессивное расстройство. Депрессии, как правило, успешно поддаются лечению, которое может проводиться в условиях больницы или амбулаторно. Современные лекарственные препараты для лечения депрессий надежно избавляют от мучительного состояния с ощущением мрачной безысходности, широко применяющиеся в последние годы антидепрессанты (СИОЗС и СИОЗСиН) хорошо переносятся, не вызывают серьезных побочных эффектов и безопасны в лечении пожилых депрессивных больных.

Помимо депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста часто наблюдается когнитивные расстройства. Болезнь Альцгеймера является наиболее частым клиническим вариантом деменции. По данным ВОЗ заболевание поражает до 5% лиц пожилого возраста и учащается до 10–15% в возрасте 75–90 лет, после 90-летнего возраста почти каждый третий старик обнаруживает признаки деменции. Деменция характеризуется неуклонно прогрессирующим характером течения и приводит к инвалидизации, основная нагрузка по уходу за такими пациентами ложится на родственников или лиц, осуществляющих уход за больными с деменцией. Длительная стрессовая ситуация, в которой находятся ухаживающие лица, нередко приводит к необходимости психотерапевтической или медикаментозной им помощи. Для них крайне важна по-

стоянная психологическая поддержка, которую они могут получить, в первую очередь, у врача, занимающегося лечением больного члена их семьи или подопечного. Важную роль в поддержке caregivers занимают организации, оказывающие информационную и психологическую помощь лицам, оказавшимся в данной ситуации. Проведение лекций для родственников и ухаживающих лиц позволяет в простой и доступной форме рассказать об основных проявлениях деменции и современных подходах терапии данных расстройств, помочь решить ряд вопросов, связанных с уходом, общением, гигиеной пациентов с деменцией, а также осветить вопросы взаимодействия с социальными государственными структурами и видами социальных услуг. Важно знать, что чувство одиночества пожилые люди, проживающие в семье, испытывают не реже, а порой даже чаще, чем те, кто проживает один. Обычно такие люди жалуются на безразличие и непонимание со стороны окружающих, отсутствие поддержки со стороны близких. Заполнение жизни не только повседневными заботами и делами, но и культурными развлечениями, прогулками и общением с природой, поддержанием творческих интересов и увлечений пациентов, позволяет вернуть ощущение полезности для семьи и общества, чувство значимости как личности. Психотерапевтическая поддержка ухаживающих за пациентом лиц является важным компонентом этой работы, она позволяет значительно снизить стрессовую нагрузку и создать теплую доброжелательную атмосферу в семье.

Руденко Л.С.

ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

НИ Томский государственный университет, Томск, Россия

Ведя разговор о Человеке, мы, так или иначе, затрагиваем нечто непостижимое. Человек как целостность вбирает в себя огромное множество отдельных психических процессов. Ситуации, которые приводят Человека к действиям, направленным против своей жизни, своей сущ-

ности, своей безопасности, а также психическое состояние Человека, его духовные и психические ресурсы в этот момент, требуют особого рассмотрения.

В своей исследовательской работе мы обращаемся к методам феноменологии, позволяющим в наглядной форме отразить психическое состояние отдельной личности. Мы придерживаемся взглядов К. Яспера, что «внимательное исследование отдельно взятого случая часто учит нас тому, что феноменологически присуще бесчисленному множеству других случаев» (Ясперс К., 1959).

«Самоповреждающее поведение – понятие, охватывающее широкий круг действий, связанных с намеренным физическим повреждением собственного тела. К этим действиям относят порезы на коже, удары по телу, ожоги раскаленными предметами, прикусывание губ и языка, уколы иглой или другими острыми предметами, расчесывание кожи и т.д.» (Польская Н.А., 2017).

В центре нашего внимания девушка 25 лет, работающая, проживающая отдельно от родителей. Из анамнеза известны случаи депрессивных эпизодов средней степени тяжести, мысли о своей никчемности и о самоубийстве в возрасте 17 лет. Серьезных попыток не предпринималось в виду страха за родителей: «я не хотела их бросать, это убьет их, они очень многое для меня сделали». Тем не менее, отношения с родителями отстраненные, с отцом конфликтные. Близких друзей и подруг не имеет. Респондентка состояла в интимных отношениях с коллегой по работе более полугода, к которому испытывает глубокие сильные чувства, однако эти отношения были прекращены по инициативе мужчины, так как «он не хотел рушить свою семью и бросать детей». Это событие сильно повлияло на состояние девушки.

«Я устала, я устала обманываться, я устала внушать, что все будет хорошо или хотя бы нормально. Я устала... я ничего не хочу от этой жизни... все самообман... год прошел, но мне не легче, я не могу его забыть... не хочу ничего. Не хочу жить. Если бы не родители, я бы ушла. Это единственный фактор, который меня держит. У меня нет сил, я слабачка. Без него мне никак. Каждый момент, проведенный с ним вместе – самый лучший... он сказал, что чувств у него нет и я ему не нужна».

Переживания покинутости, ненужности вызвали сильную душевную боль, девушка начала употреблять алкоголь и наносить себе повреждения в виде неглубоких порезов в области бедер и живота. «Я не

хочу, чтобы кто-то видел, как это больно. Быть брошенной и совсем не нужной человеку, которого любишь. Знаю, что я недостойна этой жизни и ничего не могу дать этому миру, но закончить все тоже не могу, маму жалко». Девушка сконцентрирована на своей душевной боли и негативных переживаниях, но «контакт с реальностью» не теряется и она способна предсказать последствия своих действий. Можно сказать, что антисуицидальный фактор в лице боли, которую она может причинить своим родным, сдерживает ее от принятия окончательного решения, однако ресурсов, чтобы максимально ограничить свою антивитаальную направленность и справиться с состоянием недостаточно.

«Мне все безразлично, нахождение с ним мне давало желание жить без какой-либо цели, было желание и энергия. Сейчас мне не для кого стараться, все пустое, мне кажется, я лишняя тут и мне надо уйти». Переживания своей ненужности именно для того мужчины захватывают все сознание девушки, распространяясь на окружающую действительность и настоящие отношения. Респондентка как бы переживает свою отвергнутость всем миром. Не зная, как вернуть расположение любимого человека, бросившего ее, она не находит ничего, что могла бы привнести в этот мир своей жизнью. Употребление алкоголя респондентка объясняет возможностью расслабиться: «чувствую, как нервы распрямляются».

Порезы на коже можно рассматривать и как наказание себя, и как парадоксальное действие, позволяющее сохранить жизнь. Как мы видим, у девушки сильны мысли о своей недостойности жить и желание прекратить существование. Возможность нанести себе рану, почувствовать боль от пореза, вероятно, выполняет функцию квазисуицида. Это действие будто на время снимает душевную боль и разрешает продолжить жить. Эмоциональная истощенность не дает девушке решить эту ситуацию рационально, а склонность к самообвинению и самообесцениванию не позволяет ей попросить о помощи, так как она считает себя недостойной ее. Часто длительное пребывание в подобных психологически и психически сложных ситуациях, ведущих к психической астенизации, депрессивным состояниям, попутно создают ощущение «привычности» и невозможности что-либо изменить. По этой причине люди могут годами пребывать в привычных нездоровых состояниях, влияющих на их качество жизни, отношения с близкими и окружающими, их профессиональную эффективность и ничего не предпринимать. Это

опасно не только тем, что могут возникнуть разного рода нарушения коммуникации между близкими, дебютирование психосоматических заболеваний, но и тем, что какой-то внешне незначительный стресс может привести к необратимым реакциями истощенного психически человека вплоть до отказа от жизни – самоубийства.

«Когда я режу себя, мне становится легче. Не знаю, почему. Иногда я вырезаю на коже какие-нибудь символы. Геометрия. Когда шрамы заживают, у меня возникает желание сделать новые». Акт нанесения повреждения себе изначально носивший, возможно, функцию наказания, а также восстановления контроля над эмоциями и избавление от напряжения, в последующем приобретает некоторую автономность. Респондентка может наносить порезы уже не пребывая в каком-то сильном душевном смятении, но и тогда, когда видит, что предыдущие порезы зажили. В этом мы усматриваем функцию контроля, которую реализует девушка в виду того, что ее эмоциональное состояние часто не поддается самоконтролю и изменению, так как свое благополучие она связывает с другим человеком. Нанести себе повреждение или не нанести зависит только от нее. В акт самоповреждения подключается элемент создания, «творчества», когда травма наносится не только потому что душевная боль не может быть выражена другим способом, но и потому что свою боль можно преобразовать, изобразить, оформить в какой-то образ («иногда я вырезаю на коже какие-нибудь символы»), который может иметь определенное только одной ей известное значение.

Как мы видим, отсутствие поддержки, доверительных отношений с родными, при наличии какой-то сильной травмирующей ситуации может приводить к серьезным психическим трудностям. Нельзя упускать из вида и индивидуально-психологические особенности, тем не менее, пример девушки, столкнувшейся с отвержением любимого человека, не имеющей должной поддержки, и с целью сохранения своего хрупкого психического здоровья и жизни в целом, наносящей самоповреждения в качестве порезов и употребления алкоголя, является проблемой.

Проблема подобного антивиталяного поведения с включением алкоголизации и нанесением себе физических травм заслуживает особого внимания специалистов, так как за внешними, казалось бы, очевидными причинами, часто могут скрываться самые разные проблемы, берущие свое начало задолго до столкновения Человека с насущной ситуацией. Задача специалистов в сфере психического и духовного здоровья под-

держивать психологического благополучие людей, разрабатывать превентивные и корректирующие технологии для поддержания здоровья, как отдельного человека, так и общества в целом.

Рыжаков А.Н.

ВКЛАД ОТЧЕТВЕННОГО ПСИХИАТРА Д.Е. МЕЛЕХОВА В РАЗВИТИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ И ДУХОВНОСТИ В ПСИХИАТРИИ

*Иверский храм при ГБУЗ Московская областная
психиатрическая больница № 8 г. Орехово-Зуево, протоиерей*

В 2005 г. Господь сподобил меня Священного сана. Я с детства к этому стремился и приблизительно представлял, что ждёт молодого священника в жизни. Но чего уж я представить себе никак не мог и не ожидал, это того, что меня назначат настоятелем в храм на территории психиатрической больницы. Что там меня ожидает? Как служить? И множество других вопросов проносились в моей голове. Однако, Господь, зная все наперёд, устроил такие колоссальные возможности для служения Ему и людям, что кроме благодарности Богу и окружающим меня людям, которой наполняется моё сердце, оглядываясь на этот отрезок жизни, сказать больше нечего. Я, как священник, там для себя начал понимать, что такое духовность. Позже, благодаря академику РАМН Т.Б. Дмитриевой вошел в Общественный Совет по вопросам психического здоровья при главном психиатре РФ, познакомился со светилами современной психиатрии, и мне радостно видеть, как все глубже понятие «духовность» проникает в сферу психиатрии. В видеороликах, представленных на конкурсе «За подвижничество в области душевного здоровья им Т.Б. Дмитриевой» все чаще можно видеть храмы на территории учреждений, встречи со священнослужителями, и в зале священники появляются все чаще. Это не может не радовать. Можно смело свидетельствовать о том, что к понятию биопсихосоциальная модель прочно прикреплась и приставка «духовно».

Чтобы конкретнее разобраться в понятии духовность, мы должны прибегнуть к опыту специалистов. И в этой сфере, как мне кажется,

есть один человек, который гармонично сочетал в себе врачебной профессионализм и глубокую веру. Жизнь и труды которого, как мне видится, раскрывают понятие духовности как специалистам, так и всем неравнодушным к теме людям.

В минувшем году исполнилось 120 лет со дня рождения и 40 лет со дня кончины одного из выдающихся отечественных психиатров, основоположника отечественной социальной психиатрии, верующего и практикующего православного христианина Д.Е. Мелехова. Его жизненным кредо были слова святого Игнатия Брянчанинова: «И слепому, и прокажённому, и повреждённому рассудком, и грудному младенцу, и уголовному преступнику, и язычнику окажи почтение, как образу Божию. Что тебе до его немощей и недостатков? Наблюдай за собой, чтобы тебе не иметь недостатка в любви».

Дмитрий Евгеньевич родился в семье протоиерея Евгения Мелехова и его жены Марии Павловны, дочери рязанского священника Павла Миролюбова. И в школе, которую Дмитрий окончил с золотой медалью, и позже на медицинский факультет Московского университета он оставался общительным, радостным, всегда приходил на помощь тем, кому было трудно, плохо.

В Москве Дмитрий стал духовным сыном архимандрита Георгия Лаврова, причисленного позже к лику святых, был также духовно связан с замечательными священнослужителями – святым праведным Алексеем Мечевым и его сыном, священномучеником Сергием Мечевым. Позднее он сблизился с отцом Александром Менем, активно участвовал в студенческом «евангелическом» кружке, за что в 1923 г. был арестован, однако вскоре был освобождён и смог продолжить обучение.

С 1925 г. сразу после окончания университета работал в Московской городской психиатрической больнице им. П.Б. Ганнушкина, где в 1930 окончил ординатуру. До 1933 г. – старший врач больницы им. Кащенко. Совместно со своим учителем Т.А. Гейером открыл первое в нашей стране отделение экспертизы трудоспособности и восстановительной терапии и параллельно с этим вёл научно-исследовательскую работу в Институте психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. С 1951–1956 гг. – директор Московского института психиатрии, с 1959 г. – доктор медицинских наук.

Дмитрий Евгеньевич явился одним из основателей «социальной психиатрии», изучающей социальные аспекты психических заболева-

ний. В своих научных трудах (а их опубликовано более 170, в том числе 5 монографий), развивал основанное на православной традиции понимание психических заболеваний и подходы к их диагностике и лечению. Еще при жизни Дмитрия Евгеньевича 6 его учеников стали докторами медицинских наук, а 20 – кандидатами.

В русле современной христианской православной научной мысли трудами Дмитрия Евгеньевича был освещен один из самых глубоких вопросов – соотношение духовной, душевной и биологической сущностей человека.

Главная работа, посвященная этому вопросу – «Психиатрия и проблемы духовной жизни» – была опубликована уже после его смерти. В её основу легла христианская идея о трихотомическом строении личности, состоящей из духа, души и тела. Когда эти три сферы находятся в согласии, в гармонии друг с другом – что достигается только при условии преобладающего влияния сферы духа – говорят о здоровье (святой Феофан Затворник и Никодим Святогорец). Психическая болезнь – это обусловленное телесными нарушениями повреждение души, которое может быть «непосредственным следствием личных или семейных грехов», то есть иметь «непосредственную духовную причину». Но эта причина может вызывать и душевные страдания, не являющиеся признаками болезни. Поэтому «первая задача» и для священника, и для врача, «если он верующий человек», определить, что в душевном состоянии страждущего вызвано духовной причиной и что есть проявления психического расстройства. Д.Е. Мелехов подчеркивал особую важность различения у душевнобольных между религиозными переживаниями как признаками болезни (что частично может относиться к «ложной мистике» или состояниям «прелести») и религиозными переживаниями как проявлениям «положительной здоровой мистики». Это положение является особенно важным, поскольку некоторые врачи-психиатры, выросшие в атеистическом обществе, могли рассматривать обычную религиозность у душевнобольного как симптом помешательства, то есть как религиозный бред, и пытались лечить его медикаментозно. Д.Е. Мелехов писал: «для врача недопустимо при исследовании больного «сходу» трактовать всякое религиозное переживание как патологию или заблуждение и тут же в процессе исследования начинать антирелигиозную пропаганду или демонстрировать свое элементарное догматически материалистическое отношение к ре-

лигиозным исканиям или сомнениям своего пациента». Вместе с тем он предостерегал и священников от того, чтобы все случаи душевного расстройства рассматривать как проявления бесоодержимости и брать на себя их устранение исключительно «духовным лечением». Историческим примером такого «невидения» духовником психического расстройства являлась, по мнению Д.Е. Мелехова, болезнь Н.В. Гоголя, сведшая его в могилу.

Основываясь на этой его работе, мы можем для себя попытаться понять, что все-таки такое духовность? Если говорить, например, о духовно-нравственном воспитании, что духовность, а что нравственность? Как отличить? Или, применительно к нашей работе, если мы организуем храм на территории больницы, и туда будет раз в неделю приходить священник, загруженный послушаниями со стороны своего руководства, совершать необходимые требы и, закрыв храм, уходить опять на неделю, это духовная модель? А как ко всему этому будет относиться руководство? Так опираясь на труд Дмитрия Евгеньевича Мелехова, в первую очередь необходимо определиться в том, что Церковь, как и посещение богослужений, не одно из увлечений или развлечений для пациентов, наряду с бассейном, библиотекой, шахматным клубом и т. п. Церковь – это объединяющее всех благодатию Св. Духа сообщество, духовный организм возглавляемый Христом и именно здесь сосредоточен дух верующего человека. Кроме того, храм в больнице, это та площадка на которую врач и пациент встают вместе, оказываясь в равных условиях, определяющих духовную жизнь. Именно в таком ключе, как мне представляется, должны рассуждать и действовать те, кто хотел бы заняться устройством храма на территории психиатрических учреждений в том числе. Это может быть трудно для понимания тем, кто воспитывался в атеистической среде и сам имеет соответствующие убеждения, однако, этот более чем серьезный подход обусловлен предметом нашего внимания и заботы, которым является человеческая личность, состоящая, исходя из основ христианской православной антропологии, из духа, души и тела. И эта в полном смысле духовность всегда просматривается в жизни человека, иллюстрацией этому служит и жизнь самого Мелехова.

Рябчиков А.А., Даренский И.Д.

ПРОЕКТ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ «ЦЕНТР РАЗВИТИЯ СЕМЬИ И ЛИЧНОСТИ»

*Общество охраны здоровья «Наше общее дело», Москва, Россия
Кафедра психиатрии и наркологии Института клинической медицины
им. Н.В.Склифосовского, Москва, Россия*

Работа по семейно-ориентированной профилактике расстройств поведения находится пока в стадии развития теории и накопления опыта. Но все, кто занимается проблемой, соглашаются, что она невозможна без взаимодействия организаций социальной защиты населения, местных органов власти, администрации учебных заведений, общественных организаций, специалистов соцзащиты, психологов, наркологов, педагогов. Подобный межведомственный и междисциплинарный подход требует единой концепции, в которой отражены принципы взаимодействия участвующих сторон, методы и программы работы. Без скоординированного взаимодействия, когда каждый работает вне общей системы, трудно добиться эффекта. Должно быть ясное понимание сути профилактической работы, с ясным и четким распределением ролей всех заинтересованных сторон.

Нами, на базе Общества охраны здоровья «Наше общее дело», был разработан проект, по которому проводилась работа с неблагополучными семьями (все эти семьи имели несовершеннолетних детей) Москвы и Подмосковья, в которых существовали проблемы с алкоголем у одного или нескольких членов семьи. Мы использовали именно семейный подход, считая, что только взаимодействие со всей семьей поможет такой семье стать благополучной. Для реализации проекта были подписаны соглашения с Министерством социальной помощи населения Московской области (5 соглашений с 2005 года), Центрами социальной защиты г. Москвы, Московской службой психологической помощи населению и другими организациями.

Целью проекта является создание на базе Общества постоянно действующей площадки для вовлечения неблагополучных семей в процессы изменения асоциального поведения (алкоголизм), непосредственной помощи всем членам семьи по проблемам, связанным с алкоголизмом одного из членов семьи, изменению стереотипов поведения и жизни,

реабилитации семейных отношений с целью предупреждения изъятия детей из семьи. Планируется проведение работы с такими семьями, сначала коллективной, затем индивидуальной с каждой семьей, сопровождение семьи на протяжении времени до полного отказа от асоциального поведения и восстановления нормальной атмосферы в семье.

Выход на такие семьи осуществляется во взаимодействии с социальными службами. Социальные работники имеют огромное количество обязанностей и занимаются разными сторонами жизни своих подопечных. Самая сложная часть их работы – это именно работа с теми семьями, в которых родители выпивают. Задача соцработников состоит в мотивации таких родителей на отказ от алкоголя, но именно эта работа оказывается трудно выполнимой.

Поэтому нами было организовано обучение работников социальной защиты населения Москвы и Московской области. Наши специалисты выезжали в районы МО, где проводились встречи с местными работниками соцзащиты. Нами были организованы такие обучающие встречи-семинары в 36 районах МО. В Москве на базе Общества были проведены обучающие семинары со специалистами департамента соцзащиты г. Москвы. Было проведено 47 семинаров для специалистов практически всех Центров социальной помощи Москвы, обучение прошли более 120 человек.

Семей, в которых есть проблемы с алкоголем, много, но вовремя обращаются за помощью по вполне определенным причинам лишь небольшая часть из них. Семья обращается за помощью либо когда сам пьющий понял и признал наличие проблемы с алкоголем (тогда ему могут помочь в наркологическом учреждении), либо когда решение за него принимают родственники (но тут задача усложняется слабой мотивацией у самого пьющего). В остальных случаях, а это подавляющее большинство таких семей, пьющий продолжает пить, усугубляя болезнь, а близкие продолжают страдать, в бессилии не зная, что и как делать, как убедить больного обратиться за помощью.

Как показал наш опыт, проводя определенную работу, можно значительно увеличить количество семей, которые станут обращаться за помощью, и пьющие члены этих семей будут согласны на помощь психологов и врачей.

Главная сложность в вовлечении больного в терапевтический процесс в закрытости такой семьи, и особенно главного виновника такой

ситуации. При контакте отдельного больного, или отдельной семьи со специалистом, у больного выстраивается система защиты, которая не позволяет изменить сложившиеся взгляды и установки. Если же зависимый человек присутствует в качестве «наблюдателя», где к нему нет отдельного обращения, он слушает с интересом, поскольку от него не требуют ответа или обещаний. Слова достигают своей цели и очень часто у зависимого меняется отношение к своей проблеме, возникает желание идти на контакт со специалистом, происходит постепенное раскрытие такой замкнутой семьи.

При этом мы работали в основном с теми пациентами, которые отвергали предложение о помощи и лечении от зависимости. Результатом этой работы в большинстве случаев является понимание пациентом своей проблемы и согласие на оказание ему практической помощи. Таким образом, наш многолетний опыт нашей работы с неблагополучными семьями показал, что та часть работы, которую приходится выполнять до того, когда начинается собственно лечение зависимости, не менее важна, чем лечение как таковое.

В продолжение темы этой работы нами разработан проект семейного просвещения, целью которого является вовлечение как неблагополучных семей, так и семей, в которых проблем (пока) нет в процессы осмысления и изменения факторов, вызывающих проблемы и расстройства поведения.

Основные направления и результаты работы.

1. Семейное просвещение для неблагополучных семей и семей группы риска.

2. Предупреждение распада семьи и профилактика семейного неблагополучия.

3. Сохранение кровной семьи. Профилактика социального сиротства, изъятия детей из родной семьи.

4. Практическая консультативная и психотерапевтическая работа с семьями, где есть пьющие родители, помощь в создании мотивации на изменения патологических стереотипов и избавлении от алкогольной зависимости.

5. Помощь в реабилитации зависимых родителей и восстановлении здоровых семейных отношений.

В целом это должна быть постоянно действующая система семейного и родительского просвещения, направленная на укрепление се-

мейных отношений, предупреждение семейного неблагополучия, воспитание ответственного отношения родителей к здоровью семьи и детей, ответственности за их будущее и благополучие, профилактики социального сиротства и изъятия детей из родной семьи, распространение профессиональной научной информации, способствующей созданию здоровой семьи и крепких семейных отношений, профилактики разводов, воспитанию здорового поколения, устранению информационного вакуума в сфере профилактики раннего приобщения к психоактивным веществам.

По нашему мнению, не стоит принципиально разделять задачу профилактики расстройств поведения и задачу коррекции уже возникших в семье подобных расстройств. Конечно, это две немного разные задачи, но мы считаем, что работать нужно как с семьями, где не сформировалось социально опасное поведение, так и с семьями, в которых один или оба родителя злоупотребляют алкоголем.

Предлагается создать единый ресурс, где будут выступать и общаться все специалисты, имеющие отношение к проекту. А также можно здесь же на регулярной основе проводить и транслировать мероприятия из регионов, из отдельных учреждений, заинтересованных в семейном просвещении (ЗАГСы, учреждения соцзащиты, учебные заведения, психологические службы и центры).

Таким образом, нами организуется концентрирующий на себе центр по вопросам семейного просвещения, постоянно действующая линия живого предметного общения всех заинтересованных людей, специалистов, семей, где будет предоставлена возможность обсуждения и обмена мнениями и опытом.

Главные особенности предлагаемого проекта в организации постоянно действующей площадки встреч семей и специалистов. Каждый может присоединиться к проводимым программам индивидуально, в составе семейного клуба, центра социальной защиты в регионе. Ведь не во всех регионах имеются специалисты. Появляется возможность создания единой системы обмена опытом, возможность наблюдать и участвовать во встречах с участием ведущих специалистов Москвы. Помимо лекций и семинаров планируются живые встречи с семьями и специалистами.

Северина Ю.В., Ильина А.А.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

*ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей
и подростков им. Г.Е. Сухаревой», Москва, Россия
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия*

В последние годы тема детско-подросткового суицида является одной из глобальных проблем современного общества. За последние 20 лет, в мире отмечается отчетливое «омоложение самоубийств»: суицид становится второй ведущей причиной смерти в возрастной группе 15–29 лет и уступает только смертности в результате ДТП.

В России ежегодно каждый 12-й подросток совершает покушение на самоубийство, при этом риск совершения повторной суицидальной попытки возрастает в 10–15 раз по общей популяции. Свежие статистические данные говорят о снижении количества завершенных суицидов в указанной возрастной группе, однако согласно данным большинства исследователей, количество незавершенных суицидальных попыток за последние 10 лет значительно возросло. Достоверно посчитать количество незавершенных суицидальных попыток попусту не представляется возможным. В среднем считается, что неучтенными остаются каждая шестая суицидальная попытка у подростка.

Еще большей проблемой, чем недостаточность достоверных статистических данных, является отсутствие единой концепции, объясняющей причины возникновения суицидального поведения. Не разработаны четкие алгоритмы диагностики, помощи и профилактики пациентам с суицидальными проявлениями. Наиболее целостной и перспективной во всех отношениях представляется биопсихосоциальная модель, позволяющая выявить определенные взаимосвязи между теми или иными биологическими, психологическими и социальными факторами и сформировать практические рекомендации по выявлению, коррекции и превенции суицидальных проявлений.

Причины суицидального поведения в рамках биопсихосоциальной модели определяются соотношением личностных, средовых и биологических (особенно при наличии психического заболевания) предпосылок. Очевидно, что при наличии психотического состояния, велика роль

биологических факторов. Влияние средовых и личностных детерминантов гораздо выше у пациентов с пограничными расстройствами, а также при кризисных состояниях практически здоровых людей.

Исходя из обсуждаемой концепции, при оказании кризисной помощи детям и подросткам с суицидальными проявлениями, необходим комплексный, полипрофессиональный подход, включающий специалистов разного профиля, а именно врача-психиатра, психолога-корректора и семейного психолога.

Реализацию данного подхода предлагаем рассмотреть на примере работы Центра им. Г.Е. Сухаревой. В настоящее время Центр представляет собой единственное учреждение в системе Департамента здравоохранения города Москвы, где оказывается специализированная помощь детям и подросткам с различными суицидальными проявлениями. С 2011 по 2019 гг. количество госпитализаций в Центр детей и подростков с различными суицидальными проявлениями (мыслями, высказываниями, попытками) возросло в 4 раза с 236 чел. (9,6% от общего числа госпитализации) до 1010 чел. (17,3% соответственно), и в итоге составило 5197 человек. 40% госпитализаций (2072 случая) было связано с суицидальными попытками – первичными, повторными и многократными.

Разумеется, биологические детерминанты (наличие психического заболевания) играют у пациентов Центра одну из важнейших ролей в формировании суицидального поведения. В первую очередь это обусловлено особенностью представленной выборки, т.к. стационарное лечение – это часто крайние меры, когда амбулаторная помощь уже малоэффективна. Согласно нашим статистическим данным, среди пациентов с суицидальными проявлениями, госпитализированных в центр в 2011–2019 гг., по нозологической принадлежности ведущее место занимают расстройства эмоций и поведения (33,1%) и шизофренического спектра (19,2%). В то время как пациенты с диагнозом аффективными расстройства на фоне общего количества госпитализаций с суицидными проявлениями занимают третье положение в данной градации (18,7%). Незначительная доля принадлежит расстройствам пищевого поведения (1,4%) и психологического развития (0,2%). Следует отметить, что в группе аффективных расстройств (F3) в большинстве случаев был выставлен диагноз депрессивного эпизода различной степени тяжести. В других нозологических группах депрессивный синдром выставлялся

как сопутствующий в 89% случаев. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что наличие клинической депрессии вносит значительный вклад в формирование суицидального поведения. Наша статистика не противоречит общемировой. Так, по данным Британского эпидемиологического общества, 41% детей в возрасте 11–15 лет, страдающих депрессивными расстройствами, предпринимали попытку самоубийства.

Опираясь на мировую практику оказания психологической помощи детям и подросткам с суицидальными проявлениями, на базе Центра Сухаревой каждый пациент помимо врачебной помощи получает индивидуальную и групповую психологическую коррекцию (преимущественно в когнитивно-поведенческом подходе, диалектико-поведенческой терапии, арт-терапии и др), а также обязательный курс семейной терапии.

Психологическая помощь суицидальным пациентам основывается на знании многофакторной природы суицидального поведения, причин и механизмов нарушений психического и личностного развития на разных этапах онтогенеза и фокусируется на повышении эмоционального интеллекта, формировании эффективных копинг-стратегий, развитии навыков межличностного взаимодействия, совершенствовании способности к самоанализу и рефлексии и усилении позитивного самопринятия, выявлении и усилении антисуицидальных факторов личности.

Особое место в работе с суицидальными пациентами занимает использование реабилитационного потенциала микросоциального окружения ребёнка – семьи. По данным за 2018 год при проведении семейной терапии частота повторных госпитализаций детей и подростков в течение года оказалась меньше на 30% по сравнению с пациентами, получавших только медикаментозное и индивидуальное сопровождение психолога-корректора.

Включение родителей, других членов семьи в занятия с семейным системным психологом/психотерапевтом с первых дней госпитализации, способствует: понижению уровня тревоги и уменьшению ощущения беспомощности/растерянности у родителей за счет понимания механизмов суицидальной активности, системного смысла и функций симптоматического поведения, постепенному формированию/усилению навыков устойчивого/последовательного родительского поведения, улучшению контакта с ребёнком, а также согласованию единой позиции у членов семьи по вопросам лечения и воспитания ребёнка.

Таким образом, помощь детям и подросткам с суицидальными проявлениями по опыту Центра им. Г.Е. Сухаревой должна оказываться полипрофессиональной командой специалистов: врачами разных специальностей, психологами-корректорами, специалистами по работе с семьей, педагогами на основе системного подхода, включающего информационный, психодиагностический и психокоррекционный компоненты. При оказании помощи важно учитывать множество факторов: анамнез жизни ребёнка, особенности его психического статуса, особенности семейной и социальной ситуации, характерологические характеристики и пр.

Такая организация помощи дает возможность комплексно подойти к оценке состояния ребенка, рисков его безопасности, создает предпосылки для качественных изменений в профилактике, лечении, дальнейшей реабилитации и социальной адаптации детей и подростков с суицидальными проявлениями.

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
МГППУ, Москва, Россия*

Введение. Болезнь Альцгеймера (БА) является одним из наиболее тяжелых заболеваний пожилого и старческого возраста, причиной которого являются нейродегенеративные изменения головного мозга, приводящие к нарастающим нарушениям высших психических функций. Нарушение высшей психической деятельности приводит к необратимым последствиям, которые проявляются нарушениями запоминания текущих событий и постепенно нарастающими нарушениями памяти на прошлое, нарушением понимания речи (импрессивной устной речи и чтения) и трудностями формирования собственного высказывания (уст-

ной экспрессивной речи и письма), нарушением оптико-пространственных функций (конструктивной деятельности и счета), комплексной апраксии. В связи с указанным синдромом когнитивных нарушений больной БА не способен существовать самостоятельно, ему требуется постоянная помощь в бытовой деятельности и осуществлении гигиенических процедур.

Общая численность больных БА в России составляет более 1 млн 800 тыс. человек (Гаврилова С.И. и др., 2002). В популяционном клинико-эпидемиологическом исследовании установлено, что частота БА увеличивается от 4,5% в возрастной группе 60-летних до 16,5% к 80 годам (Чикина Е.С. и др., 2005).

Время ухода за больными БА ложится на семью пациента, требуя огромных эмоциональных и физических усилий, а также перестройки привычных взаимоотношений в семье. Психологическая ситуация в семьях больных БА зависит от множества факторов – от особенностей течения заболевания, от стадии заболевания, от наличия в семье родственника, свободного от работы, готового оказывать помощь в выполнении бытовых действий и осуществлении ухода за больным, от экономической ситуации в семье. В значительной мере психологическая атмосфера в семье определяется личностными особенностями родственников больных БА.

Цель исследования состояла в определении эмоционально-личностных деформаций, происходящих с детьми и сибсами (братьями и сёстрами) пациентов с БА в условиях длительной психотравмирующей ситуации, возникающей в связи с необходимостью осуществлять уход и оказывать помощь больному родственнику.

Группа обследованных родственников. Из 240 семей, где проживали больные БА, для исследования были отобраны 134 семьи, ухаживающими лицами в которых были дети больных (110 человек) или их сёстры и братья (24 человека). Средний возраст детей пробандов составил $44,1 \pm 9,5$ года (от 24-х до 74 лет), средний возраст сибсов равнялся $63,0 \pm 10,8$ года (от 33-х до 79 лет). Среди обследованных родственников было 49 мужчин и 85 женщин.

Методы обследования: клинико-психопатологический, нейропсихологический, психометрический, статистический.

Результаты. При объективном обследовании у родственников больных БА 1 степени родства выявлено значительное число психопатологических нарушений.

Депрессивная реакция дезадаптации в общей группе встречалась с частотой 31,3%, несколько чаще у детей, чем у сибсов (33,6% и 20,8% соответственно).

Частота астенических расстройств (пониженной работоспособности, повышенной утомляемости), обусловленных чрезмерной физической нагрузкой и эмоциональным стрессом на протяжении 3–10 лет, в общей группе больных БА составила 35,8%. У детей их частота почти вдвое превышала частоту у сибсов (48,2% и 25,0% соответственно; различия статистически значимы).

Частота диссомнических расстройств в общей группе составила в 14,9% (у сибсов значительно чаще, чем у детей (соответственно у 41,7% сибсов и у 9,1% детей; различия значимы).

Симптомы раздражительной слабости в общей группе выявлены у 53,7% обследованных – значимо чаще у детей, чем у сибсов (соответственно в 56,4% и в 25,0%).

Частота эмоциональной неустойчивости, равная в общей группе 59,7%, значимо чаще отмечалась у детей пробандов (63,4% у детей, 41,7% у сибсов).

Симптомы подавленного настроения, частота которых в общей группе составила 51,5%, почти в равной степени встречались у детей (50,0%) и у сибсов (58,3%). Более чем в 70% установлена взаимосвязь этого симптома с неблагоприятной семейной ситуацией, обусловленной заболеванием пробанда.

На тревожные состояния указывали 44,0% обследованных общей группы (45,4% детей и 37,5% сибсов).

Фобические расстройства (в том числе, альцгеймерофобия) как в общей группе (68,6%), так и у детей, и у сибсов выявлены в большинстве случаев (у 69,1% детей и у 66,7% сибсов).

Заключение. Установлена высокая частота психопатологических нарушений у кровных родственников больных БА, ухаживающих за пациентами. У трети из них развивалась депрессивная реакция дезадаптации.

1. Частота пониженной работоспособности и повышенной утомляемости, установленная у трети обследованных, симптомы раздражительной слабости и эмоциональной неустойчивости, выявленные у половины обследованных, значимо чаще встречались у детей. Субдепрессивные и тревожные состояния, встречающиеся практически у половины обследо-

ванных, примерно с равной частотой отмечались и у детей, и у sibсов. Наиболее часто (более чем у 66% обследованных) развивались фобические расстройства (в том числе, альцгеймерофобия) как у детей, так и у sibсов.

2. Психопатологические нарушения у кровных родственников больных БА, относящихся к наиболее высокой группе риска заболеваемости БА, могут явиться провоцирующим фактором нарастания когнитивного дефицита вплоть до формирования синдрома мягкого когнитивного снижения и развития БА.

3. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения в отношении родственников больных БА комплексных клинико-психологических форм поддержки в виде индивидуальной медикаментозной терапии, а также когнитивно-поведенческой психотерапии, направленной на снижение дефицитов в эмоциональной сфере, и приёмы стимуляции когнитивных функций – тренинги мнестико-интеллектуальной деятельности.

Семенова-Полях Г.Г., Крамина Г.Р., Сибгатуллина Г.Р.

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ СЕМЕЙНОЙ СОЗАВИСИМОСТИ В КОНТЕКСТЕ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНОЙ МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКЦИЙ

*Казанский инновационный университет им. В.Г. Тимирязова (ИЭУП),
Казань, Россия*

Согласно последним официальным статданным, опубликованным Департаментом мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения МЗ РФ, число потребителей ПАВ, состоящих на учете, в стране сокращается (Александрова Г.А., Голубев Н.А. и др., 2018). Однако, учитывая хронический характер и высокий уровень латентности аддикций, специалисты понимают, что семейный контекст проблемы по-прежнему обострен. Пациент на стадии ремиссии без соответствующего социально-психологического сопровождения остается носителем семейной проблемы. Следовательно, опираясь на действенность

биопсихосоциодуховной модели в профилактике аддикций, необходима длительная семейная психокоррекция, направленная, в первую очередь, на работу с созависимостью.

Проблема созависимости широко распространена в России и за рубежом и является одной из существенных в аддиктологии, поскольку осложняет процесс реабилитации адептов химической зависимости (Емельянова Е.В., Москаленко В.Д.). С одной стороны, близкие зависимых, опираясь на привычную систему деструктивных семейных отношений, являются провокаторами срывов. С другой, сами пациенты реабилитационных центров на этапе успешной ремиссии обнаруживают у себя модели созависимого поведения. Заниженная самооценка, размытые психологические границы, смешанность ролей, неспособность взять ответственность, диффузия идентичности и т.п. – негативно влияют на качество жизни и межличностные коммуникации (Пилипенко А.В., Соловьева И.А.).

Специфика психокоррекции созависимости заключается в том, что данное нарушение затрагивает многие базисные личностные аспекты и модели поведения аддикта. Поэтому среди обилия психотерапевтических подходов гештальт-направление представляется наиболее подходящим по методологическим основаниям и набору инструментов психологического воздействия в контексте биопсихосоциодуховной модели профилактики аддикции (Булюбаш И.Д., Моховиков А.Н., Дыхне Е.А.). Например, опыт контакта в режиме «здесь и сейчас», практикуемый в данном направлении, развивает осознанность, чувствительность, устойчивость, ассертивность и творческое приспособление к среде, так необходимые для выхода из созависимости. Работа по различению и осознанию чувств способствует формированию навыков тестирования реальности, дифференциации собственных потребностей и поиска здоровых способов их удовлетворения, поскольку созависимым свойственна эмоциональная некомпетентность и стремление к опосредованному удовлетворению потребностей. При этом гештальт-терапия обладает инструментарием для работы с острыми переживаниями клиента. В процессе длительной работы приобретается навык проживания запретных чувств семейной системы. Проработанность травматических чувств характеризуется переходом переживаний из регистра непереносимых, пугающих, безграничных, в переносимые и управляемые. В результате формируется личностная целостность и эмоциональная устойчивость.

Однако остается неясной длительность необходимого психокоррекционного воздействия в условиях работы с созависимостью. Поэтому в данном исследовании было выдвинуто предположение, что эффективность групповой психокоррекции созависимости средствами гештальт-подхода достигается при длительности воздействия не менее 8,5 месяцев.

Поскольку косвенными показателями созависимости являются паттерны межличностного взаимодействия и ряд личностных характеристик, для подтверждения гипотезы применялись следующие тестовые процедуры: шкала созависимости (Б. и Дж. Уайнхолд), опросник для определения самооценки (Б. и Дж. Уайнхолд), опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ, А.Г. Маклаков и С.В. Чермянин), тест межличностных отношений (Т. Лири). В пилотажном исследовании было выделено 30 человек с высоким уровнем созависимости, в возрасте 27–65 лет. Все они параллельно работали по программе «12 шагов». В последующем испытуемые были разделены на группы: «краткосрочная терапия» и «долгосрочная терапия».

Первичная диагностика показала, что у 96% человек обеих групп низкая самооценка и у 4% – высокая; 84% всех испытуемых имеют сниженный адаптивный потенциал личности и лишь 16% – удовлетворительный. Среди характеристик, актуализируемых в процессе межличностного взаимодействия испытуемых, доминировали покорность, зависимость, властность и великодушие. В большинстве случаев уровень данных параметров вписывался в категорию «адаптивное поведение» и лишь незначительный процент созависимых были отнесены к категориям «акцентуация» и «патология».

Формирующий этап исследования проводился ко-терапевтами (Краминой Г.Р., Сибгатуллиной Г.Р.) на базе социально-реабилитационного центра для химически зависимых «Роза ветров» г. Казань в режиме закрытой психокоррекционной гештальт-группы. Работа строилась по следующим направлениям: осознание потребностей, выявление созависимых паттернов семейной системы (коалиций, триангуляций, телесных симптомов, отсутствие прямых посланий в контакте), работа с пси-защитами, характерными для созависимых, легализацией запретных, неосознаваемых чувств (токсический стыд, вина, зависть, высокомерие, отвержение и обесценивание), отыгрывание травматического опыта, проживание бессилия, отчаяния, горя, восстановление чувстви-

тельности к нарушению границ и насилию, формирование здоровых копинг-стратегий, способности конструктивного прохождения жизненные кризисов и конфликтов.

По итогам групповой работы состоялась повторная диагностика. Обнаружено, что по истечении 2,5 месяцев гештальт-терапии статистически значимого сдвига в искомым показателях созависимых не произошло. Вероятно, это объясняется тем, что на первом этапе терапии строится работа с чувствами и настраивается навык саморефлексии, что не отражается на шкалах более стабильных личностных характеристик.

В группе созависимых «долгострочной терапии», наоборот, выявлены статистически значимые различия. Так, существенно подросла самооценка ($p < 0,001$), лишь в некоторых жизненных сферах она, по-прежнему, невысокая. Отмечается тенденция ($p < 0,05$) к улучшению ряда значимых умений для созависимой личности: устанавливать контакт, принимать себя, оставаться собой в сложных ситуациях (быть постоянным). Однако спустя 8,5 месяцев терапии остались нерешенные вопросы с умениями оказывать влияние. Созависимые фиксировали трудности в формировании личностных границ, что затрудняло выдерживать напряжение, связанное с отстаиванием собственных позиций в interpersonalных отношениях.

Также выявлена тенденция к снижению ($p < 0,05$) нервно-психического напряжения, импульсивности в поведении, агрессивности и делинквентности (по шкале «психотические реакции») и созависимости, в целом.

Сравнение взаимосвязей исследуемых параметров разных групп (по итогам корреляционного анализа) показало, что в результате длительной гештальт-терапии «созависимость» выпадает из структуры личностных характеристик созависимых, оставляя за собой лишь отрицательные корреляты с «постоянством» и «самооценкой». Следовательно, эмпирически доказано, что эффективность гештальт-подхода в психокоррекции созависимости достигается лишь при длительном воздействии – сроком не менее 8,5 месяцев. А для более устойчивого (статистически значимого) эффекта, вероятно, и более. Данные результаты подтверждаются наблюдениями специалистов, практикующих в данной проблематике, отмечающих позитивные сдвиги в моделях созависимого поведения в интервале 2–4 лет (Калитеевская Е.Р., Копытов Д.А.).

Выводы:

1. Учитывая многофакторную детерминацию аддиктивных расстройств, природу последовательного биопсихосоциодуховного разрушения личности аддикта, процесс его восстановления должен строиться также многоаспектно. Одним из компонентов в профилактике зависимости должна стать психокоррекция созависимости.

2. Опыт эмпирического исследования показывает, что при работе с семейной созависимостью средствами гештальт-подхода наиболее эффективно длительное взаимодействие со специалистом (не менее 8,5 месяцев).

3. Мишенями психологического воздействия на последующих этапах психокоррекции станут: личностные границы, сепарация, паттерны эффективной межличностной коммуникации, принятие своих ограничений, фрустрационная толерантность.

Серебровская О.В., Портнова А.А.

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМУ СОПРОВОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

*ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии им. В.П.Сербского Министерства здравоохранения РФ»,
Москва, Россия*

Актуальность. Необходимость семейно-ориентированного подхода к мультидисциплинарному сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья, обусловлена не только высокой распространенностью нарушений психического развития в детском возрасте, но и превышением потребности в получении специализированной помощи над ее доступностью, которое делает обязательным продление лечебной работы за пределы медицинского учреждения и предъявляет особые требования к организации микросоциальной среды.

Целью исследования является анализ результатов сопровождения семей, воспитывающих детей с нарушениями психического развития, специалистами разного профиля и изучение путей оптимизации ее модели за счет внедрения семейно-ориентированного подхода.

Материалы и методы. Проанализировано 327 случаев сопровождения родителей детей, проходивших курс лечения в детских отделениях ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Министерства здравоохранения РФ» и ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы». Критерием включения явилось наличие у ребенка первичного нарушения психического и речевого развития с последующим комплексом вторичных расстройств, возраст – 3–6 лет.

Результаты. Модель консультирования, основанная на семейно-ориентированном подходе, включала в себя четыре блока: изучение жалоб и внутрисемейной ситуации, комплексное обследование ребенка, проведение коррекционных мероприятий в присутствии родителей и итоговое консультирование семьи.

На первом этапе было выявлено несоответствие родительских оценок уровня развития ребенка его актуальному состоянию (78% случаев), несовпадение оценки матери и отца в отношении жалоб (46% случаев).

После получения диагностических данных мультидисциплинарной командой специалистов, в состав которой входили детский психиатр, медицинский психолог, логопед, разрабатывалась модель сопровождения семьи, включающая в себе конкретные задачи работы и преимущественные организационные формы их реализации.

В ходе коррекционных мероприятий (основной этап сопровождения) при включении родителей в занятия с ребенком в 85% случаев был выявлен ряд особенностей: неумение создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональный характер сотрудничества, неадекватность позиции по отношению к ребенку, недостаточная потребность в общении с ребенком, использование неконструктивных форм поведения. Целью внедрения семейно-ориентированного подхода являлось создание оптимальных условий для развития ребенка в семье. Для ее достижения ставились следующие задачи: переструктурирование иерархии жизненных ценностей родителей, гармонизация психологиче-

ского климата в семье, повышение психолого-педагогической компетентности родителей (лиц, их замещающих). Указанные задачи решались в ходе обучения взрослых специальным коррекционным и методическим приемам, необходимым для проведения занятий с ребенком в домашних условиях; моделирования ситуаций, при которых состояние неуспеха, связанное с нарушениями психики ребенка, постепенно трансформировалось в понимание его реабилитационного потенциала и адекватное отношение к динамике в его состоянии. Наибольшую трудность в ходе сопровождения представляло преодоление неадекватной оценки родителями проблем в развитии ребенка: отрицание, минимизация или переоценка степени тяжести имеющихся нарушений.

Организационными формами реализации модели явились индивидуальная и групповая, в ходе которой осуществлялась демонстрация приемов работы с ребенком и анализ выполнения домашних заданий с ребенком, проводились обучающие семинары, ставились и реализовывались творческие замыслы в самостоятельной работе родителя с ребенком.

Ведущими принципами, обеспечивающими успешную реализацию модели, стали принцип комплексности в выявлении и устранении факторов, оказывающих негативное воздействие на внутрисемейную атмосферу и развитие ребенка, и принцип единства диагностики и коррекции. На протяжении всей работы родителям оказывалась эмоциональная поддержка, содействующая усилению адекватности восприятия ситуации.

Основным итогом внедрения семейно-ориентированного подхода являлась трансформация лечебно-коррекционного процесса, реализуемого специалистами по отношению к пациенту, в развивающий процесс, осуществляемый родителями в ходе повседневной совместной деятельности с ребенком. Анализ эффективности лечения детей со сложными нарушениями развития подтверждает важность создания благоприятной реабилитационной и коррекционно-развивающей среды для ребенка в постгоспитальный период. Создание такой среды требует от родителей не только определенного объема знаний, способствующих пониманию потребностей и реабилитационных возможностей ребенка, но и овладения практическими навыками развивающего ухода и взаимодействия с ребенком.

Слоневский Ю.А.

**РЕЛИГИОЗНАЯ ФАБУЛА
В КЛИНИКЕ ЭНДОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ:
СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ И РЕГИГИОЗНОСТЬ,
КАК ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ВЫБОРА ФОРМ И СОДЕРЖАНИЯ
КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
И ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

В клинике эндогенных расстройств адекватный и обоснованный выбор вариантов персонифицированного терапевтического маршрута навряд ли возможен без внимательного отношения к оценке больным и его близкими причин болезни. В работах сотрудников отдела особых форм психической патологии предпринимаются попытки исследования влияния форм и типов религиозности как на формирование внутренней картины болезни, так и на выбор вариантов терапевтического сотрудничества.

Так как нам приходится участвовать в процессе реабилитационной и консультативно-диагностической работы с больными и их окружением мы ищем факторы повышающие ее эффективность.

Успешность консультативно-диагностической и реабилитационной работы с данным контингентом больных предполагает оценку вклада когнитивного диссонанса и феномена системного когнитивного диссонанса (ФСКД). Когда мы говорим о данном феномене, мы имеем ввиду, что не только болезнь нарушает способность больного, его семьи и ближайшего социального окружения жить в соответствии с нормами, ожиданиями референтного для них социума. Болезнь и ФСКД являются причиной личностного дискомфорта, дезорганизации и дезадаптации.

Феномен системного когнитивного диссонанса у верующих пациентов характеризуется тотальностью, системностью. Как правило, он затрагивает уровни когнитивной, эмоциональной, коммуникативной, поведенческой, ценностно-смысловой (религиозной) форм активности. Это определяет выбор стратегии и тактики персонифицированной помощи. Важную роль играет сочетанное применение мер психодиагностического, консультативно-информационного, психообразовательного, пастырского и психо-фармакологического сопровождения и поддержки.

Следует учитывать, что в религиозной среде у больных и их ближайшего окружения отмечается зачастую повышенная готовность к возникновению ФСКД. Это может быть связано с тем, что у них преобладает религиозный ракурс восприятия и интерпретации причин и обстоятельств возникновения болезни. Особую группу составляют больные с религиозной фабулой психопатологических переживаний.

На этапах начала заболевания и в период ремиссии важны: учет типа и формы проявления религиозности; уровня психологической готовности к сотрудничеству; активная профилактика ФСКД, становятся одним из главных условий эффективности согласованной междисциплинарной поддержки. Это позволяет своевременно провести уточнение и согласование принципов терапевтического взаимодействия; преодолеть недоверие, эмоциональную напряженность, информационную и целевую рассогласованность, при выборе и реализации форм сотрудничества в интересах пациента.

С целью нейтрализации дезорганизующего влияния ФСКД на поведение больного приходится проводить серию экстренных консультативно-образовательных встреч с членами его семьи. Главная их цель усилить осознание совокупности всех рисков, имеющих отношение к разным формам ФСКД. Это позволяет провести быстрый рефрейминг ключевых проблем, обозначить риски и ресурсы. Это способствует выбору формата, содержания и последовательности в реализации задач ответственного сотрудничества. Модель персонифицированного, интегративного, межпрофессионального подхода позволяет на практике формировать и реализовывать устойчивую «приверженность» больного и его ближайшего окружения к терапевтическому сотрудничеству. Терапевтическая команда должна постоянно иметь в виду стойкость ФСКД. Важна регулярная оценка структурных и содержательных трансформаций в уровне психологической готовности и подготовленности больного и референтной для него среды к конструктивному событийно-тематическому взаимодействию. Оценка основана на учете, осознании и понимании роли клинических характеристик, социально-бытийного и психо-возрастного аспектов. Стремление помогать, опираясь только на религиозный ресурс, на использование религиозного копинга не всегда успешно. Причиной является игнорирование того, что из-за болезни сам ход жизни больного в религиозной сфере может искажаться и деформироваться. Представление о формах

религиозного копинга, духовно-психологической, религиозной поддержки достаточно подробно отображены в модели событийно-тематической помощи разработанной в отделе особых форм психической патологии.

ФСЖД может быть важной частью патопсихологического симптомокомплекса. Однако, наиболее значим он при проведении личностной и социально-психологической диагностики, ориентированной как на кризисную поддержку, так и на профилактику. Знание о его формах, структуре, содержании, особенностях проявления в разных сферах жизни могут значимы при проведении системного семейного консультирования, при планировании реабилитационных мер.

ФСЖД – одна из основных угроз комплаенсу и содержательной согласованности междисциплинарного сотрудничества. Учет этого знания способствует успешному решению задач личностной и социальной адаптации.

Любой тип когнитивного диссонанса всегда характеризуется ощущением дискомфорта, рассогласованности. В этом состоянии возможность терапевтического сотрудничества может восприниматься как чрезвычайное событие, как процесс, не столько разрешающий, сколько усугубляющий проблему. Оценка его, как причины роста психического напряжения, приводит к фрустрации. Это отражается в выборе поведения. В нем, как правило, преобладают активные избегания, сопротивление и обесценивание помощи и поддержки. Высока роль имеющихся у пациента и его окружения знаний и представлений о происходящем, о социальном контексте. Преобладают процессы систематического игнорирования конструктивной информации, требующий изменения личностной позиции, установок, установления отношений ответственности.

При ФСЖД отмечается расхождение содержания привычных представлений, знаний с действительным положением дел. Нарушена способность к диалогу. В прогнозировании преобладают негативные ожидания. Зачастую диагноз и терапевтическое сотрудничество воспринимаются как неприемлемая угроза стабильности. Новые стратегии поведения, связанные с поддержкой больного оцениваются как препятствие и угроза осуществлению более важных целей, планов. Перед участниками терапевтического сотрудничества стоит задача поиска аргументов для изменения устоявшегося образа жизни, основанного на неприкосновенных (почти сакральных) для референтного сообщества нормах, правилах и ценностях.

В тоже время есть необходимость уменьшить когнитивный диссонанс, ослабить проявление ФСКД. Это можно сделать лишь за счет увеличения осмысленности, осознанности, согласованности. Консультативно-диагностическая поддержка позволяет заменить рост напряженности, нагнетания негативных ожиданий реалистичностью и трезвостью. Все это предполагает включение в работу с пациентом и его окружением и деятельности, связанной с отбором информации, изменением качества ее восприятия, уменьшением пристрастности оценок. Также необходимо способствовать переживанию терапевтической ситуации не просто как проблемной, но неотложной, кризисной, требующей конкретных волевых усилий, ответственного сотрудничества. Это способствует реальным изменениям на когнитивном, эмоциональном, поведенческом и даже ценностно-смысловом уровнях. Происходит обоснование и укрепление согласия на терапевтическое взаимодействие. Регулярно решается задача по снижению мировоззренческой, «идеологической» составляющей процессов признания диагноза и принятия решения о важности терапии.

Признание влияния ФСКД позволяет трезво оценить широко распространенную тенденцию объяснять поступки, установки, особенности мотивации и отношения верующих пациентов к терапевтическому взаимодействию, наличие у них патологической, токсической веры. Это позволяет расширить возможности выбора стратегии и тактики работы с больными и членами их семей.

Соборников В.И.

КЛЮЧЕВЫЕ МАРКЕРЫ СУБЪЕКТИВНОГО АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

*ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» филиал № 3 Москва, Россия*

Анализируя схемы по сбору анамнеза, которые представлены в основополагающих мировых руководствах по психиатрии, можно увидеть, что людям с различной психической патологией задаются одинаковые вопросы. Частота повторяемости одних и тех же вопросов

выделяет их среди прочих. Максимальное единообразие задаваемых вопросов касается семейного анамнеза и малой невротической симптоматики в детском и юношеском возрасте.

Так, Эмиль Крепелин в своем «Введении в психиатрическую клинику» пишет о том, что для «правильного суждения заболеваний» необходим материал. Однако необходимые обстоятельства так многочисленны и многообразны, что даже «самое полное руководство не могло бы их всех перечислить». Далее Крепелин свидетельствует о том, что существуют основные вопросы, которые начинающий врач-психиатр должен задавать при исследовании подчеркивает факты, на которые следует обратить внимание в анамнезе больного: «...следует обратить внимание на случай странных личностей, односторонней одаренности, преступных натур и самоубийств». Далее следуют патологии беременности и «тяжелые роды», «повреждение зародыша выясняются из наличия алкоголизма, сифилиса у родителей; <...>, смертность братьев и сестер, количество преждевременных родов и мертворожденных, состояние здоровья братьев и сестер». Незначительные повреждения, отмечаемые «в запоздалом развитии речи, указывает на повреждение зародыша, большие же степени дефектности указывают на болезненные процессы, которые могли иметь место до или после родов. <...> Раннее психическое созревание может быть признаком психопатического предрасположения».

Эйген Блейлер предлагает феноменологический подход к трактовке психической патологии. «Трудно сказать что-нибудь об общем течении душевных болезней». При этом для любого психического расстройства имеет значение «отягощение тяжелой наследственностью», внутриутробная патология, а также воспитание и последующее профессиональное ориентирование, что «тоже дает известную гарантию» развития патологии.

В «Клинической психиатрии» под редакцией Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера разные авторы неоднократно ссылаются на семейный анамнез, приводя клинические случаи указывающие, что роль наследственности, патологии родов, а так же характерологических особенностей личности позволяют осуществлять дифференцировку не только типа течения процесса, но и позволяют обнаруживать органические причины и назначать патогенетическое лечение с полной реабилитацией психической функции. В предисловии данного учебного посо-

бия подчеркивается, что наследственные обременения представляют разный удельный вес для психических расстройств, но значимы для каждого из них, а патология беременности и родов в значительной степени определяет последующее развитие болезни.

В «Оксфордском руководстве по психиатрии» (1999) дается «стандартная схема сбора анамнеза». В этой схеме отдельно выделены нарушения сна, половой функции, аппетита, наличие психической патологии у родственников, страхи. Данное обстоятельство вновь подчеркивает ценность семейного анамнеза.

Александр Сергеевич Тиганов в своем «Руководстве по психиатрии» также настоятельно рекомендует в освящении субъективного анамнеза уделять внимание не только наличию «в детские годы... ночных страхов, снохождений...», но и наследственной отягощенности и многократно подчеркивает важность этой информации для дифференциального диагноза в целом.

Таким образом, исходя из мирового эмпирического опыта психиатрических школ, можно констатировать, что в субъективном анамнезе в группе ключевых маркеров, таких как малая невротическая симптоматика и нарушения сна (снохождение, сноговорение, энурез, страхи темноты, высоты и т.д.) и личностные особенности (выраженность интровертированности/экстравертированности, ранимость, обидчивость, внимание к деталям, выраженность и устойчивость предпочтений) подчеркнута выделен семейный анамнез (ярко выраженные особенности поведения родственников, самоубийства в семье, наличие патологии беременности и родов).

Соборникова Е.А.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ СТЕРЕОТИПОВ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПО МЕТОДУ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ

*ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗ г. Москвы»,
Москва, Россия*

В преодолении деструктивных стереотипов поведения нуждается не только зависимый человек, но и его родственники.

Поведение зависимого человека может регулироваться не только извне – силами семьи, законами общества, правилами реабилитационного учреждения, но и изнутри, внутриличностными механизмами регуляции. Установки, смыслы и ценности личности являются внутренними факторами контроля поведения человека.

Человек, страдающий зависимостью от ПАВ или ПАД, может осуществлять контроль над собственным поведением и противостоять патологическому влечению при развитии у него здоровых ценностей, смыслов, установок.

Родственники зависимого человека, проживающие совместно с ним, в своем поведении опираются на установки, смыслы и ценности «жертвы», «преследователя» или «спасателя» (Драматический треугольник С. Карпмана). Они перестают функционировать как нормативные члены семьи, забывают, что значит быть матерью, женой, близким человеком...

Среди направлений метода формирования личностной саморегуляции (МФЛС) – работа по формированию или реконструкции нормативных личностных статусов, т.е. работа с установками, смыслами и ценностями личности зависимого, а также личностно-реконструктивная работа с родственниками пациентов, страдающих аддиктивными расстройствами.

Метод формирования личностной саморегуляции (Соборникова Е.А. 2010), основанный на теоретической базе Психогенетической теории личности Ю.В. Валентика разработан на кафедре наркологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

Под «личностной саморегуляцией» в данном случае понимается осознанный выбор способов удовлетворения потребностей, обусловленный установками, смыслами и ценностями личности.

Начинается работа с зависимым человеком и его родственниками с изучения Психогенетической теории личности Ю.В. Валентика в адаптированном варианте.

Работа по формированию или реконструкции нормативных личностных статусов включает: проработку собственных установок, смыслов, ценностей на когнитивном уровне, осознание собственных неосознанных установок, смыслов, ценностей при помощи Арт-терапевтических приемов, проработку нормативных установок, смыслов, ценностей, а также приобретение опыта конструктивного функционирования в специально созданной среде – в условиях терапевтического сообщества, где поведение зависимого человека или родственника регулируется правилами, идеологией, традициями, видами деятельности, обратной связью. Примером терапевтического сообщества для родственников зависимого человека в амбулаторных условиях может послужить психотерапевтический театр. В настоящее время такой театр-сообщество функционирует на кафедре наркологии РМАНПО.

С пациентами и их родственниками прорабатываются, также примеры нормативных установок, смыслов, ценностей, которые обеспечивают конструктивное взаимодействие в семье.

Так, например, в статусе **«Я – ребенок»**, *нормативными установками* являются: «я – хороший», «я – ценный», «я достоин любви и уважения», «я смогу многому научиться», «я способен делать что-либо по-своему, уникально, творчески», «я могу быть автономным», «родительские указания чаще продиктованы заботой обо мне и беспокойством за мою жизнь», «забота о родителях – это часть моей жизни»;

нормативными ценностями – отношения с родителями, здоровье и благополучие родителей, возможность развивать свои способности;

нормативными смыслами являются: развитие, создание чего-либо творчески, в соответствии со своей индивидуальностью, принятие своей семейной ситуации с пониманием причин несовершенств и прощением родительских ошибок.

Для статуса **«Я – родитель»** характерны *нормативные установки*: «Мой ребенок – хороший», «Мой ребенок – хороший, даже если совершает ошибки», «Он (ребенок) наш (мой)!», «Я делаю для своего ребен-

ка все, что могу и считаю нужным», «Мой ребенок неповторим, уникален и является отдельной самостоятельной личностью», «По мере взросления, мой ребенок будет сам принимать решения и нести за них ответственность», «Я люблю, уважаю и ценю своего сына (дочь)», «Я доверяю своему сыну/дочери», «Я верю в своего сына/дочь»; *нормативными ценностями* – отношения с детьми, здоровье, счастье и благополучие детей, возможность быть нужным и полезным своим детям; *нормативными смыслами* являются: забота, поддержка, обеспечение условий для безопасности, развития и благополучия детей, помочь ребенку быть самодостаточным и способным жить автономно, сохранение добрых отношений с детьми, «помощь детям в анализе и исправлении ошибок».

Для статуса «**Я – партнер**» характерны *нормативные установки*: «Мой партнер (жена/муж) уникален для меня, он единственный и неповторимый», «Я хочу быть со своим партнером», «Я уважаю своего партнера и соблюдаю его границы», «Я доверяю своему партнеру», «Я доверяю своему партнеру, даже если он когда-то обманул меня», «Я поддерживаю своего партнера», «Мне чаще всего хорошо с моим партнером», «Я уверен в собственной ценности и уникальности для своего партнера», «Хорошо, что мы разные, – мы дополняем друг друга», «Мы можем быть счастливы друг с другом, я хочу направлять на это свои усилия», «Я хочу, чтобы мой партнер был счастлив» «Тот, кто любит, разделяет участь того, кого он любит», «Я очень стараюсь быть честным со своим партнером»...; *нормативными ценностями* являются – единомыслие, комплементарность (дополнение друг-друга своими разными качествами); счастье, благополучие жены/мужа, общение с партнером, совместные воспоминания, совместные планы, возможность порадовать партнера...; *нормативными смыслами* – стремление к взаимному удовлетворению потребностей, в том числе материальных, сексуальных, забота о партнере, поддержка бытием своего партнера, облегчение жизни своему партнеру, забота о счастье партнера...

В статусе «**Я – мужчина**» человек руководствуется *нормативными установками*: «Я – один из представителей сильной половины человечества», «Я привлекателен для женщин в силу развития моей мужественности (решительности, стойкости, ответственности, выносливости, силы не только физической, но и внутренней, психологической, великодушия и снисхождения к «женским слабостям»)»... *нормативными ценностями*

являются – общение с женщинами, работа, как источник финансовой стабильности, честь и достоинство, стойкость, надежность, логика и интеллект, целеустремленность, стратегическое мышление, привлекательность для женщин, умение делать мужские дела (забить гвоздь, устранить элементарные бытовые неполадки, порешать проблемы с автомобилем); мужские увлечения (рыбалка, охота), состязания, единоборства; *нормативными смыслами* – созидание («посадить дерево, построить дом»), ответственность за развитие семьи и общества, обеспечивать жизнедеятельность, быть опорой для окружающих (в т.ч. женщин, стариков, детей), реализовать свою мужественность в конкретных действиях в случае необходимости (перенести тяжести, принять стратегическое решение, защитить беспомощных, защитить отечество).

В статусе «**Я – женщина**» *нормативными установками* являются: «Я – одна из представительниц прекрасной половины человечества», «Я могу быть привлекательной для мужчин, если буду развивать мою женственность (заботиться о своей внешности, демонстрировать мягкость, потребность в мужской заботе, создавать атмосферу уюта, вдохновения, загадочности)»; *нормативными ценностями* являются – общение с мужчинами, красота, ухоженность, чистота, упорядоченность, гибкость, «женская мудрость», мир, уют, стабильность, женская солидарность, умение готовить и сервировать стол, умение создавать нужную атмосферу; *нормативными смыслами* – нести в этот мир красоту, любовь, нежность, тепло, миролюбие; вдохновлять мужчин на созидательную деятельность; вселять в мужчин уверенность в своих силах; сохранение собственной привлекательности; ответственность за поддержание стабильности, сохранение семьи («хранительница домашнего очага») и общества...

На сегодняшний день можно констатировать, что пациенты и их родственники охотно работают по МФЛС и после нескольких месяцев работы в их взаимоотношениях наступают позитивные изменения. Планируется научная статистическая обработка накопленного материала.

На кафедре наркологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России в настоящий момент разработана и внедрена 36-часовая программа повышения квалификации, помогающая в освоении МФЛС – программа повышения квалификации «Метод формирования личностной саморегуляции в наркологии». Пройти обучение могут как врачи,

так и психологи, специалисты по социальной работе, волонтеры, работающие с зависимыми лицами и их родственниками.

Соловьев А.Г., Дьячков А.А.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЕМЬИ И ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА

*ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
Минздрава Россия, Архангельск, Россия
АНО «Центр социальных инициатив» «Воскресение», Архангельск, Россия
Православный приход Свято Троицкого храма, село Пянда,
Архангельская область, Россия*

Развитие алкогольной зависимости приводит к нарушению здоровья как на индивидуальном, групповом, региональном, так и общественном уровнях, а оценка совокупного ущерба определяется медицинскими, социальными, экономическими, демографическими и духовными составляющими. Алкогольная зависимость приносит с собой проблемы, связанные с изменением привычных жизненных стандартов, соматическими болезнями, душевными переживаниями, которые рассматриваются в качестве важных факторов риска социального неблагополучия, серьезно меняют ценностные приоритеты, образ жизни, общение и нередко являются причинами целого ряда проблем с психическим здоровьем, так как снижение адаптационных возможностей и изменения в социальном положении в совокупности приводят к существенной трансформации психической деятельности. Это рождает необходимость поиска новых направлений в повышении эффективности реабилитации зависимых лиц для сохранения или восстановления их общественной активности с учетом культуральных, региональных, социальных и духовным аспектов, в том числе с учетом особенностей проживания в условиях Европейского Севера России.

Целью исследования явилась систематизация социально обусловленных подходов к повышению эффективности реабилитационной работы лиц с алкогольной зависимостью в условиях Европейского Севера.

В силу выраженной анозогнозии заболевания контакты с представителями психонаркологической службы обычно начинаются, лишь когда у пациента уже есть явные признаки нарушений здоровья и прогноз лечения является неопределенным, что, соответственно, приводит к ухудшению внутрисемейных отношений и ложится тяжелой нагрузкой на социальное окружение.

В данной ситуации для прорыва социальной обреченности наиболее перспективной является работа по следующим направлениям.

Во-первых, перенос акцента в диагностической и лечебно-реабилитационной деятельности с психиатрических и наркологических служб, к которым в силу известной стигматизации не ожидается повышения обращений, на врачей первичного звена, работающих в области семейной медицины, а также на специалистов в сфере оказания социальных услуг. Учитывая, что малозаселенные сельские районы на севере занимают до 80% площади, приводя к сложностям коммуникаций с областными медицинскими центрами, контакты родственников больных в большинстве случаев будут ограничиваться именно указанными категориями специалистов. Несомненно, это обуславливает необходимость повышения эффективности целенаправленного последипломного образования в области психонаркологии профессионалов не наркологического профиля. В реализации данного направления важен учет европейского опыта подготовки специалистов – с возможностью организации междисциплинарных тренингов для медиков, психологов, социальных работников с учетом междисциплинарных аспектов преподавания.

Во-вторых, необходима психологическая подготовка родственников с обучением их владению простейшими приемами скрининга нарушений психической деятельности лиц с развивающейся химической зависимостью для инициации контакта с медицинскими и социальными службами. Перспективным является проведение в рамках «университетов здоровья» обучающих семинаров и разработка образовательных программ для родственников по первичной и вторичной профилактике наркологических заболеваний, а также информации о возможности адресного обращения к специалистам с учетом специфики выявленных или нарастающих психических изменений.

В третьих, принципиально важным является учет религиозной составляющей в традиционном семейном укладе на Севере, в большей степени выраженной в местах компактного сельского проживания, с нали-

чем высокого уровня интеграции людей вокруг церкви, отличиями ключевых духовных факторов качества жизни, которые связаны с социально-демографической структурой, культурно-гендерными традициями, особой ценностью семьи и родственных отношений. Взаимодействие с представителями православной церкви является мощным инструментом для лиц с проявлениями зависимости, главным образом, направленным на повышение продолжительности и качества ремиссии, профилактике социального одиночества и улучшения межличностных отношений с микросоциальным окружением, в определенной мере компенсируя недостаточность или отсутствие государственной наркологической помощи. Не случайно, некоторые из прихожан по мере купирования проявлений наркологического заболевания в дальнейшем и сами выступают в качестве волонтеров для помощи начинающим реабилитантам.

Широкое внедрение предложенного подхода позволяет выявить уровень наркологических проблем, оценить потребность в помощи с учетом основных прогностических факторов сохранения и укрепления психического здоровья, что имеет большое медико-социальное, экономическое и духовное значение, особенно в отдаленных северных территориях и способствует разработке групповых и индивидуальных реабилитационных маршрутов применительно к реальным условиям проживания.

Солохина Т.А.

МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
РБОО «Семья и психическое здоровье», Москва, Россия*

Многочисленные проблемы, существующие в семьях лиц, страдающих шизофренией (дисфункциональный семейный стиль, психологические тяготы родственников пациентов, их недостаточная информи-

рованность о психических заболеваниях, низкая приверженность лечению пациента, стигма и другие), определяют необходимость оказания членам семьи комплексной психосоциальной и психотерапевтической помощи в связи с их личными потребностями, а также в связи с функциями поддержки психически больного человека на всех этапах его лечения.

Идея работы с семьями психически больных возникла еще в начале 50-х годов XX века, однако концепции семейной терапии базировались на том, что семья сама частично виновата в развитии психического заболевания, и дисгармоничному семейному функционированию придавалась этиопатогенетическая роль в возникновении психического заболевания (Bateson et al., 1956). Терапия заключалась в том, чтобы изменить поведение членов семьи по отношению к пациенту и таким образом помочь ему избавиться от симптомов болезни. Этот подход оказался неэффективным и постепенно исчез из курсов лечения.

В настоящее время при рассмотрении механизмов развития шизофрении признана объединяющая *биопсихосоциальная модель*, которая подразумевает многофакторность природы этого заболевания. В этой модели влияние определенных семейных отношений рассматривается в качестве запускающих стрессовых факторов на фоне имеющейся биологически обусловленной предрасположенности к возникновению болезненного процесса (Коцюбинский А.П. и соавт., 2004; Zubin J., Spring B., 1977), и семейные отношения из статуса причины заболевания переходят в статус одного из многочисленных факторов, влияющих на течение заболевания и его рецидивы. Влиянию семейных факторов на рецидивы психически больных посвящены многочисленные отечественные и зарубежные исследования. Доказано, например, что больные шизофренией, проживающие в семьях с высоким уровнем выраженных эмоций (критические замечания, враждебность, гиперопека), в 2–3 раза чаще подвержены риску развития рецидива (Bebbington P., Kuipers L., 1994).

Углубление знаний о причинах возникновения психических заболеваний, признание специалистами бремени семьи, запрос родственников на помощь и поддержку привели к появлению новых методов работы с пациентом и его семьей, среди которых наиболее хорошо изученными семейными вмешательствами являются психообразование (Falloon I.R.H., et al., 1981, 1985) и поведенческая психотерапия, включаю-

щая высоко структурированные директивные поведенческие техники, такие как постановка целей, моделирование, повторение, подкрепление, домашние задания (Beck. J., 1995). Применяются и другие методы семейной терапии – системная и психоаналитическая психотерапия.

Комплекс семейных вмешательств, как правило, включает: психообразование, семейную терапию, программы кризисной помощи и поддержки семей. Имеются сведения о том, что для достижения устойчивого эффекта психосоциальная программа для родственников должна длиться не менее 9 месяцев (Pilling S. et al., 2002). Формат семейных вмешательств может различаться: работа с отдельной семьей, включая пациента, мультисемейные группы, групповая работа только с родственниками пациентов. Мета-анализ 31 исследования эффективности семейных вмешательств показал, что при их проведении уменьшается уровень повторных обострений и число госпитализаций у пациентов, сокращаются сроки их стационарного лечения, улучшается соблюдение пациентами лекарственного режима, существенно возрастает их социальная адаптация, а также облегчает бремя семьи и снижается уровень эмоциональной экспрессии у родственников больных (Pflammfter M., Junghan U.M., Brenner H.D., 2006).

Учитывая результаты отечественных и зарубежных научных исследований, а также собственный многолетний опыт работы с семьями психически больных, сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ совместно с РБОО «Семья и психическое здоровье» разработана модель социально-психологической и психотерапевтической помощи семьям пациентов, страдающих шизофренией, которая была внедрена в работу ряда практических психиатрических учреждений г. Москвы, Московской области, других регионов страны, а также проведена оценка ее эффективности. Структурными элементами (модулями) этой модели являются: психообразование; индивидуальное и семейное психологическое консультирование; тренинги, направленные на выработку необходимым родственникам навыков (решения проблем, коммуникативных, управления эмоциональным состоянием и проч.); групп-аналитическая психотерапия; вовлечение членов семей в работу общественных общественных организации, группы самопомощи, функционирующие на принципах партнерства. Длительность помощи составляет от 3 месяцев до более двух лет в зависимости от количества модулей, в которых участвуют родственники пациентов.

Организационно-методические подходы при оказании психосоциальной и психотерапевтической помощи в рамках разработанной модели, ее цели и задачи, а также особенности проведения работы в каждом из ее модулей изложены в методических рекомендациях (Солохина Т.А. и соавт., 2012). Необходимо указать что задачи, стоящие перед специалистами при работе с семьями в рамках указанной модели, многочисленные и в их число входят: коррекция дисфункционального семейного стиля и межличностных отношений с целью профилактики рецидивов болезни; развитие навыков взаимодействия с пациентом и врачом; развитие адаптивных стратегий преодоления болезни и навыков решения проблем; предоставление научно-обоснованной информации о природе психических заболеваний и современных подходах к лечению, системе организации психиатрической помощи; выработка реалистичных ожиданий в отношении заболевания члена семьи; повышение мотивации родственников к лечению пациента, улучшение комплаентности членов семьи; дестигматизация; уменьшение бремени семьи; создание естественной сети социальной поддержки и уменьшение социальной изоляции.

Важной составляющей при проведении психосоциальных и психотерапевтических вмешательств является оценка их эффективности. Выбор критериев для оценки эффективности помощи, оказанной родственникам больных, соответствовал задачам, которые решались в рамках каждого модуля. К интегральным критериям, которые использовались для оценки эффективности помощи, относились динамика семейного бремени и качества жизни, а также удовлетворенность оказываемой помощью. При оценке эффективности помощи, оказанной в отдельных модулях, использовались частные критерии. Так, эффективность программы психообразования оценивалась по таким критериям, как объем знаний о психических заболеваниях, умение распознавать симптомы рецидива, отношение к болезни и медикаментозному лечению. Оценка эффективности групп-аналитической психотерапии, тренинга навыков, психологического консультирования проводилась на основании показателей психологического статуса, уровня дистресса, вызванного проблемами социального функционирования, или дистресса в межличностном общении. Важными критериями эффективности проведенной работы являлись копинг-стратегии, свидетельствующие о существовавших ранее навыках преодоления проблем, ее ресурсах, жизнестойкости, а

также стратегиях, сформированных в результате реабилитационной работы. Об эффективности психотерапии и психологического консультирования свидетельствовал такой критерий, как достижение поставленной цели при решении текущей актуальной проблемы.

Результаты оценки эффективности программы психообразования родственников больных шизофренией показали, что разработанная программа способствовала снижению бремени болезни за счет получения необходимой информации, принятия болезни близкого человека, формирования адаптивных стратегий преодоления проблем. После прохождения родственниками курса психообразования у них не только увеличивался объем знаний в области психиатрии, повышалась комплаентность, формировались конструктивные копинг-стратегии, уменьшалось число жалоб на соматические и психологические симптомы, улучшалось качество жизни, но, что очень важно – появлялось осознание родственниками собственных потребностей в психологической помощи и запрос на помощь в их решении (Солохина Т.А. и соавт., 2016; Солохина Т.А., 2018, Цапенко А.И., 2015).

Результаты оценки эффективности тренингов навыков показали, участие в них способствовало гармонизации отношений в семье, уменьшению числа конфликтов, расширению круга общения, улучшению навыков общения с членами семьи и специалистами психиатрических учреждений, что приводило к субъективно менее тяжелой оценке семейной ситуации. Регистрировалось освоение навыков совладания с негативными чувствами, психофизическим и эмоциональным состоянием, постепенное овладение навыками решения проблем, повышение готовности делиться своими проблемами с другими родственниками.

Целью групп-аналитической психотерапии членов семьи больного является освобождение их внутренней психической жизни от неосознанных представлений и аффектов, которые составляют причину беспокоящих их проблем, мешают развитию личности и достижению изменений в отношениях с больным, а также в жизненной ситуации в целом (Цапенко А.И., Ениколопов С.Н., 2012). Исследование показало, что после двухгодичного курса групп-аналитической психотерапии, пройденного родственниками пациентов, у них уменьшился общий дистресс, связанный с проблемами социальной адаптации, а также дистресс в межличностном общении, связанный с их неуверенностью и низкой самооценкой; улучшилась адаптация в своей семье, уменьшились

чувство вины и чрезмерное неоправданное беспокойство в отношении психически больных членов семьи (Цапенко А.И., 2015).

В настоящее время помощь семье и увеличение ее влияния на процесс лечения пациента стали существенной частью терапевтического процесса, стратегическим направлением повышения его эффективности. Важность этого раздела работы основывается и на понимании влияния семейного окружения на течение шизофрении, и на понимании тех последствий, которые оказывает болезнь члена семьи на его родственников. Учитывая это, актуальной задачей является внедрение в практику современных психосоциальных методов лечения, направленных на снижение бремени семьи и ее стигматизации, повышение качества жизни, а также развитие подходов к оценке эффективности психосоциальных вмешательств. Разработанная модель психосоциальной и психотерапевтической помощи семьям психически больных способствует решению указанных задач.

Султанова А.Н., Тагильцева Е.В., Сычева Т.Ю., Леонтьева А.Е.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ХОДЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

ФГБОУ ВО Новосибирский ГМУ МЗ, Новосибирск, Россия

Актуальность. Врачи и психологи при работе с беременными часто сталкиваются с такими психоэмоциональными состояниями как повышенный уровень тревожности, сомнения по поводу сохранения беременности и рождения ребенка, эмоциональная неустойчивость (Королева Н.Н., 2014). На сегодняшний день вопрос об изучении и коррекции психоэмоциональных состояний остается актуальным, поскольку психоэмоциональное состояние женщины влияет на протекание беременности и родов, самочувствие новорожденного, а затем на становление детско-родительских отношений (Гусакова Г.И., 2015). Актуальность усугубляется тем, что нарушения в психоэмоциональной сфере беременных женщин в будущем влияют на психическое и соматическое здоровье ребенка. Так, например, дети женщин, у которых была антенатальная депрессия,

чаще проявляют эмоциональные и поведенческие нарушения в отличие от сверстников чьи матери не страдали депрессией во время беременности (Bleker L.S., et al., 2019); а дети 5–7 лет, чьи матери во время беременности подвергались психосоциальному стрессу, имеют повышенное артериальное давление (Van Dijk A.E., et al., 2015).

Целью работы является прослеживание динамики психоэмоциональных состояний у женщин в период беременности при проведении психологической коррекции.

Материал и методы исследования: госпитальная шкала тревоги и депрессии; тест отношений беременной; пятифакторный личностный опросник; шкала антенатальной материнской привязанности. Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «Городской клинической больницы № 1». В исследовании приняли 20 беременных женщин, экспериментальную группу составили 10 беременных женщин с нарушениями в психоэмоциональной сфере, контрольную – 10 беременных женщин, сопоставимых по возрасту и сроку беременности с экспериментальной группой.

Результаты исследования. При анализе госпитальной шкалы тревоги и депрессии у 20 (68,9%) испытуемых не выявлена тревога и депрессия, 7 (24,1%) находятся в состоянии субклинически выраженной тревоги и депрессии, у 2 (7%) обнаружена клинически выраженная тревога и депрессия. При анализе показателей теста отношения беременной у 10 (34,4%) исследуемых женщин выявлен оптимальный тип отношения к беременности, у 5 (17,2%) – тревожный, у 3 (10%) – гипогестогнозический, у 1 (4%) – депрессивный и у 10 (34,4%) – эйфорический. При анализе шкалы антенатальной материнской привязанности у всех испытуемых выявлен высокий уровень качественной привязанности; у 19 (65,5%) женщин – средний уровень интенсивности проявлений материнской привязанности и у 10 (34,5%) – высокий уровень. Таким образом, можно сделать вывод, что показатели внутриутробной привязанности имеют нормативные значения в исследуемой группе, что в целом соответствует проявлению привязанности на этом сроке беременности. Выявлены достоверные различия типов отношения к беременности с фактором «Экстраверсия» и «Экспрессивность».

Были выявлены взаимосвязи показателей психоэмоционального состояния с особенностями социальной ситуации и личности с помощью критерия ранговой корреляции Спирмена. Качественная антенатальная

привязанность характеризуется выполнением действий, направленных на заботу о будущем ребенке. Таким образом, более высокий показатель качества внутриутробной привязанности свойственен замужним женщинам, проживающим в благоприятной социальной ситуации и имеющимся хронические заболевания, что может объясняться наличием конструктивных мотивов к рождению ребенка, а также компенсацией озабоченности своим здоровьем (Гарданова Ж.Р., Норина М.Ю., 2011). Для пластичных женщин с направленностью вовне, проявляющих теплоту в отношениях, имеющих привязанность в отношениях с другими людьми, характерен высокий уровень качественной привязанности к ребенку. Таким образом, проявление качественной привязанности напрямую связаны с личностными особенностями женщины (Кельмансон И. А., 2018).

Показатель интенсивности обозначает время, которое тратит беременная женщина на заботу о своем будущем ребенке. Таким образом, при наличии осложнений беременности и отсутствии высшего образования, уровень интенсивности антенатальной привязанности выше, что может объясняться недостаточным количеством свободного время для женщин с высшим образованием ввиду их занятости на рабочих местах, а осложнения беременности, несущие реальную угрозу здоровью будущего ребенка, побуждают уделять женщинам больше внимания своей беременности (Кельмансон И.А., 2018).

После проведения исследования психоэмоциональных состояний женщин во время беременности с особенностями личности и социальной ситуации была набрана психокоррекционная группа, состоящая из 10 человек и сопоставимая с ними по возрасту, сроку беременности и количеству человек контрольная группа.

При сравнении показателей психоэмоционального состояния основной и контрольной групп до проведения психокоррекционного воздействия выявлены в основной группе средние значения тревоги, депрессии, показатели как интенсивной, так и качественной внутриутробной привязанности выше, чем в контрольной группе. Тем не менее, значимых различий в основной и контрольной группе обнаружено не было.

Таким образом, распределение типов отношений к беременности в экспериментальной и контрольной группах сопоставимы по степени их выраженности в обеих группах.

На начало эксперимента основная и контрольная группы были эквивалентны по всем рассматриваемым показателям.

После набора основной группы была проведена психокоррекционная работа, направленная на гармонизацию психоэмоциональной сферы, проводившаяся в индивидуально-групповой форме. После завершения психокоррекционной программы все участники основной группы повторно прошли диагностику психоэмоциональных состояний. Показатели психоэмоционального состояния экспериментальной группы до и после психокоррекционного воздействия анализировались с помощью парного критерия Вилкоксона. Отмечены достоверные различия в показателях психоэмоционального состояния до и после психокоррекционного воздействия. Можно сделать вывод, что разработанная психокоррекционная программа в работе с беременными женщинами оказывает влияние на снижение показателей тревоги и депрессии, а также на повышение показателей интенсивной и качественной антенатальной привязанности. Стоит отметить, что достоверных различий между типами отношений к беременности до и после проведения психокоррекционной работы отмечено не было. В целях выявления эффективности проведенной психокоррекционной программы полученные результаты экспериментальной группы были сравнены с контрольной группой с помощью Т-критерия Уайта. Таким образом, были выявлены достоверные различия в показателях психоэмоционального состояния между основной и контрольной группой, что указывает на то, что полученные результаты были достигнуты именно посредством психокоррекционного воздействия, следовательно, разработанная программа является эффективной в работе по коррекции психоэмоционального состояния беременных женщин.

Выводы. В ходе работы выявлены показатели субклинической тревоги и депрессии у 24% исследованных женщин, клинически выраженная тревога и депрессия в 7% случаев; уровень качественной антенатальной привязанности высокий среди всех участников исследования, уровень интенсивной антенатальной привязанности высокий в 34% случаев и средний в 64%; среди типов отношения к беременности в исследуемой группе преобладают оптимальный (35%) и эйфорический (35%), также были выявлены гипогестогнозический (17%), тревожный (10%) и депрессивный (3%) типы отношения к беременности. С помощью критерия U-критерия Манна–Уитни выявлено, что тревога свойственна беремен-

ным женщинам с меньшей степенью выраженности показателей контроля ($p < 0,05$), самоконтроля ($p < 0,05$), предусмотрительностью ($p < 0,05$) и стремлением к теплоте в отношениях ($p < 0,05$); депрессия свойственна женщинам с меньшей степенью выраженности понимания в отношениях ($p < 0,05$). Эйфорический тип отношения к беременности характерен женщинам склонным к поиску новых впечатлений ($p < 0,05$), а гипогестогнозический тип – для женщин с высокой степенью сензитивности ($p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлена взаимосвязь тревоги с эмоциональной лабильностью ($r = 0,42$) и с депрессией ($r = 0,46$); взаимосвязь депрессии с показателями контроля ($r = -0,5$), ригидности ($r = 0,6$), активности ($r = -0,56$), экстравертированности ($r = -0,41$) и наличием психосоматических заболеваний ($r = 0,47$); взаимосвязь качественной внутриутробной привязанности с благополучием социальной ситуации ($r = 0,48$), наличием хронических заболеваний ($r = 0,4$) и зарегистрированным браком ($r = 0,42$), а также экстравертированностью ($r = 0,56$), общительностью ($r = 0,58$), пластичностью ($r = 0,48$), теплотой в отношениях ($r = 0,59$) и привязанностью ($r = 0,5$); взаимосвязь интенсивности внутриутробной привязанности с наличием осложнений беременности ($r = 0,41$) и высшего образования ($r = -0,44$). Разработанная программа психокоррекции, направленная на гармонизацию психоэмоциональной сферы женщин в период беременности влияет на снижение показателей тревоги и депрессии и на увеличение показателей антенатальной привязанности в период беременности. После проведения психокоррекционной программы были найдены достоверные различия с помощью критерия Вилкоксона в снижении показателях тревоги ($p < 0,01$) и депрессии ($p < 0,05$), а также повышение уровня качества ($p < 0,05$) и интенсивности ($p < 0,01$) антенатальной привязанности до и после проведения психокоррекционной работы. С помощью Т-критерия Уайта выявлены достоверные различия в снижении показателях тревоги и депрессии и повышения уровня качества и интенсивности антенатальной привязанности у беременных женщин в исследуемой группе при сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$), что указывает на эффективность разработанной психокоррекционной программы при работе с обозначенными психоэмоциональными состояниями.

Табидзе А.А.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КРЕПОСТИ ИЛИ НЕУСТОЙЧИВОСТИ БРАКА

Научный Центр «Психопедагогика» Минобрнауки РФ, Москва, Россия

В работе предлагается измерительный инструмент оценки крепости или неустойчивости брака. Обоснованием работы служит библейский тезис «Оставит человек отца своего и мать свою и прилепится к жене своей: и будут два ОДНА ПЛОТЬ» (Мтф., 19:5,6).

Нам понятно, что это не материальная, а психологическая плоть. Гармоничная семья часто напоминает сплочённую, слаженную команду, понимающую друг друга без слов и живущую в атмосфере совместного психологического комфорта. Известно выражение – «живут душа в душу», «муж и жена – одна душа». Можно предположить, что эта «одна душа плоти» имеет своё психологическое эмоциональное состояние, складывающееся из эмоциональных состояний душ мужчины и женщины.

Для оценки эмоциональных состояний личностей используется тест Кеттелла в авторской интерпретации. Вводится новый психологический показатель – СТЕПЕНЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ, содержащий 4-е эмоциональных фактора, и принимающий значения от –20 до +20. Если измеряемая степень эмоциональной зрелости положительная, то перед нами эмоционально зрелая личность, если отрицательная – то эмоционально незрелая.

Естественно, если суммарная степень эмоциональной зрелости «плоти души» выше, чем степень эмоциональной зрелости каждой из отдельных личностей, то им друг с другом комфортнее, чем по одиночке. И тогда они испытывают биологическое, инстинктивное стремление к достижению такого комфорта. Фактически между ними возникают неосознаваемые центробежные силы, притягивающие их друг к другу.

И это является главным фактором крепости брака.

Если суммарная степень эмоциональной зрелости «плоти души» ниже, чем у каждого, то здесь совместное состояние дискомфорта тягостнее, чем по отдельности. И тогда они на неосознаваемом уровне испытывают центробежные силы отталкивания друг от друга.

Это является главным фактором неустойчивости брака.

Таким образом, используемая психодиагностика чётко показывает готовность или неготовность пары к браку.

И второе. Эмоционально незрелые личности, при желании, могут сформировать у себя за достаточно короткий срок, 2–4 месяца, качества эмоциональной зрелости, качества готовности к браку. Нами разработана такая педагогическая технология.

Следует отметить, что настоящая работа является частью новой парадигмы психологии личности, в основе которой лежит авторская образная 4-х частная модель психики человека, полностью соответствующая 4-х частному биопсихосоциодуховному подходу в психологии.

В работе также утверждается, что цель каждого человека – стать эмоционально зрелой личностью. Приводятся аргументы, что в этом случае он приобретает качества неуязвимости к заболеваниям психосоматического и невротического плана, качества, приводящие к успеху в трудовой деятельности, и качества, являющиеся фундаментом достижения семейного счастья.

Данная методика оценки крепости брака предлагается к использованию в службах ЗАГС, службах семейного консультирования и др.

Токарева Н.Г.

ЭПИЛЕПСИЯ: БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНЫЙ АСПЕКТ

ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни основан на модели Дж. Энджела, предложенной в конце 1970-х годов. Его целью была разработка научной модели здоровья и болезни, опирающейся на определение ВОЗ. Согласно этому подходу здоровье является результатом взаимодействия трех групп факторов – биологических (генетические и инфекционные факторы, органические дефекты), психологических (когнитивные, эмоциональные и поведенческие факторы) и социальных (социальные нормы поведения, давление со стороны окружающих, направленное на изменение поведения, социальные ценности, связанные со здоровьем, социальный класс и этническая группа), а в поздних вер-

сиях подхода предлагаются также возможные направления такого взаимодействия. Макросоциальные условия влияют на индивидуальное здоровье опосредованно, через систему микросоциальных факторов. Микросоциальные и индивидуальные факторы функционируют в постоянном взаимодействии, причем каждый из них может влиять на здоровье как напрямую, так и через психологические и физиологические факторы. Кроме того, на здоровье влияет поведение человека, которое, в свою очередь, зависит от культуры, в которой человек живет, его социального положения, рабочего места, поведения окружающих его людей, его опыта и привычек, его убеждений и знаний.

Под «биомедициной» и «биомедицинским подходом» Д. Эйнджел понимает такое отношение к проблемам здоровья и болезни, при котором признается безусловный приоритет биологических факторов над психосоциальными, а нарушение в работе организма рассматривается как единственное и достаточное условие для возникновения болезни.

Биопсихосоциальная модель опирается на принципы системного подхода. Это означает, что здоровье и болезнь рассматриваются здесь в контексте сложной «иерархии натуральных систем», где системы низших уровней являются составными частями систем высших уровней. Вопрос о том, сколько компонентов модели необходимо учитывать одновременно, Д. Эйнджел оставляет на усмотрение самого клинициста. Каждый уровень системы имеет свои отличительные особенности и требует уникальных методов исследования. Д. Эйнджел утверждает, что самой очевидной характеристикой медицины является то, что она имеет дело с человеком, а медицинская практика представляет собой особую форму общественной активности, где и врач, и пациент выполняют предписанные им социумом роли. Потребностью пациента является снятие связанного с болезнью дистресса. Поэтому он обращается к врачу, которого считает компетентным в решении его проблем. Задачей врача является обнаружение того, что и как пациент чувствует, чтобы затем выдвинуть и проверить гипотезу и провести соответствующие лечебные мероприятия. Достижение этих целей возможно благодаря эффективной коммуникации, которая определяется действующими психосоциальными факторами.

Биопсихосоциальный подход, с одной стороны, основан на социальных и этических требованиях (например, призыв лечить больного, а не болезнь, акцент на важности уважения к выбору человека, его пра-

вам) а, с другой стороны, научными данными о недостаточности объяснения здоровья и болезни, исходящего исключительно из биологических параметров. Он выступает как основной принцип, перспектива рассмотрения, наряду с принципом развития или принципом учета гендерных особенностей.

Комплексный подход является доминирующим в социально-психологической диагностике, но наряду с ним применяется сравнительный подход. Этот метод позволяет сравнивать различные ступени развития психической организации человека и разные уровни развития группы, т.е. различные уровни развития одного и того же явления. К категориям сравнительных признаков относятся прежде всего пол, возраст, а также социально-демографические характеристики: образование, профессиональная принадлежность, должностной статус, национальность, место жительства и т. д.

В данной работе рассмотрим соотношение проблемы эпилепсии и биопсихосоциодуховных характеристик. Эпилепсия – широко распространенное хроническое психоневрологическое заболевание, которое сопровождается большим спектром психологических и социальных проблем, возникающих в связи с заболеванием у самого больного, его родственников, коллег и ближайшего окружения.

По данным ВОЗ эпилепсией страдают около 50 миллионов человек во всем мире, или 0,5–1% населения мира. Также экспертами ВОЗ было указано, что примерно 2,5 миллиона новых случаев диагностируется каждый год в мире. Стандартизированное исследование распространенности эпилепсии в РФ составило 2,92 человека на 1000 населения. Распространенность эпилепсии в европейских исследованиях у взрослых составляют 5,3–6,3 на 1000 населения. Распространенность эпилепсии в последние годы увеличивается, что связано с ростом обращаемости к врачам, усовершенствованием диагностических методов.

Общество относится к людям, страдающим эпилепсией, неоднозначно и в подавляющем большинстве случаев негативно. Эпилепсия негативно сказывается на всех сторонах жизни больного: на возможности получить образование и трудоустроиться, возможности создать семью, и т.д. Как правило, стигматизация больных эпилепсией проявляется в вопросах создания семьи.

С медицинской точки зрения в настоящее время эпилепсия неплохо поддается коррекции противоэпилептическими препаратами, но в соци-

альном отношении такие больные все ещё остаются стигматизированными. Общество не в состоянии принять, что эпилепсия поддается лечению, и больной может быть полностью восстановлен в правах. Поэтому важным аспектом является улучшение качества жизни больных эпилепсией. Пациенты с эпилепсией чаще нуждаются в медицинской и социальной поддержке, включающей необходимость госпитализации, помощь психологов, социальных работников и медицинских сестер.

Ситуация болезни – это серьезное жизненное испытание, которое по-иному заставляет взглянуть на собственную жизнь, на свое окружение и на будущее, задуматься о жизненных смыслах. Эпилепсия – это болезнь, которая ведет не только к переоценке ценностей, но и возникновению новых ценностей, нового мирозерцания, рождает переломное, кризисное переживание, до предела обнажающее человеческую сущность. На духовность пациентов может оказывать влияние структура личности, превалирующие личностные состояния, психологические травмы, психологические защиты, психологический потенциал и внешнее окружение.

У больных эпилепсией отмечаются страдания духовной природы, где преобладают одиночество, экзистенциальные вопросы о смысле жизни, смерти, боли, болезни. Духовное страдание у больных можно охарактеризовать как безуспешную попытку в придании смысла жизни.

Проблеме духовности в медицине в последнее время уделяется много внимания, имеются указания, что духовные отношения в значительной степени оптимизируют состояние больных, способствуют более успешной реабилитации и интеграции в социум.

Современная концепция оказания психиатрической помощи больным эпилепсией как на амбулаторном, так и на госпитальном этапах не ограничивается только биологическим и медицинским направлением и возникает необходимость принимать во внимание все аспекты – биологический, психологический, социальный, духовный.

В настоящее время основным принципом при оказании психиатрической помощи является ее комплексность, что подразумевает организацию полипрофессиональных бригад, где лечебно-реабилитационные задачи решаются совместными усилиями бригады специалистов, включающих врача-психиатра, врача-психотерапевта, клинического психолога, социального работника, среднего и младшего медицинского персонала.

В Республике Мордовия психиатрическая помощь больным эпилепсией оказывается на базе ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница», в структуре которой работают врачи психиатры, психотерапевты, клинические психологи, социальные работники. Больным эпилепсией оказываются все виды помощи: диагностическая, лечебная, реабилитационная, психопрофилактическая, осуществляются все виды психиатрических экспертиз. При оказании психиатрической помощи больным эпилепсией осуществляется комплексное биопсихосоциодуховное воздействие на больного, страдающего эпилепсией с учетом нарушенных компонентов психики больного (характеристик когнитивной сферы, показателей эмоционально-волевой сферы), с акцентом на сохранные стороны психики.

В рамках научного диссертационного исследования нами проводится объемное психодиагностическое изучение больных эпилепсией с использованием комплекса патопсихологических методик, нейропсихологических методик, направленных на диагностику особенностей познавательной сферы (особенностей внимания, памяти, мышления, интеллекта), эмоционально-волевых характеристик, с учетом структуры и очага поражения головного мозга, а также изучение комплекса социальных характеристик больного. Полученные результаты способствуют выявлению вариантов нарушений клинических, социально-психологических показателей у больных эпилепсией и, соответственно, определению адресной помощи данному контингенту больных с применением как психофармакотерапии, так и психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

Отмечающиеся в последнее время тенденции к усложнению современных программ психологической и социальной помощи больным эпилепсией предполагают учет многоаспектного характера компенсаторных процессов, состояния биологических, психологических и социальных характеристик каждого отдельного больного.

Таким образом, предложенный в работе теоретический анализ позволяет сделать следующие выводы. 1. Неоднородность биопсихосоциального подхода к здоровью и болезни определяется историческими условиями его развития. Уровни системы биопсихосоциальной модели имеют свои отличительные особенности и требуют индивидуальных методов исследования. 2. Оказание помощи больным эпилепсией ха-

рактизуется определенной спецификой в рамках биопсихосоциального подхода с учетом биологических, психологических и социальных групп факторов. Важным аспектом также является оказание универсальной духовной помощи больным эпилепсией, акцентируя внимание на общечеловеческом опыте и общечеловеческих ценностях. 3. Эффективность лечебной помощи больным эпилепсией определяется лично-ориентированным подходом, последовательным и комплексным воздействием в процессе проведения всего комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Устинов Н.В.

НЕСКОЛЬКО СЛОВ О ДУХОВНОМ КОМПОНЕНТЕ В СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

*Храм преподобной Ефросинии Великой княгини Московской, Москва, диакон
Сретенская духовная семинария, Москва, Россия*

Исследования последних лет показали, что алкоголизм не является болезнью в классическом медицинском смысле. Алкоголизм – «это образ жизни или стиль поведения» (Худолин В., русский перевод 2016) – то есть проблема, затрагивающая психологические проблемы и социальный круг зависимого. Основываясь на таком понимании проблемы зависимости, югославский психиатр Владимир Худолин закладывает новый вектор реабилитации в профилактике алкоголизма и созависимости, строящийся на биопсихосоциальном подходе.

В 1992 году благодаря протоиерею Алексею Бабурину в России появляется первый семейный клуб трезвости. Однако протоиерей Алексей не только начал реализовывать на практике программу реабилитации Владимира Худолина, но и дополнил ее духовным содержанием, тем самым создав и реализовав уникальный биопсихосоциодуховный подход.

Биопсихосоциодуховный принцип, используемый в группах православных семейных клубов трезвости, подразумевает коррекцию дефи-

цитарности на четырех уровнях человеческого существования, а понимание личности человека, как Образа Божия, состоящей из тела, души и духа, позволяет вести более эффективную профилактическую работу влияя на три эти составляющие.

Размышляя о духовном подходе, необходимо обратиться к 51 апостольскому правилу согласно которому, если епископ или пресвитер или диакон «удаляется от брака и мяса и вина, не ради подвига воздержания, но по причине гнушения, ... или да исправится, или да будет извержен из священного чина, и отвержен от Церкви. Также и мирянин» (Правила Святых апостолов, 2000). Это правило говорит о том, что все, созданное Богом – хорошо, и в частности по словам толкователя Зонары, тот, кто гнушается творением Божиим, тот оскорбляет и самого Бога. Вредно не употребление, но злоупотребление, о чем свидетельствуют большинство святых отцов, являя принцип *consensus partum*. Об этом, в частности, говорит святитель Иоанн Златоуст в Слове «О пресыщении и пьянстве»: «Не от вина происходит пьянство, – вино есть создание Божие... но порочная воля производит пьянство» (Свт. Иоанн Златоуст, 1896). Он довольно сурово заграждает уста тем, кто говорит, что вина не должно быть по причине пьянства, и с иронией произносит, что такие потом скажут: «да не будет железа, по причине убийц; да не будет ночи, по причине воров; да не будет света, по причине клеветников; да не будет жены, по причине блуда!», тем самым показывая не только абсурдность борьбы с вином, но и подчеркивая, что наш враг – это конкретно злоупотребление. Особое внимание следует также акцентировать на следующем его высказывании: «не вино осуждай, а пьянство и того, кто худо воспользовался добром; и, обратившись к нему в трезвом виде, опиши его постыдное поведение и скажи ему: вино дано, чтобы мы веселились, а не бесчинствовали; чтобы смеялись, а не делались посмешищем; чтобы были здоровы, а не болели; чтобы врачевали немощь тела, а не разрушали силу души». В этом высказывании Иоанн Златоуст, во-первых, раскрывает положительные свойства вина, как антидепрессанта или антисептика, а, во-вторых, говорит о необходимости вразумления пьяницы исключительно в трезвом виде, т.е., после преодоления алкогольной интоксикации и абстинентного синдрома.

Исправление человека сопровождается не только его вразумлением, но и социальной помощью. Человек – существо социальное, о чем говорит Господь в книге «Бытие», поэтому, в контексте влияния социаль-

ной помощи, важно снова обратиться к святителю Иоанну Златоусту, который в своем толковании на II послание к Тимофею говорит о необходимости социальной поддержки, отметив, что на души падших братьев мы «не обращаем внимания и думаем о них меньше, нежели об осле». В этом контексте, Иоанн Златоуст замечает, что люди, видя входящих в харчевню не только не останавливают их, но создают с ними товарищества для гуляния и пьянства. Поэтому, для преодоления алкоголизма, Иоанн Златоуст предлагает создать терапевтическое сообщество: «Составляй, человек, товарищества для того, чтобы истреблять страсть к пьянству».

Православное учение сообщает о том, что «тело первого человека было в совершенном согласии с душой, а душа находилась в совершенном согласии с духом» (Свт. Игнатий Брянчанинов, 2000), а «дух человеческий – это высшая часть души, соединяющая человека со сверхчувственным миром и позволяющая ему находиться в благодатном единстве с Богом, воспринимать божественные энергии и тем самым обоживаться» (Свт. Иоанн Златоуст, 2006). Таким образом, рассматривая природу человека, состоящую из тела, души и духа, надо понимать, что для исцеления человека следует не только оказывать влияние на три этих составляющих, но и выстраивать определенную подчинительную связь, возводящую человека к Богу.

И в этом в частности и заключается различие между моделью Владимира Худолкина и протоиерея Алексия Бабурина: в первом случае тело человека устремляется к согласию с душой, во втором же случае тело и душа устремляются к согласию с духом, который возносится к согласию с Богом. Святитель Иоанн Златоуст свидетельствует и об этой истине: «Вот прекрасное опьянение: насыщай душу свою Духом, чтобы не насыщать ее пьянством; наперед займи этим свою душу и свои помыслы, чтобы не нашла места в них та бесстыдная страсть» – то есть дух – высшая часть души должна устремляться к Богу и освящаться им. Дальше святитель Иоанн призывает до верха наполнить свою душу Духом, чтобы дьявол уже не мог вложить в нее ничего, т.е. необходимо не только избавиться от страсти, но и наполнить возникшую пустоту не просто добродетелью, но Святым Духом.

Духовный элемент не только дополняет биопсихосоциальный подход, не только дает новые инструменты, но вносит в него связь с Богом и преобразует, благодаря чему сам социальный элемент становится со-

борностью, ведь где двое или трое собраны во имя Мое, там Я посреди них (Мф.18:20), говорит Господь. В этой соборности Господь объединяет Церковь Земную и Церковь Небесную, и тем самым дает возможность обращаться за помощью к святым, о чем свидетельствует и Игнатий Брянчанинов, говоря: «беседа и общество ближних очень действует на человека... очевидно: беседа и знакомство со святыми сообщают святость» (Свт. Игнатий Брянчанинов, 2010).

Основная задача каждого члена клуба заключается не в том, чтобы спасти кого-то, но измениться самим и изменить свое отношение к проблеме. Такая позиция снова находит подтверждение в евангельском и святоотеческом учении личного спасения, согласно которому человек должен начинать спасение с самого себя, а потом, глядя на него начинают преобразаться и окружающие.

Основываясь на вышеизложенном, биопсихосоциальный подход полностью соответствует Православной догматике, традиции и святоотеческому учению, а возникший в рамках «Российской модели» духовный элемент, дополняет этот подход, возвышает и преобразует его. В этом же контексте можно утверждать, что, несмотря на то, что биопсихосоциодуховный подход был сформулирован в XX веке, его принципы содержатся в Священном Предании.

Худяков А.В., Лебедева Л.А.

«СИНИЙ КИТ» И ПОДРОСТКОВЫЕ САМОУБИЙСТВА НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

*ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия
ОБУЗ Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское»,
Иваново, Россия*

Тема «Синего кита», активно муссировавшаяся в СМИ в течение нескольких лет, к настоящему времени почти затухла. Напомним, что под этим названием в социальных сетях фигурировала интернет-игра, провоцировавшая подростков на совершение самоубийства.

В Интернете высказываются разные мнения о причинах возникновения этой смертельной игры. Обобщенная точка зрения, высказывае-

мая в СМИ, заключается в следующем. Эта система разработана некими людьми, хорошо разбирающимися в психологии подростков. Кураторы же – это пешки, которые оттачивают методику работы с населением. Значительная их часть – это люди, находящиеся в состоянии психического нездоровья, хотят отомстить миру за свою ущербность, они хотят наказать общество, продемонстрировать свою значимость, свою силу, власть. Они хотят известности в своем кругу, им нужно признание, одновременно они боятся ответственности. Им нравится полученная абсолютная власть над ребенком.

В качестве такого примера можно привести создателя группы «f57» Филиппа Будейкина, которого задержали российские правоохранительные органы в 2016 году по подозрению в доведении до самоубийства как минимум 15 подростков. По его собственному признанию, он страдает биполярным расстройством, в детстве его обижали в семье. Своей целью он якобы поставил чистку общества от «биомусора» – сатанистов и сектантов. Однако специалистами молодой человек был признан вменяемым.

Самоубийства – многолетняя проблема России. С восьмидесятых годов двадцатого века и до конца девяностых отмечался устойчивый рост суицидов. При этом, если раньше детско-подростковые завершённые суициды были крайней редкостью, то в этот период их частота колебалась от 2,5 до 16 на 100000 населения в зависимости от возраста. Так же как и у взрослых, среди детей-самоубийц преобладают лица мужского пола. Вместе с тем среди показанных СМИ жертв «Синего кита» фигурировали в основном девочки. Можно предположить, что именно этот контингент оказался наиболее чувствительным к внушению. К сожалению, нам не удалось найти обстоятельных научных статей, описывающих этот феномен.

Данное сообщение, являясь клиническим описанием госпитализированной в Ивановскую областную психиатрическую больницу 16-летней девочки, не претендует на окончательную истину, но все же позволяет сделать предварительные выводы.

Наиболее значимыми факторами в анамнезе являются следующие: наследственностьотягощена шизофренией у тети, мать в прошлом в пьяном виде выпала с 4-го этажа, в настоящее время имеет инвалидность, отец покончил жизнь самоубийством (выбросился из окна). Воспитывается бабушкой, которая безуспешно пытается организовать по-

вышенный контроль. По инициативе бабушки без достаточных оснований с 1 по 4 классы обучалась на дому. Обладает хорошими способностями к рисованию, хочет в дальнейшем стать художником. Круг общения преимущественно вне школьной компании, старше её по возрасту. Больная отмечает, что на протяжении ряда лет у нее возникают периоды повышенного и пониженного настроения. При повышенном настроении она становится деятельной, активной, снижена потребность во сне. При пониженном настроении – пассивна, теряет аппетит, иногда испытывает тоску. В последние годы стала размышлять о смысле жизни, в Интернете вошла в группу «синий кит» («клуб самоубийц»). Дошла до «50-го уровня». Дважды совершала «пробные попытки» – поверхностные порезы предплечья. За медицинской помощью не обращалась. 8 июня 2017 г. на фоне пониженного настроения и чувства тоски выпрыгнула с 4 этажа.

Находилась на лечении в разных больницах в связи с травмами ног и таза. Некоторое время назад, находясь в соматической больнице, написала бабушке записку суицидального содержания, одновременно нанеся себе поверхностные повреждения предплечья. После этого была проконсультирована психиатром и переведена в психиатрическую больницу, где находилась с 18.09.2017 г. по 17.10.2017 г. В отделении в переживаниях полностью не раскрывалась, преуменьшала степень значимости своего поступка. Галлюцинаторно-бредовой симптоматики выявлено не было. На фоне лечения (феназепам, карbamазепин) состояние больной улучшилось, выровнялось настроение, нормализовался сон и аппетит. Однако критика к совершенному поступку и своему состоянию недостаточная: недооценивала степень тяжести, настойчиво просила о выписке. Из заключения психолога: структурных расстройств мышления не выявлено, отмечается личностная и эмоциональная незрелость, интровертированная направленность личности. По данным теста Шмишека преобладает гипертимическая акцентуация. Выписана с диагнозом: циклотимия (F34.0).

После выписки из стационара находилась дома, практически сразу же прекратила приём лекарств. С реабилитационной целью была помещена в специализированный детский дом, где с ней работали психологи. Сама больная сообщила, что вскоре после выписки её состояние вновь ухудшилось: отмечались эмоциональные колебания, настроение чаще было пониженным, ничего не хотелось делать, временами появля-

лось чувство тоски. Уклонялась от активной работы с психологом, так как психолог «ворошил прежние проблемы». Утверждает, что суицидальные мысли её не покидали, конфликтовала с бабушкой и приняла 30 таблеток карбамазепина в знак протеста против ограничения её свободы. Была обнаружена дома в бессознательном состоянии бабушкой и госпитализирована в реанимацию, откуда после проведения реанимационных мероприятий была переведена в психиатрическую больницу, где находилась с 14.05.2018 г. по 22.06.2018 г. Первое время была отгорожена от окружающих. Постепенно удалось наладить контакт и пациентка рассказала, что продолжала общение с куратором «группы смерти», выполняя список заданий на 50 дней, после выполнения которых ей предстояло убить себя. Сама пациентка уверяет, что сначала ей было интересно узнать больше информации о жизни и смерти, что ей двигало любопытство, что было интересно проводить время с кураторами. В дальнейшем у нее возникло желание проверить их и «подыграть», однако, в последующем сама не заметила, как начала выполнять указания. Приводит примеры: «Проснуться в 4.20 и смотреть страшные видео». В дальнейшем давались задания нанести себе порезы на руке, что она выполнила. В последующем при вопросах взрослых об их происхождении она лгала, что «порезала руку из-за несчастной любви».

Давалось задание «пойти на крышу и стоять на краю». Это объяснялось намерением побороть страх смерти. Со слов пациентки, когда ее заметили на крыше, то сообщили в органы опеки. Ее упорно спрашивали об этом поступке, но ей удавалось отговариваться, что «просто ходила полюбоваться красотами города с высоты».

По заданиям куратора много смотрела «ужастиков, про суициды и акты насилия», а также слушала присылаемую куратором «медитативную» музыку. На этом фоне она должна была причинить себе боль, ответить на вопросы интимного характера. В случае отказа применялся шантаж. Все задания повторялись многократно и всегда в период ночного пробуждения. При беседах с врачом она открыто повторяла, что «там меня понимали, приняли, мне было очень интересно просто общаться с кураторами, узнавать много новой информации и я становилась смелее и увереннее».

В больнице получала комплексное лечение: психотерапия и фармакотерапия (перидазин, вальпроевая кислота). При осмотре перед выпиской: контакту доступна, фон настроения ровный, эмоционально аде-

кватна, положительно реагирует на юмористические высказывания, память и интеллект не нарушены, не всегда откровенна, однако в процессе беседы удаётся добиться правдивых высказываний по некоторым спорным вопросам.

Заключение психолога: на момент обследования выявлено преобладание экзальтированного компонента в структуре личности. Обследуемая эгоцентрична с демонстративными чертами. Наблюдаются признаки снижения эмоционально-волевой регуляции. Критика к своему поведению и состоянию формальная. Диагноз: Смешанное расстройство поведения и эмоций в подростковом возрасте (F 92 по МКБ-10). Циклотимия (F34).

В течение полугода наблюдалась психиатром, принимала неуплептил и вальпроевую кислоту. Состояние было удовлетворительное. Потом перестала посещать врача. Поступила в техникум. Вскоре стала встречаться с однокурсником. В июне 2019 года была прооперирована с целью извлечения волос из желудка. Призналась, что в течение нескольких лет выщипывала из головы волосы и глотала их, пытаясь облегчить свои эмоциональные страдания. Никому об этом не рассказывала. За 3 недели до госпитализации появилась напряженность, перепады настроения и тревожность. Поссорилась с парнем и в знак протеста нанесла себе порезы ножницами на запястье. По собственной инициативе принимала амитриптилин, но отказалась от него из-за побочного действия. Была госпитализирована добровольно в психиатрическую больницу, где находилась с 24.10.2019 по 14.11.2019 г., получала лечение вальпроевой кислотой и перциaziном. Первое время была раздражительна, эмоционально неустойчива, в дальнейшем настроение выровнялось, поведение правильное, смущаясь говорила о своем поступке. Пояснила, что таким образом вернула себе друга. Диагноз при выписке: Смешанное расстройство поведения и эмоций в подростковом возрасте (F 92). Циклотимия (F34).

Анализируя данный случай, можно выделить следующие факторы, способствовавшие совершению повторных суицидов. Во-первых, отягощенная наследственность, в т.ч. суицидами у близких родственников. Во-вторых, аффективное расстройство, которое не было своевременно выявлено. Суицидальные попытки совершались в период обострения. В-третьих, отсутствие авторитетных значимых лиц среди близкого окружения, которые были замещены кураторами из «группы смерти». Суици-

дальние действия стали для больной привычным способом реагирования, она использовала их с целью манипулирования окружающими.

Таким образом, «Синий кит» выбирает своих жертв из подростков с ментальными проблемами, не имеющих адекватной социальной поддержки. Эти группы не имеют решающего влияния на распространенность подростковых суицидов, однако муссирование указанной темы в СМИ может индуцировать часть уязвимых подростков на совершение суицидальных действий. Истории известен подобный феномен, получивший название «Эффект Вертера», названного по имени персонажа из романа Гете «Страдания юного Вертера», проявлявшийся волной суицидов в конце XVIII века.

Шапошникова А.Ф.

СЕМЕЙНЫЙ АСПЕКТ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия*

Одной из наиболее распространенных и частых причин госпитализации детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра в острое психиатрическое отделение являются выраженные нарушения поведения в виде агрессивности по отношению к родителям и сверстникам, аутоагрессивных тенденций, протестных реакций. В связи с ростом распространенности расстройств аутистического спектра, о котором свидетельствует, как мировая статистика, так и данные Центра им. Г.Е. Сухаревой, актуальность вопросов, связанных с профилактикой декомпенсаций, психического состояния, приводящих к госпитализации у данной группы детей не вызывает сомнений.

Нарушения поведения у детей с расстройствами аутистического спектра существенно отличаются от таковых при других психопатологических состояниях у детей и требуют дифференцированного подхода в зависимости от причинного фактора:

1. Протестные реакции, связанные с нарушением понимания социальных правил и ролей.

2. Агрессивные и аутоагрессивные тенденции, двигательная расторможенность и импульсивность в структуре кататонических расстройств.

3. Защитные протестные действия, связанные с выраженностью страхов.

4. Реакции возбуждения и протестные реакции, связанные с соматическим неблагополучием.

Важно отметить, что каким бы результативным в условиях клиники ни был бы тот или иной метод ведения пациентов с расстройствами аутистического спектра, без комплексной работы с семьей, где пациент развивается, успех сомнителен. Тем более, что семья является начальной точкой, где находятся истоки декомпенсации психического состояния ребенка, так как именно эти семьи часто не являются ресурсом для развития ребенка в силу причин, достаточно хорошо в настоящее время изученных и описанных в литературе (Мастюкова Е.М., 2003, Высотина Т.Н., 2013, Красильникова Е.Д., 2013, Куташов В.А., Квасова В.В., 2016). В частности, среди нарушений детско-родительских отношений в семьях, которые воспитывают детей с расстройствами аутистического спектра, можно встретить значительную выраженность эмоционального отвержения, тревоги, стремления к социальной изолированности.

В Центре им. Г.Е. Сухаревой в настоящее время в работу с семьями детей, направленную на профилактику нарушений поведения, вовлечены не только семейные психологи, но и все специалисты, помогающие ребенку. Полипрофессиональная модель помощи семье ребенка-дошкольника с расстройствами аутистического спектра может быть представлена в виде нескольких блоков:

1. Медицинский – установление комплаенса. Нарушения поведения, связанные преимущественно, с выраженностью кататонической симптоматики, страхов, с соматическими заболеваниями, требуют высокой степени доверия родителей к врачу с целью оптимального объема обследования и медикаментозной терапии. Данный блок осуществляется врачом с поддержкой семейного психолога.

2. Психологический – диагностика и коррекция проблем семьи, того устойчивого патологического состояния, которое формируется в семье под влиянием болезни ребенка. Обучение родителей новым формам устройства жизни семьи. Данный блок выполняется семейным психологом.

3. Психодидактический – формирование в семье ребенка оптимальных условий для развития путем обучения родителей развивающим играм, умению правильно включаться в деятельность ребенка, видеть мир его глазами и уметь предотвращать проявления протестных реакций с помощью игровых приемов. Данный блок осуществляется психологом-корректором, логопедом, учителем-дефектологом.

4. Психосоциальный – самый универсальный блок, где находит свое место активность самых разных специалистов. Этот блок включает в себя помощь в организации обучения ребенка, оформления инвалидности, разъяснении возможностей контактов с родительскими организациями, стимуляция общения семей между собой и взаимной поддержки.

Таким образом, формируя среду, в которой живет и развивается ребенок, мы создаем постоянно функционирующую лечебно-коррекционную систему, направленную на профилактику декомпенсаций психического состояния детей с расстройствами аутистического спектра и улучшать возможность адаптации ребенка в детских дошкольных образовательных учреждениях.

Шмакова О.П., Овсянникова О.В.

СЕМЬИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ, ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
ФКУ «ГБ МСЭ по г. Москве» Минтруда России, Москва, Россия*

Осознание значимости ресурса семьи для развития, выздоровления, реабилитации детей и подростков с психическими нарушениями переориентировало современную детско-подростковую службу на родительскую семью, как основной акцептор комплексной помощи психически больному несовершеннолетнему (Корень Е.В., 2011; Мазаева Н.А, Головина А.Г., 2014; DeTore N.R., 2018; Бебчук М.А., 2019). Вместе с тем, внутренние ресурсы семей, как и возможности их внешней поддержки, всегда имеют определённые ограничения, анализ кото-

рых, способен эффективно преобразовать усилия сопровождающих служб. Научные исследования по изучению семейной ситуации, в которой взрослеют больные дети и несовершеннолетние, имеющие нарушения поведения, малочисленны (Головина А.Г., 2001; Salinger J.M. et al., 2018). Недостаточно работ, посвящённых оценке эффективности тех или иных методик взаимодействия с семьями пациентов, на которые мог бы опереться специалист в амбулаторных условиях (Day K. et al., 2017; Солохина Т.А., Ястребова В.В., 2019), в нашей стране пока отсутствуют стандарты оказания подобной помощи семьям.

Целью настоящего исследования стало выявление особенностей семей, имеющих детей с хроническими психическими заболеваниями и нарушениями поведения; разработка подходов, использующих ресурсы семей для улучшения функционирования и социальной адаптации больных.

Работа проведена в отделе по изучению проблем подростковой психиатрии, руководитель – проф., д.м.н. Н.А. Мазаева, ФГБНУ НЦПЗ, директор – д.м.н., проф. Т.П. Ключник.

Материал и методы. Изучено 1203 заболевших в детстве пациентов ПНД, 1990-1992 г.р., из них муж. – 914 (76%), жен. – 289 (24%); 43,3% (521 человек) наблюдались в связи с органическими психическими расстройствами (ОПР); 17% (205) – с умственной отсталостью (УО); 12,8% (154) – с расстройствами шизофренического спектра (РШС); 7,8% (94) – с расстройствами личности; 7,6% (91) – с невротическими расстройствами; 6,8% (82) – с нарушениями поведения и эмоций в детском возрасте; 4,7 % (56) – с иными психическими расстройствами.

135 (91 муж; 44 жен.) – 11% в возрасте до 18 лет были признаны детьми-инвалидами: 65 (40 муж; 25 жен.) – 32% из всех больных, наблюдавшихся с УО; 21 (11 муж.; 10 жен.) – 4% с ОПР; 49 (40 муж.; 9 жен.) – 32% с РШС; в иных нозологических категориях инвалидов не оказалось.

Методы исследования: клинико-психопатологический с использованием «Карты регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами» (Мазаева Н.А., Шмакова О.П., 2015); статистический.

Результаты и их обсуждение. *Ресурсы семей.* Проанализированы особенности состава семей, рассмотрены случаи дисфункционального семейного воспитания.

Из 1068 пациентов, не имевших инвалидности, 474 (44,4%) воспитывались в среднестатистических по составу и благополучных по формальным признакам семьях. 594 (55,6%) проживали в семьях, имевших особенности состава (многодетные и неполные семьи) либо демонстрировавших проявления дисфункциональности. В неполных семьях росло 36,1% больных; в асоциальных с алкоголизировавшимися родителями, в семьях беженцев, родителей с тюремным прошлым – 8,9%; имели опыт нахождения в государственных учреждениях (домах ребёнка, интернатах, приютах) – 5% детей; воспитывались опекунами или усыновителями – 5%; росли в многодетных семьях – 14,1% (в том числе в многодетных неполных семьях – 4,5%) (суммарная доля выше 55,6%, поскольку многие семьи имели по несколько анализируемых признаков).

Характеристика семей детей-инвалидов выглядела следующим образом: из 135 детей-инвалидов, 54 (40%) имели нормативные по составу и формально благополучные семьи. 81 (60%) проживали в семьях, имевших особенности состава либо проявления дисфункциональности: в неполных семьях – 38,4%; в асоциальных семьях с алкоголизировавшимися родителями – 6,5%; имели опыт проживания в государственных учреждениях – 5,1%; воспитывались опекунами или усыновителями – 7,2%; росли в многодетных семьях – 16,7% (в том числе в многодетных неполных семьях – 3,6%) (суммарная доля более 60% по причине, указанной выше).

Таким образом, как в семьях детей-инвалидов, так и в семьях, воспитывавших детей без инвалидности, примерно в 60% случаев зафиксировано периодическое либо постоянное нахождение детей в условиях семейного неблагополучия, что свидетельствовало о высокой степени социального неблагополучия всего контингента наблюдаемых амбулаторно. Такие пациенты в детстве сталкивались с негативным опытом жизни в условиях затяжного или хронического стресса, существования в условиях ограничений удовлетворения базовых физических, эмоциональных, социальных потребностей, они выросли в атмосфере недоброжелательности, гипоопеки, безнадзорности. Часть детей «мигрировали от проблемы к проблеме»: будучи изъятыми из неблагополучной родительской семьи, они помещались в приюты, потом в опекунские семьи, в которых порой не удерживались, становились частыми обитателями психиатрических больниц, возвращались в интернатные учреждения.

Вместе с тем, даже полные и по формальным показателям благополучные семьи, имевшие на своём попечении детей с хроническими психическими расстройствами (как с инвалидностью, так и без неё), зачастую обнаруживали признаки дисфункциональности. К наиболее частым её проявлениям можно было отнести отрицание родителями проблем у своего ребёнка, либо недооценку тяжести и последствий психического заболевания, что проявлялось отказом родителей от наблюдения детей психиатрами, лечения психотропными препаратами, оформления инвалидности. Дисфункциональность проявлялась неравномерным распределением семейных обязанностей с дистанцированным отношением одного из родителей к проблемам ребёнка и психическим истощением второго, в одиночку ухаживающего за больным. Внутрисемейную конфликтность, симбиотическую привязанность к пациенту, погружение в болезнь ребёнка с формированием особой неадекватной внутрисемейной жизни также можно было отнести к проявлениям дисфункциональности.

Для оценки уровня социальной адаптации, в подростковом возрасте пациенты были оценены по «Карте регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами». Социальная адаптация и уровень развития повседневных навыков жизнедеятельности у пациентов, имевших опыт проживания в дисфункциональных семьях, оказались ниже, чем у тех, кто на протяжении детства воспитывался в нормативных семьях: у первых итоговый средний балл развития навыков жизнедеятельности составил $0,68 \pm 0,05$ балла; у вторых – $0,74 \pm 0,18$.

Ресурсы амбулаторной службы. Оказание помощи детям с психическими заболеваниями начиналось с налаживания контакта с семьёй заболевшего. Включение в общение с родственниками элементов психообразования и медицинского просвещения способствовало повышению их комплаентности. Для достижения терапевтического альянса врача и родителей, подобные беседы предпринимались многократно.

Многим больным и их родственникам оказывалась психологическая, психотерапевтическая помощь. Наиболее часто проводилась рациональная психотерапия с элементами суггестии. Музыкалотерапия рекомендовалась к домашнему использованию: прослушиванию совместно с ребёнком определённых музыкальных произведений. Для помощи детям самого раннего возраста рекомендовалась семейная психотерапия и одна

из её разновидностей, предложенная Б.З. Драпкиным: «Терапия материнской любовью». Поведенческая терапия рекомендовалась для коррекции нарушений поведения, элементов деструктивного функционирования, симбиотической привязанности и зависимости от близких лиц.

Проводилось выявление и определение у больных степени тяжести недоразвития повседневных навыков, что позволяло индивидуализировать рекомендации родителям, которым предлагались задания по формированию у больных этих запаздывающих умений. В ежедневные семейные тренинги по социально-бытовому научению рекомендовалось шире включать упражнения на формирование самостоятельного самообслуживания, функционирования в быту, передвижения вне дома («Идём в магазин», «Купи хлеб», «Сегодня идёшь в школу самостоятельно, я иду за тобой»; «Позвони в поликлинику...» и др.). Некоторые родители уделяли недостаточно внимания этой проблеме, надеясь, что больной будет постоянно находиться на их попечении, воспринимая сына или дочь как «вечного ребёнка», фактически сохраняя его зависимость от собственной опеки, даже в ситуациях, когда возможно было добиться большей самостоятельности пациента.

Своевременно предоставленная социальная поддержка в виде оформления пособия по инвалидности детства позволяла полнее использовать реабилитационный потенциал больных. Возможность осуществлять посещения пациентов на дому значительно расширяло как диагностические, так и терапевтические рамки психиатра внебольничной службы.

Вместе с тем, ресурсы специалиста, ведущего амбулаторный прием, ограничивались временем, предоставленным на одного пациента, отсутствием и недостаточной обеспеченностью внебольничного учреждения (как детской поликлиники, так и районного ПНД) специалистами сопутствующего профиля (психологами, логопедами, психотерапевтами, дефектологами), имеющими навыки работы с несовершеннолетними.

Выводы. Благополучная семья – один из наиболее значимых ресурсов помощи детям и подросткам с психическими расстройствами и нарушениями поведения, на который должен опираться практикующий психиатр. Вместе с тем, около 60% детей с хроническими психическими болезнями взростают в неблагоприятной семейной обстановке, их социальная адаптированность ниже, чем в благополучных семьях. Дисфункциональность родительских семей, ограниченность ресурсов ам-

булаторных служб для оказания внешней поддержки родителям, затрудняют и затягивают лечебно-реабилитационный процесс. Это реальность с которой приходится сталкиваться амбулаторно практикующим специалистам. Привлечение к повседневной работе с такими пациентами волонтерских, благотворительных, конфессиональных организаций, могло бы существенно улучшить ситуацию. Комплексный подход к реабилитации таких пациентов соответствует сложности задачи, мультифакториальности генеза психических болезней, многокомпонентной структуре семьи, являющейся основным получателем детско-подростковой психиатрической помощи.

Ястребова В.В., Солохина Т.А.

СТРЕСС И РЕСУРСЫ СЕМЕЙ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Родственники больных, страдающих хроническими психическими заболеваниями, составляют представительную по численности группу населения, изучению которой в последние два-три десятилетия посвящены исследования многих отечественных и зарубежных авторов. Сотрудники отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, начиная с 1996 г., проводят исследования по изучению проблем и потребностей семей психически больных (Солохина Т.А. и соавт., 2001, 2003, 2016, 2019; Ястребов В.С. и соавт., 2012, 2017) с целью разработки эффективной помощи таким семьям.

Известно, что наличие в семье психически больного человека является психотравмирующим событием для ее членов, связанным с трудностями принятия тяжелой и хронической болезни члена семьи, уходом за родственником. В литературе описано возникновение у родственников больных шизофренией тревожных и депрессивных расстройств вследствие постоянного стресса. Согласно DSM-3-R, психическое заболевание одного из членов семьи относится к экстремальным по силе действия психотравмирующим факторам.

В последние десятилетия произошло увеличение исследований по оценке способности семьи к постстрессовому восстановлению, стресс-копингу, включая изучение жизнеспособности семьи, под которой подразумевается способность семьи поддерживать стабильное равновесие, нормальный уровень функционирования в неблагоприятной ситуации, подвергаться неблагоприятным обстоятельствам или успешно адаптироваться к ней (Куфтяк Е.В., 2012; Bennett L.A., Wolin S.J., Reiss D., 1988; Wolin S.J., 1993).

В современной психологии в контексте развития исследований по жизнеспособности семьи получили распространение две модели, развивающие идеи семейной устойчивости – *модель повреждаемости* и *модель вызова*. Согласно *модели повреждаемости* (Hill R., 1958) семья выступает фактором риска для ее членов, повышая их восприимчивость к стрессу и оказывая негативное влияние на личностное и социальное развитие. *Модель вызова* (Patterson G., 1983; Wolin S.J., Wolin S., 1993) показывает, что способность к восстановлению, жизненная сила и ресурсы могут порождаться стрессовой ситуацией и именно этой модели отдается все большее предпочтение. Акцент исследований переместился с изучения недостатков семьи на анализ ее сильных сторон, в том числе, рассмотрение механизмов управления стрессом, стратегий преодоления в сложных жизненных ситуациях, факторов, влияющих на успешную адаптацию семьи.

В новой парадигме отношения к семьям психически больных (Fallon I., 1982; McFarlane A.C., 1997), в рамках которой члены семьи признаются в качестве партнеров и естественных помощников на всех этапах лечения больного, акцент также делается на сильные стороны конкретной семьи, ее ресурсы, а не на ее недостатки.

Важными ресурсами семьи, способствующими ее восстановлению, являются не только индивидуальные потенциальные возможности каждого члена семьи в развитии устойчивости, к которым относятся уверенность в себе, духовность, зрелость, склонность к заботе, способность к пониманию, позитивный настрой, но также такие семейные характеристики как активное решение проблем в семье, способность конструктивно воспринимать травмирующие обстоятельства, позитивное взаимодействие с другими людьми, согласованность действий членов семьи, ее сплоченность и гибкость, открытость в общении, выражение эмоций, сохранение баланса во внутрисемейных требованиях, экономи-

ческие и социальные ресурсы, активность членов семьи в получении информации и социальной поддержки, открытость внешних границ для получения поддержки, поддержание сотрудничества. В настоящее время семья не воспринимается как разрушенная и неподлежащая восстановлению структура, а воспринимается как семья, которая столкнулась с жизненными трудностями, и все ее члены имеют потенциал для восстановления и развития (Куфтяк Е.В., 2011).

Цель – изучение психологического статуса и оценка адаптационных ресурсов родственников больных шизофренией.

Материал и методы. В исследовании участвовали 105 родственников больных шизофренией (27 отцов и 78 матерей), наблюдавшихся в ПНД № 18 ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ.

Для определения наличия стресса у членов семей больных шизофренией и адаптационных ресурсов использовался следующий методический инструментарий: опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised, Derogatis L.R. et. al., 1974, адаптированный Тарабриной Н.В., 2001); опросник исследования межличностных проблем (IP-64, Horowitz L., 2000, адаптированный в отделе клинической психологии ФГБНУ НЦПЗ Ениколоповым С.Н., Цапенко А.И., 2009); опросник «Индикатор копинг-стратегий» (Amirkhan J., 1990); «Карта родственника пациента, наблюдающегося в психоневрологическом диспансере», разработанная в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты. В изученной группе родственников лица до 60 лет составили 55%, 60 лет и старше – 45%. Образовательный статус оказался довольно высоким – высшее и среднее специальное образование имели 76% обследованных лиц. 50% родственников работали или учились, остальные 50% не работали, в основном, были на пенсии.

Анализ семейных характеристик показал, что замужем (женаты) были лишь 42% родственников, 18 % находились в разводе, вдовы (вдовцы) составляли 26%, остальные 14% – незамужние (холостые). Установлено, что 83% родственников проживали совместно с пациентом (в своей собственной семье или в семье пациента). 34% родственников отметили наличие конфликтов, остальные (66%) сообщили о наличии в семье взаимопомощи и об оказании пациенту поддержки. Большинство изученных семей (95%) никогда не участвовали в реабилитационных программах, не посещали группы поддержки, не получали психологической помощи.

Анализ текущего психологического симптоматического статуса (по опроснику SCL-90-R) выявил у родственников больных шизофренией высокие показатели по шкале соматизации (0,92 балла), превышавшие более, чем в два раза, нормативные значения здоровых лиц (0,44). Причиной патологических ощущений может быть как наличие реальных соматических заболеваний, так и аффективное напряжение и соматическая тревога. Однако показатели по шкалам обсессивности-компульсивности, сензитивности, депрессии и тревожности (0,61; 0,48; 0,51; 0,45 соответственно) не превышали нормативные показатели здоровых лиц (Тарабрина Н.В., 2001).

Величина индекса PST, который свидетельствует о широте диапазона симптоматики, составила 27,47 балла, что на 27,1% превышало нормативный показатель, равный 21,61 баллам. Индекс GSI, отражающий уровень дистресса, оказался равным 0,5 балла и не превышал нормативные значения здоровых лиц. Вместе с тем было выявлено высокое значение индекса PSDI, измеряющего интенсивность дистресса (2,56 балла в изученной группе родственников), что отражает уровень субъективного страдания в отношении имеющихся симптомов, и свидетельствует о значительно выраженном дистрессе.

Результаты исследования по опроснику межличностных проблем (Hogowitz L., 2000) показали, что среди обследованных родственников выявлены повышенный общий межличностный дистресс, а также повышенный дистресс по шкалам «самопожертвование» и «неуверенность», что может свидетельствовать о нарушении интерперсональных отношений, негативных паттернах поведения по отношению к больному, неумению выстраивать с ним отношения, чрезмерных опеке и контроле или его отвержении. Такие взаимоотношения могут быть результатом неправильного восприятия болезненных проявлений, низкой информированности относительно лечения и свидетельствовать о необходимости оказания членам семьи глубинной психотерапии для того, чтобы они минимизировали поведение, деструктивно влияющее на состояние больного, и могли реализовать свой ресурс помощи близкому человеку.

Проведенный анализ свидетельствует также о недостаточной мотивации родственников больных к изменениям, их низком энтузиазме, неготовности что-либо менять в своем поведении по отношению к больному члену семьи, а также о недопонимании многими из них суще-

ствующих проблем, в том числе, необходимости длительного медикаментозного лечения пациента, его участия в психосоциальной реабилитации. Причинами, с нашей точки зрения, являются выявленный дистресс вследствие межличностных проблем, семейные тяготы, связанные с наличием в семье больного шизофренией, недостаточная информированность о возможностях психиатрической службы, несформированный терапевтический альянс с врачом, негативный опыт от взаимодействия с работниками психиатрической службы, отсутствие реабилитационных программ для пациентов и членов семьи, стигматизация, частое отвержение со стороны окружающих лиц. Таким образом, полученные данные свидетельствуют об отсутствии психологического благополучия у родственников больных шизофренией.

Вместе с тем, выявленные в исследовании копинг-стратегии, применяемые родственниками больных, подтверждают наличие ресурсов семьи к преодолению болезни, ее адаптации и приспособлению к существующей ситуации. Для решения проблем 55% из них прибегали к эффективным поведенческим стратегиям, при которых используются все имеющиеся личностные и средовые ресурсы, что продемонстрировали более высокие показатели по шкалам «разрешение проблем» (55% обследованных лиц) и «поиск социальной поддержки» (31% обследованных лиц). В меньшей степени применялась дезадаптивная стратегия избегания проблем (14% обследованных родственников).

Заключение. Результаты исследования способствуют углублению знаний об особенностях и ресурсах семей психически больных, а также о необходимости оказания родственникам больных комплексной психотерапевтической помощи. Образовательные программы по психиатрии могут быть рекомендованы в качестве стартового семейного вмешательства. К аспектам жизнеспособности семьи относятся не только способность решать проблемы, но также регуляция эмоций, чувство владения ситуацией и адекватные умения, которые могут быть развиты при оказании членам семьи комплексной психосоциальной и психотерапевтической помощи (Солохина Т.А. и соавт., 2012; Чапенко А.И., 2015). Специалистам, работающим в сфере психосоциальной реабилитации, необходимо опираться, в первую очередь, на сильные стороны семьи, ее ресурсы, способствующие повышению жизнеспособности семьи.

Научное издание

**ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ:
семейный аспект биопсихосоциодуховного подхода**

Материалы Российской научно-практической конференции
с международным участием
Москва, 12 марта 2020 г.

Под ред. *Г. И. Копейко*

Подготовка оригинал-макета
Издательство «МАКС Пресс»
Главный редактор: *Е. М. Бугачева*
Верстка: *М. А. Комарова*
Корректор: *А. А. Аксенова*
Обложка: *М. А. Еронина*

Подписано в печать 05.03.2020 г.
Формат 60х90 1/16. Усл.печ.л. 14,5.
Тираж 225 экз. Изд. № 052.

Издательство ООО «МАКС Пресс»
Лицензия ИД N00510 от 01.12.99 г.

119992, ГСП-2, Москва, Ленинские горы,
МГУ им. М. В. Ломоносова, 2-й учебный корпус, 527 к.
Тел. 8(495) 939–3890/91. Тел./Факс 8(495) 939–3891

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленных материалов в ООО «Фотоэксперт»
115201, г. Москва, ул. Котляковская, д.3, стр. 13.