

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России

VIII Российская научно-практическая конференция
с Международным участием

**«Душевное здоровье населения
на границе Европы и Азии»**

Школа молодого ученого «Проблемы первого эпизода болезни»

Материалы конференции

Оренбург - 2018

УДК 615.851+615.214 (063)

ББК 53.57+52.817.10

П86

Под редакцией заведующего кафедрой клинической психологии и психотерапии ОрГМУ, к.м.н., доцента Е.Ю. Антохина; доцента кафедры клинической психологии и психотерапии ОрГМУ, к.пс.н. А.И. Ерзина.

Материалы VIII Российской научно-практической конференции с Международным участием «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии» и Школы молодого ученого «Проблемы первого эпизода болезни» (13-15 декабря 2018 г.). – Оренбург: ОрГМУ, 2018. - 121 с.

Сборник материалов содержит тексты докладов, статьи и тезисы участников VIII Российской научно-практической конференции с Международным участием **«Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии»** и Школы молодого ученого **«Проблемы первого эпизода болезни»** по основным вопросам диагностики, профилактики и терапии психических расстройств.



Рекомендовано к изданию Оренбургским отделением Совета молодых ученых [Российского общества психиатров](#)

© ОрГМУ, 2018
© Авторы, 2018

Содержание

<u>Бадретдинов У.Г., Асадуллин А.Р.</u> Генетические аспекты зависимости от опиатов: современное состояние проблемы, и перспективы исследований (обзор литературы).....	5
<u>Бурделова Е.В.</u> Опыт реализации программ профилактики дезадаптации среди студентов 1 курса	12
<u>Вдовина А.С., Шуненков Д.А.</u> Особенности стилей юмора у больных синдромом алкогольной зависимости.....	14
<u>Иващенко Л.В.</u> Факторы агрессивного поведения в студенческой среде как «мишени» первичной профилактики	17
<u>Иващенко Д.М.</u> Фармакотерапия первого психотического эпизода: современное состояние проблемы.....	18
<u>Магзумова Ш.Ш., Махкамова Н.С.</u> Диагностика аффективных расстройств у больных с диабетической полинейропатией.	20
<u>Матвеева А.А., Бабарахимова С.Б.</u> Исследование риска суицидальной готовности у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра	26
<u>Наквасина С.Н., Никифорова А.С., Чемезов А.С.</u> Музыкалотерапия шизоидного расстройства личности.....	34
<u>Огородник А.С. Бочкарева Д.С.</u> Распространенность суицидального поведения при тревожно-депрессивном расстройстве у пациентов терапевтического профиля	40
<u>Оспанбекова Г.К.</u> Суицид как индикатор общественного развития.....	42
<u>Рупчев Г.Е., Алексеев А.А., Беляев С.А., Москвина В.Д.</u> Восприятие противоречий у больных шизофренией и в норме	49
<u>Серазетдинова В.С., Петрова Н.Н.</u> Личностно-социальное восстановление пациентов с шизофренией	58
<u>Скупова Т.В.</u> К вопросу о психосоциальной поддержке людей с расстройствами аутистического спектра	62
<u>Федотов И.А., Рудакова Д.А., Антошкин Я.А.</u> Этнокультуральные особенности стилей привязанности и связанных с ней механизмов психологической защиты у представителей европейской и азиатской популяции.....	66
<u>Худина Ю.С.</u> Значимость клинко-психологической интервенции на инициальном этапе для службы медико-социальной экспертизы	74

<u>Чумаков Е.М., Бокова Д.М., Петрова Н.Н.</u> Анализ антипсихотической терапии у амбулаторных пациентов с первым эпизодом расстройств шизофренического спектра.....	82
<u>Быкова И.С., Пухова Н.А.</u> Образ тела у подростков с врождённым пороком сердца.....	84
<u>Шарафиев Р.Р., Ахметова Э.А.</u> К вопросу о взаимосвязи СДВГ и употребления синтетических каннабиноидов.....	90
<u>Ковтуненко А.Ю., Ерзин А.И.</u> Методика исследования антиципации	97
<u>Рагузина Е.И., Рыбчинский В.О., Марченко Т.В., Юлтыева Д.И.</u> Дифференциальная диагностика психических расстройств у юношей призывного возраста.....	108

Секция "Стеновые доклады"

<u>Матушкина В.А., Гаврюченко П.А.</u> Влияние климатических условий на депрессивные расстройства и суицидологический профиль личности.....	115
<u>Баланова Е.А.</u> Нейроанатомические и нейрофизиологические аспекты просоциального и антисоциального поведения	116
<u>Костюк А.Р.</u> Личностные факторы риска и протективные факторы эмоционального выгорания у врачей онкологического диспансера	118
<u>Самсонова Т.Н.</u> Психологические и психопатологические факторы сексуальных фантазий у больных с первым эпизодом шизофрении	120

Генетические аспекты зависимости от опиатов: современное состояние проблемы, и перспективы исследований (обзор литературы)

Бадретдинов У.Г., аспирант кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО
Асадуллин А.Р., доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО,
заведующий стационарным отделением.

ФГБОУ ВО Башкирский медицинский университет Минздрава России, г. Уфа,
aea1202@yandex.ru

ГБУЗ Республиканский наркологический диспансер №1, Уфа.

Аннотация. Классические генетические исследования опиоидной наркомании, свидетельствует о высокой степени наследуемости заболевания. Существующие данные молекулярно-генетических исследований, представляют собой неубедительные результаты. Определенные генетические варианты оказывают немаловажную роль в патогенезе развития аддиктивного поведения. Типирование ассоциации генетических маркеров может изменить нынешнее понимание роли предикторов, в формировании опиоидной зависимости, и, следовательно, может улучшить стратегию профилактики и тактику лечения.

Ключевые слова: зависимость, опиаты, опиоидная зависимость, гены, опиоидные рецепторы.

В течении последнего десятилетия наблюдается устойчивый рост употребления опиоидов, как в медицинских целях, так и рекреационных [1]. Опиаты являются естественным производными веществ, оказывающих физиологическое действие на человеческий организм. Класс опиоидов условно можно разделить на природные, полусинтетические, и синтетические химические вещества, оказывающие антиноцицепционное действие, воздействуя на опиоидные рецепторы в ЦНС [9].

Механизм действия опиоидов. Одной из характеристик опиоидов, является их способность связываться с опиоидными рецепторами различного типа: μ (μ), kappa (κ), delta (δ), изменяя передачу нейронного сигнала [3]. Опиоидные рецепторы расположены в центральной и периферической нервной системе [2]. Рецепторы распределены по всему головному мозгу в различной плотности, в зависимости от их молекулярной структуры. Большинство рецепторов сосредоточено в миндалевидном теле, прилежащем ядре (NAc) и в хвостатом отделе (CP) [13]. Данные области, как и вентральная тегментальная область (VTO), содержат гамма-аминомасляную кислоту. ГАМК-эргические интернейроны, составляют сложную нейрональную схему, принимающую участие в патогенезе формирования опиоидной зависимости [14,15]. Опиоидные рецепторы также различаются по сродству к специфическим лигандам, индуцирующим различную степень анальгезии, и антиноцицепции, в дополнение к другим физиологическим эффектам [10,12]. Эндогенные опиоидные пептиды, такие как, энкефалины, β -эндорфин, эндоморфины и динорфины, обладают способностью связываться с опиоидными рецепторами различного типа [16], тем самым играя роль в модуляции настроения и регулировании реакции на стресс [18]. Дофамин, являющийся первичным нейромедиатором, ответственным за возникновение ощущения эйфории, и формирования реакций удовольствия-является основным компонентом в патофизиологических механизмах формирования зависимости [15]. Дофамин работает совместно с опиоидными пептидами и рецепторами, стимулируя передачу импульсов в дофаминергических путях, необходимых для транспорта [3]. Высвобождение ГАМК, являющегося ингибирующим нейромедиатором, играет важную роль этом процессе. Уменьшение высвобождения ГАМК происходит тогда, когда опиоидные агонисты связываются с пресинаптическими μ -опиоидными рецепторами ГАМК-эргических интернейронов [19]. Ингибирование ГАМК-эргических нейронов посредством активации μ -опиоидного рецептора позволяет дофаминергическим нейронам

высвободить большее количество дофамина, формируя реакции положительного подкрепления [15].

Эпидемиология. В 2006 году по данным Европейского Союза, в Европе насчитывалось от одного до двух миллионов потребителей запрещенных наркотиков, из которых в среднем 1 миллион являлись парентеральными наркоманами, употребляющими опиоиды в качестве основного наркотика [2]. Согласно докладу европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании за 2010 год, в 2008 году в ЕС и Норвегии насчитывалось 1,35 миллиона зависимых потребителей опиоидов, что эквивалентно примерно 3,9-4,4 случая на 1000 человек в возрасте 15-64 лет. Для сравнения, в 2009 году в России было гораздо больше опиоидных наркоманов (около 1,7 миллиона), что равнялось 16 случаям употребления опиоидов на 1000 человек [4]. Ситуация в Украине аналогична - от 10 до 13 летальных случаев от передозировки опиатов на 1000 смертей [11]. Исследования сообщают, что большинство потребителей опиатов, как правило, мужчины (82%) в возрасте от 31 до 40 лет (55%) [6].

Генетическая предрасположенность к формированию опиоидной зависимости. Исследование семейного анамнеза, неизменно свидетельствуют о том, что генетические факторы способствуют аддиктивному поведению, и рецидивам при сформированной патологии [7]. Наблюдения пробандов с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, и членов их семей показали ассоциации между различными группами ПАВ, и их генетическими детерминантами [10]. Наследуемость характеризуется тремя типами факторов: 1) генетическими факторами; 2) общими семейными факторами; 3) случайными факторами окружающей среды [8]. Tsuang et al. [16] провели двойное исследование, включающее 3372 пар мужчин-близнецов из Вьетнама, 1874 из которых были монозиготными, и 1498 дизиготными. Было определено, что у 31% наркозависимых имелась генетическая предрасположенность к возникновению зависимости. У 25% и 44% зависимых был выявлен отягощенный семейный анамнез по аддиктивной патологии. Согласно популяционным исследованиям Tsuang et al, удалось выявить генетические

влияния в 34% случаев от общей популяции по всем ПАВ в целом [9]. Приведенные результаты свидетельствуют об генетическом вкладе в формирование опиоидной зависимости. Закономерности, выявленные у потребителей героина, показали, что наследуемость составляют около 0,50 (95% CI: 0,00-0,56) в случаях перехода от единичного, к эпизодическому употреблению, около 0,01 (95% CI:0,00-0,31) в случаях перехода от эпизодического, к постоянному употреблению [6]. В отличие от генетических факторов, факторы внешней среды показали следующие цифры: 0.50 (95% CI: 0.32-0.38) от единичного до эпизодического употребления героина, и 0,99 (95% CI: 0.62-0.99) от эпизодического к регулярному употреблению [7]. У родственников пробандов с страдающих опиоидной зависимостью, в десять раз чаще встречались случаи злоупотребления опиатами (скорректированное отношение шансов (ОШ) (OR 10,2, 95% CI: 3,2-32,6) [17]. Ниже приведен анализ наиболее часто исследуемых генов, ассоциированных с зависимостью от опиоидов (табл. 1).

Таблица 1

Влияние генов на формирование опиоидной зависимости

Ген	Класс	Механизм	Эффекты при формировании опиоидной зависимости
DRD2	Дофаминовые рецепторы	D2 Ингибирование аденилциклазы через гамма белки (G-proteins)	Аллель DRD2 rs1800497 выше у пациентов с опиоидной зависимостью, чем в контрольной группе, что выступает предиктором успешного лечения метадонот [5]
DRD3	Дофаминовые рецепторы	D3 Ингибирование аденилциклазы через гамма белки (G-proteins)	DRD3 Val I аллель связан с повышением поиском гедонистических ощущений, и фактором риска развития опиоидной зависимости [11]
DRD4	Дофаминовые рецепторы	D4 Ингибирование аденилциклазы через гамма белки (G-proteins), а также уменьшает внутриклеточный ЦАМФ	Drd4 эксон III аллель, более распространен у зависимых от опиатов [16]
OPRM1	μ опиоидные рецепторы	Связывает эндогенные β-эндорфины, и энкефалины; связывает динаморфины явлениями аффинности	Rs1799971 G аллель является очень распространенным среди зависимых от опиатов в Индии. Аллель rs1799972 T менее распространен среди этнических групп, и не связан с опиоидной зависимостью. [16]
OPRD1	δ опиоидные рецепторы	Являются энкефалинами в качестве эндогенных лигандов; оказывает анальгезирующее и антидепрессивное действие, путем взаимодействия с μ опиоидными рецепторами	OPRD1 эксон III rs2234918 не связан с зависимостью, в немецкой популяции. rs1042114 наоборот связан с развитием опиоидной зависимости у европейцев, и американцев. GCAACT включает в себя как rs1042114, так и rs2234918. Чаще встречается у зависимых от опиатов, в сравнении с контрольной группой [4]
OPRK1	κ опиоидные рецепторы	Связывают диноприн в качестве основного эндогенного лиганда. Также связывает алкалоиды и синтетические лиганды	SNP OPRK1 G36T встречается у зависимых от опиатов европейцев. Имеется два гаплотипа (AGCTCGTC, GGCGTGCC), которые ассоциированы с развитием опиоидной зависимости у испаноязычных этносов. [4]
BDNF	Нейротрофический фактор головного	Связывает TrkB с p75 LNGFR рецептором, определяя	G196A G аллель связан с формированием предрасположенности развития героиновой зависимости в раннем возрасте, у

	мозга	нейротрансмиттерную активность	китайцев. [2]
NRXN3	Нейротрофический фактор головного мозга	Является молекулой клеточной адгезии, участвующая в синаптической пластичности	Не является геном предрасполагающим к опиоидной зависимости, хотя ген rs11624704 связан с высокой степенью компульсивности [14]
NGFB	Нейротрофический фактор головного мозга	Связывает TrkA с p75 LNGFR рецептором. Участвует в поддержании жизнедеятельности нейронов	Носители аллеля A SNP rs2239622 связаны с более низкими суточными дозами метадона во время метадоновой терапии [8]

Заключение. Большинство рассмотренных исследований являлись ретроспективными. В них сравнивались частота генотипа и аллеля в случаях сформированной опиоидной зависимости, и контрольной группой. В рамках исследований исключались лица с серьезными психическими расстройствами, а также употребляющие несколько ПАВ. Значительная часть участников исследования были лицами европейского происхождения. Большинство исследований имели небольшую выборку и ограниченные возможности для обнаружения нескольких генетических вариантов. Лишь в нескольких работах были представлены большие выборки (Zhang et al.): 1063 европейско-американских испытуемых с 620 случаями сформированной зависимости от различных ПАВ [19]. Исследование Hou et al. было проведено на 1030 ханьских китайцев, с 500 случаями сформированной опиоидной зависимости [9]. Результаты исследований свидетельствуют об ассоциации между конкретными SNP и формированием опиоидной зависимости, в двух этнических группах. Для уточнения роли общих SNP в формировании опиоидной зависимости необходимы дальнейшие крупные международные исследования. Рассмотренные в рамках настоящего обзора исследования, предоставляют убедительные доказательства генетической роли в формировании зависимости. Тщательные исследования влияния генов кандидатов на патофизиологию и метаболизм опиоидов, дадут дополнительные ключи к пониманию этиологии аддиктивных расстройств. Потенциальные результаты могли бы помочь в выявлении лиц, подверженных риску развития опиоидной зависимости, и улучшении качества лечения. Пациентам, страдающим опиоидной зависимостью, требуются многоуровневые стратегии вмешательства, с целью устранения биологических, социальных и психических элементов данной патологии.

Понимание основных механизмов, лежащих в основе данной патологии, поможет определить стратегии для эффективной профилактики и лечения случаев опийной наркомании.

Литература:

1. Asadullin A. R. et al. Approach to Classifying " Design" Drugs and New Potentially Dangerous Chemical Substances, with a Brief Review of the Problem //International Journal of Environmental and Science Education. – 2016. – Т. 11. – №. 14. – С. 6697-6703.
2. Carvalho A. L. et al. Role of the brain-derived neurotrophic factor at glutamatergic synapses //British journal of pharmacology. – 2008. – Т. 153. – №. S1. – С. S310-S324
3. Chao J., Nestler E. J. Molecular neurobiology of drug addiction //Annu. Rev. Med. – 2004. – Т. 55. – С. 113-132.
4. Grant B. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). – 2006
5. Everitt B. J. et al. Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction //Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences. – 2008. – Т. 363. – №. 1507. – С. 3125-3135.
6. Fischer B. et al. Changes in illicit opioid use across Canada //Canadian Medical Association Journal. – 2006. – Т. 175. – №. 11. – С. 1385-1385.
7. Gomes T. et al. Geographical variation in opioid prescribing and opioid-related mortality in Ontario //Healthc Q. – 2011. – Т. 14. – №. 1. – С. 22-24.
8. Heldt S. A. et al. Hippocampus-specific deletion of BDNF in adult mice impairs spatial memory and extinction of aversive memories //Molecular psychiatry. – 2007. – Т. 12. – №. 7. – С. 656.
9. Kalivas P. W., Volkow N. D. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice //American Journal of Psychiatry. – 2005. – Т. 162. – №. 8. – С. 1403-1413.

10. Mansour A. et al. Autoradiographic differentiation of mu, delta, and kappa opioid receptors in the rat forebrain and midbrain //Journal of Neuroscience. – 1987. – T. 7. – №. 8. – C. 2445-2464.
11. Mistry C. et al. Genetics of opioid dependence: a review of the genetic contribution to opioid dependence //Current psychiatry reviews. – 2014. – T. 10. – №. 2. – C. 156-167.
12. Mounteney J. et al. The drug situation in Europe: an overview of data available on illicit drugs and new psychoactive substances from European monitoring in 2015 //Addiction. – 2016. – T. 111. – №. 1. – C. 34-48.
13. Narita M., Funada M., Suzuki T. Regulations of opioid dependence by opioid receptor types //Pharmacology & therapeutics. – 2001. – T. 89. – №. 1. – C. 1-15.
14. Ross S., Peselow E. The neurobiology of addictive disorders //Clinical neuropharmacology. – 2009. – T. 32. – №. 5. – C. 269-276.
15. Sher L. The role of endogenous opioids in the placebo effect in post-traumatic stress disorder //Complementary Medicine Research. – 2004. – T. 11. – №. 6. – C. 354-359.
16. Tsuang M. T. et al. Co-occurrence of abuse of different drugs in men: the role of drug-specific and shared vulnerabilities //Archives of general psychiatry. – 1998. – T. 55. – №. 11. – C. 967-972.
17. Volkow N. D. et al. Brain DA D2 receptors predict reinforcing effects of stimulants in humans: replication study //Synapse. – 2002. – T. 46. – №. 2. – C. 79-82.
18. Zhu H., Rockhold R. W., Ho K. The role of glutamate in physical dependence on opioids //The Japanese Journal of Pharmacology. – 2001. – T. 76. – №. 1. – C. 1-14.
19. Zhang H. et al. The OPRD1 and OPRK1 loci in alcohol or drug dependence: OPRD1 variation modulates substance dependence risk //Molecular psychiatry. – 2008. – T. 13. – №. 5. – C. 531.

Genetic aspects of opiate abuse:

current state of the problem, and research prospects (literature review).

Badretdinov U.G., postgraduate student of the Department of Psychiatry and Narcology with the course of the Institute of Postgraduate Education,

Asadullin A.R., assistant professor of the Department of Psychiatry and Addiction with the course of Institute of Postgraduate Education, a head of department.

Federal state institution of higher education Bashkir Medical University of the Ministry of Health of Russia, Ufa, aea1202@yandex.ru

State Republican Narcological Dispensary No. 1, Ufa.

Abstract: Classical genetic studies of opium addiction, indicates a high degree of heritability of the disease. The results of molecular genetic studies are sometimes inconclusive results. Certain genetic variants play a role in the pathogenesis of addictive behavior. Typing a genetic marker Association can change the current understanding of the role of predictors in the formation of opioid dependence, and therefore can improve prevention strategy and treatment tactics.

Key words: dependence, opiates, opioid dependence, genes, opioid receptors.

Опыт реализации программ профилактики дезадаптации среди студентов 1 курса

Бурделова Е. В., асс. кафедры ПИН, ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула, lenoknel@mail.ru

По данным мониторинга, проведённого в Тульском государственном университете в 2017 г., дезадаптирован каждый пятый студент, что несёт в себе риск развития психосоматических и невротических заболеваний, снижение у него работоспособности и коммуникативных способностей.

Следовательно, и помощь данной группе студентов необходима психологическая. А именно, развитие системы ценностей, формирование коммуникативных навыков, устойчивой мотивации к получению знаний, обучение ауторегуляции. Данную помощь, мы считаем, возможно оказывать в рамках факультативных тренинговых занятий, проводимых психологами ВУЗа.

Сотрудники ВУЗа создают следующие педагогические условия для успешной адаптации первокурсников:

- мониторинг типичных и индивидуальных трудностей у студентов и помощь в их преодолении (мониторинг дезадаптивного поведения);
- развитие коммуникативных навыков и активизация обратной связи в системе «студент - преподаватель» (стрессменеджмент, тренинг релаксации и саморегуляции, программа личностного роста);
- пропаганда общечеловеческих и университетских ценностей (волонтерское движение ТулГУ).

Было проведено исследование, в котором приняло участие 2 группы студентов по 30 человек: экспериментальная и контрольная. Они были сходны по уровню адаптивности при констатирующей диагностике. После прохождения тренинга «SMILE» в экспериментальной группе уровень дезадаптивности ниже, а адаптивности выше, чем в контрольной группе. Отмечается снижение уровня дезадаптивности и повышение уровня адаптивности у первокурсников участвующих в тренинге и волонтерской деятельности. У студентов, вошедших в контрольную группу, снизился уровень адаптивности в констатирующей и контрольной диагностике.

Особенности стилей юмора у больных синдромом алкогольной зависимости

Вдовина А. С.¹, ординатор 2-го года обучения по специальности психиатрия-наркология, Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии ИПО

Шуенков Д. А.², аспирант, Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии ИПО

¹ ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Иваново, Россия, e-mail: ivgma2012@mail.ru

² ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Иваново, Россия, e-mail: voksined@yandex.ru

Актуальность. Чувство юмора во все времена считалось атрибутом здоровья и, кроме того, психического благополучия [2]. Однако, результаты исследований все чаще доказывают нам обратную сторону юмора, в связи с чем исследователи поставили вопрос о необходимости выделения разных видов (стилей) чувства юмора, различающихся по своей адаптивности или социальной полезности [3]. С этой целью был создан Опросник стилей юмора (Humor Styles Questionnaire – HSQ), разработанный Р. Мартином с соавт. [4]. При психических заболеваниях разного рода способность воспринимать юмор и шутить страдает в той или иной мере [2]. Так, при длительной алкоголизации, можно наблюдать феномен так называемого «алкогольного юмора», когда смеховую реакцию вызывает сам процесс выпивки [1]. Данные сведения подчеркивают актуальность вопросов изучения особенностей юмора у пациентов, на основании которых будет возможна разработка дополнительных критериев синдрома алкогольной зависимости, способствующих более точной дифференциальной диагностике в повседневной клинической практике.

Цель. Анализ особенностей стилей юмора у больных синдромом алкогольной зависимости.

Материалы и Методы. В ходе данной работы было обследовано 40 пациентов (31 мужчина и 9 женщин) в возрасте от 26 до 65 лет ($m=40,25$, $sd=8,99$), проходивших стационарное лечение от синдрома алкогольной зависимости 2 стадии в отделениях ИОНД. Использовались: 1) опросник стилей юмора Р. Мартина [4]. 2) Определение уровня самооценки и притязаний по методике Дембо-Рубинштейн, вариант А.М. Прихожан в нашей модификации (шкалы: ум, способности; счастье; общительность; трудолюбие; внешность; уверенность в себе). Анализ данных проводился в программе Statistica 6. Различия считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Использовались методы непараметрической статистики: U критерий Манна-Уитни, критерий ранговой корреляции Спирмена (r).

Результаты и обсуждение. Были получены следующие описательные статистики стилей юмора: аффилиативный - $m=4,3$ с $sd=1,16$, самоподдерживающий - $m=4,10$ с $sd=0,92$, агрессивный - $m=3,28$ с $sd=0,86$, самоуничижительный - $m=3,53$ с $sd=0,98$. При ориентировочном сравнении (в нашем исследовании была использована несколько другая версия опросника [4], поэтому говорить о непосредственном сравнении некорректно) с данными, полученными на здоровой выборке российских студентов [3], было выявлено, что у пациентов с алкоголизмом менее выражены социальные стили юмора: аффилиативный ($m=4,3$ с $sd=1,16$ против $m=4,5$ с $sd=1,01$) и агрессивный ($m=3,28$ с $sd=0,86$ против $m=3,7$ с $sd=1,00$). Это можно объяснить изменением направленности юмора при взаимодействии с окружающими в процессе выпивки и всего, связанного с ней, что согласуется с концепцией «алкогольного юмора» [1]. При сравнении стилей юмора у мужчин и женщин в нашей выборке значимых различий выявлено не было. При анализе взаимосвязей между стилями юмора обнаружили следующие отличия от нормативных данных (опять же, ориентировочно, учитывая несколько разные версии опросников). Аффилиативный и агрессивный стили юмора не связаны между собой, в то время как у здоровых студентов они коррелируют ($r=0,305$ [3]), самоподдерживающий и самоуничижительный стили также не связаны (у

здоровых людей $r=0,216$ [3]). При этом корреляция между агрессивным и самоуничижительным стилями почти вдвое выше, чем у здоровых людей ($r=0,586$ против $r=0,267$ [3]). Таким образом, у больных алкоголизмом в целом стили юмора менее связаны между собой, а (ауто)агрессивный характер юмора оказывается более важным параметром, чем направленность юмора на себя/других. Эти данные результаты согласуются с мнением И.С. Домбровской о том, что, по мере продолжения алкоголизации, разрываются связи смеха, юмора и веселости, то есть культурной и натуральной составляющих юмора, которые в норме всегда взаимодействуют [1]. При этом выявленная в нашем исследовании сильная связь между негативными стилями (агрессивным и самоуничижительным) может служить подтверждением формирования особого, - «черного юмора», который отличается малым разнообразием, недостаточным или неадекватным отражением объектного мира [1]. При анализе взаимосвязей стилей юмора с показателями самооценки и уровнями притязаний были выявлены значимые корреляции аффилиативного стиля юмора с уровнем самооценки по шкале «общительность» ($r=0,31$), самоподдерживающего стиля с уровнями самооценки и притязаний по той же шкале ($r=0,31$, $r=0,41$ соответственно) и с уровнем самооценки по шкале «трудолюбие» ($r=0,32$), что согласуется с характеристикой данных стилей и данными исследований [3]. В последующем для уточнения данных планируется увеличить объем выборки, проанализировать стили юмора не только во взаимосвязи с показателями самооценки и уровнем притязаний, но также с уровнем ситуативной и личностной тревожности, уровнем гелотофобии и рядом клинико-анамнестических сведений.

Литература

1. Домбровская И. С. Юмор в контексте психологической практики // Консультативная психология и психотерапия. – 2011. - №1. – С. 95-108.
2. Иванова Е. М., Ениколопов С. Н. Психопатология и чувство юмора // Современная терапия психических расстройств. – 2009. - №1. – С. 19-24.

3. Самоуничижительный юмор в России и особенности стилей юмора москвичей / Е. М. Иванова, О. В. Митина, А. С. Зайцева, Е. А., Стефаненко, С. Н. Ениколопов, Ю. Н. Бабина, Г. А. Зизганова, Н. А. Низовских // Сибирский психологический журнал. – 2014. - № 51. – С. 163-175.

4. Стефаненко Е. А. Психологические особенности гелотофобии (страха насмешки) при шизофрении и аффективных расстройствах: дис. канд. психол. наук. -М., 2014. -162 с.

Факторы агрессивного поведения в студенческой среде как «мишени» первичной профилактики

Ивашиненко Л. В., директор СППС, ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула, lamersy@mail.ru

В настоящее время в мировом научном сообществе активно исследуется проблема подросткового и юношеского насилия. Данное явление опосредовано насущной потребностью многих стран - обезопасить образовательную среду. Совместно с внедрением в образовательную среду профилактических программ проводятся мониторинговые кросс-культурные исследования.

Агрессивное и аддиктивное поведение в студенческой среде ТулГУ:

10,1% - студентов имеют высокий уровень физической агрессии;

11,4% - косвенной;

30,5% - высокий уровень раздражения;

24,4% - высокий уровень негативизма;

9,1% - обидчивости;

13,9% - подозрительности;

30% - высокий уровень вербальной агрессии.

1. Для юношей более характерно проявление физической агрессии. У девушек же большей степени выражена косвенная агрессия, раздражение и обидчивость.

2. Обидчивость в большей степени проявляется у студентов, живущих в отдельных квартирах и в общежитии, а подозрительность – у студентов, живущих в общежитии и на съёмной квартире. Наименее обидчивы и подозрительны студенты, проживающие дома с родителями.

3. Чем выше студент оценивает свою успеваемость, тем в меньшей степени у него проявляется склонность к физической агрессии.

Студенты, имеющие никотиновую зависимость более раздражительны и склонны к вербальной агрессии. У тех из них, у кого нет желания бросить курить, в большей степени выражен негативизм.

Уровень негативизма пропорционален частоте употребления, такого алкогольного напитка как пиво.

В наибольшей степени подозрительность выражена у студентов ответивших, что употребляют алкогольные напитки (кроме пива) 1 раз в месяц.

Студенты, которые нейтрально относятся к лицам, употребляющим алкогольные напитки, имеют более выраженный негативизм, чем студенты, имеющие негативное отношение.

Студенты, которые указывали в анкете, что хотя бы раз пробовали наркотическое вещество, в 1,5 раза более обидчивы, чем остальные респонденты.

Фармакотерапия первого психотического эпизода: современное состояние проблемы

Ивашиненко Д. М., доцент, к.м.н., зав. кафедрой ПИН, ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула, divashinenko@mail.ru

Нелеченные психические расстройства наносят значительный ущерб, составляя 13% общего глобального бремени болезней в мире

Шизофренией во всем мире страдает более 21 миллиона человек

Суммарное бремя шизофрении (данные на 2009 год) составило 196,67 млрд. рублей, соответствуя 0,5 % ВВП РФ

Первые пять лет от начала заболевания имеют очень важное значение для клинико-функционального прогноза заболевания

Проблемы оптимизации психофармакотерапии и развития психосоциальных реабилитационных программ являются крайне значимыми

Цель исследования - поиск путей повышения качества психиатрической помощи населению на основе анализа клинико-эпидемиологических и социально-демографических параметров у пациентов с впервые выявленным при обращении в государственные учреждения здравоохранения Тульской области в период 2017-2018 гг. диагнозом шизофрения.

Анализ сплошной когорты пациентов, пролеченных в ОПП с установленным диагнозом шизофрения

Общая численность группы составила **56 пациентов** • Средний возраст на момент первичного обращения к психиатрам – **35,1±13,0 лет**

Средний возраст на момент верификации диагноза ШИЗОФРЕНИЯ - **37,2±14,1 лет**

Средняя длительность от момента первичного обращения к психиатрам до первичной постановки диагноза шизофрения – **1,9 года**

Распределение по полу является практически паритетным, **мужчины составили 49,5%, а женщины – 50,5% выборки**, что приблизительно соответствует имеющимся статистическим данным относительно общей популяции.

У 28 пациентов имевшие место на этапе до выставления шизофрении обострения один или несколько раз купировались в стационарных условиях

Среднее число госпитализаций по поводу обострений до выставления диагноза шизофрения составило **3,4**, средняя продолжительность – **56 дней**.

Диагностика аффективных расстройств у больных с диабетической полинейропатией.

Магзумова Ш.Ш., доктор медицинских наук, профессор кафедры Психиатрия и наркология

Махкамова Н.С., магистр кафедры Психиатрия и наркология

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

e-mail: aelita-mia@mail.ru

Непсихотические психические расстройства, к которым относятся нетяжелые депрессивные, тревожные и органические психические расстройства, могут влиять на течение и прогноз основного заболевания у больных сахарным диабетом (СД), поэтому крайне важно изучение их эпидемиологических аспектов.

Ключевые слова: сахарный диабет, полинейропатия, аффективные расстройства, депрессия

Введение. Тенденция к соматизации- одна из наиболее характерных черт патоморфоза психических заболеваний различной этиологии. В настоящее время наблюдается значительное увеличение числа аффективных расстройств, одним из вариантов которых являются соматизированные депрессии [2,4]. Кроме того, наиболее сложные, полиморфные вегетативно-висцеральные нарушения наблюдаются у больных истерическими расстройствами. В тех случаях, когда аффективные расстройства отмечаются у больных страдающих соматической патологией, которая сопровождается хроническими болевыми ощущениями, их клиническая оценка и дифференциальная диагностика крайне трудны. Тем не менее, соматические заболевания и соматизированные психические расстройства имеют различный прогноз, требуют разной лечебной

и реабилитационной тактики [7]. Оценка распространенности непсихотических психических расстройств, к которым относятся нетяжелые депрессивные, тревожные и органические психические расстройства, у больных сахарным диабетом (СД) крайне важна, поскольку они могут существенно влиять на течение и прогноз основного заболевания [1]. Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом. Каждые 10-15 лет число больных сахарным диабетом удваивается [5]. Успехи в диагностике и лечении сахарного диабета привели к увеличению продолжительности жизни больных, что в свою очередь послужило причиной появления большого количества поздних осложнений диабета, одно из них полинейропатия. В условиях сложного переплетения соматогенных, психогенных и личностных факторов в возникновении и развитии сахарного диабета наибольшие дифференциально-диагностические трудности представляет выделение соматической и психической составляющих [3,6].

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 78 человек (48 мужчин и 30 женщин), страдающих сахарным диабетом (СД) 1-го и 2-го типа, СД 1-го типа 30 человек, все они получали инсулинотерапию, СД 2 типа страдали 48 человек. Исследование проходило на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эндокринологии. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 5,2$, средняя длительность болезни $15,4 \pm 6,2$ года. Общими для всех пациентов были хронические болевые и неприятные ощущения в нижних конечностях, которые оставались резистентными к лечению по обычным схемам, применяемым при диабетической полинейропатии. Все пациенты неоднократно лечились у эндокринологов, обращались к хирургам и невропатологам в связи с нестерпимыми болевыми ощущениями в нижних конечностях. У всех пациентов неврологом был установлен диагноз диабетическая полинейропатия. В связи с упорным характером болевых ощущений и неэффективностью лечения сделано предположение о возможном влиянии психического статуса

пациентов а их возникновение, в связи с чем больные были проконсультированы у психиатров.

Специализированный психиатрический осмотр включал в себя клинико-катамнестическое исследование, клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое обследование всех больных. В комплексном психологическом исследовании использовались шкалу тревоги/тревожности Спилбергера, шкалу депрессии Центра эпидемиологических исследований США (Center for Epidemiological Studies – Depression scale – CES-D). Оценка психометрических шкал проводилась в начале лечения, через 3 месяца после начала лечения. Количественные данные обрабатывали методами описательной статистики; они представлены в виде среднего и стандартного отклонения. Категорийные данные выражены в процентах.

Результаты и обсуждения. Психические нарушения степени выраженности обнаружены у всех обследованных больных. Клинически значимая депрессия выявлена у 65 пациентов. 54 пациента имели среднюю степень тяжести депрессии, 11 пациентов – легкую степень. Клинико-катамнестическое обследование выявило наличие очерченных депрессивных эпизодов в анамнезе у более чем половины больных (40 человек) еще до начала СД и развития диабетической полинейропатии. У 8 пациентов развитие депрессии было связано с психогенией, которой явилась установка диагноза СД, у 5 больных с СД типа 2 с изменением лечения и переводом на инсулинотерапию.

В клинической картине депрессии на момент первичного осмотра преобладали жалобы на болевые ощущения в нижних конечностях. Расстройства настроения выявлялись лишь при специальном расспросе. Кроме того, у пациентов обнаруживалась диссомния, снижение веса, аппетита, энергетического потенциала, запоры, имели место снижение либидо, нарушения со стороны сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. Характерной особенностью сомато-вегетативных нарушений являлась суточная ритмика с усилением нарушений в утренние и вечерние часы.

Проведенная работа позволила выявить высокую частоту текущих (то есть имеющих на момент обследования) психических расстройств у стационарных больных СД. При сплошном обследовании они были обнаружены у 80,3% пациентов, причем при СД2 – значительно чаще (87,9%), чем при СД1 (57,4%, $p < 0,0001$). Более высокая частота психических расстройств при СД2 по сравнению с СД1 характерна как для депрессивных расстройств суммарно – 42,5 и 27% соответственно ($p < 0,004$) при СД1 более чем в 8 раз чаще, чем при СД2 ($p < 0,05$). Остальные аффективные расстройства, не относящиеся к монополярным депрессиям, при СД1 и СД2 отмечаются с одинаковой частотой – 5,5 и 1,1% соответственно ($p > 0,05$).

Хроническая субсиндромальная тревога (ССТ) отсутствует в клинических классификациях, но ее существование не вызывает сомнения. Это довольно устойчивые и клинически значимые симптомы хронической (постоянной) тревоги, но выраженные не настолько, чтобы однозначно поставить диагноз тревожного расстройства. Нередко ССТ встречается у больных с ПОС, но часто бывает и изолированным синдромом. По-видимому, высокая частота ССТ отражает выраженное психическое напряжение или хронический психический стресс, в котором пребывают больные СД в силу ряда психосоциальных проблем, инвалидизирующего характера основного заболевания, его тяжелых осложнений, а также сопутствующих заболеваний, частота которых с возрастом нарастает. Несмотря на то что ПОС также занимает заметное место в структуре психических расстройств (17,5%), у большинства больных СД (82,5%), в том числе с длительной декомпенсацией углеводного обмена, признаков органического поражения центральной нервной системы не было выявлено.

В данной выборке было выявлено мало расстройств адаптации, возникающих как реакция на острый психический стресс. По-видимому, это связано с тем, что в исследование включались только больные, которым диагноз СД был поставлен более полугода назад, то есть пациенты в основном уже успевали психологически адаптироваться к наличию заболевания. Ни один из больных СД с депрессивными расстройствами, паническим расстройством,

изолированными специфическими фобиями и расстройствами адаптации ранее, вне рамок нашего исследования, не обращался к соответствующим специалистам и не получал лечения антидепрессантами или психотерапию. Многие больные СД с постоянной (хронической) тревогой получали противотревожную терапию по назначению терапевтов, неврологов или в порядке самолечения. Однако дозы при этом были недостаточными, курсы лечения – короткими или, напротив, чрезвычайно длинными, а применявшиеся препараты либо были малоэффективными (растительные средства), либо имели высокий потенциал зависимости и других побочных эффектов.

Выводы. 1. При почти сплошном психиатрическом обследовании стационарных больных СД непсихотические (нетяжелые) психические расстройства выявляются у большинства из них, причем тревожные – так же часто, как депрессивные. Так депрессивный синдром у 65 человек (83,3%), конверсионный у 13 человек (16,7%), у 58 человек (74,4%) отмечалось усложнение ведущего синдрома тревожным, фобическими и ипохондрическими переживаниями.

2. Структура психической патологии при разных типах СД существенно различна: при СД 1 достоверно чаще, чем при СД 2, отмечается приступообразная тревога (фобии), а для СД 2 более типична постоянная тревога (генерализованное и органическое тревожные расстройства, субсиндромальная тревога) и монополярные длительные депрессии.

4. Несмотря на крайне высокую распространенность психических расстройств у больных СД, в современных условиях организации психиатрической помощи больным СД их не диагностируют и не лечат, что диктует необходимость расширения образовательной работы среди эндокринологов и диабетологов по вопросам диагностики и лечения нетяжелых психических расстройств.

5. Возникновение соматизированных психических расстройств у больных, страдающих тяжёлой соматической патологией (диабетической нейропатией), представляет значительные дифференциально-диагностические трудности.

Психические нарушения приобретают стертый, правдоподобный характер, имитируют наиболее распространенные симптомы соматических заболеваний. В лечении таких пациентов обязательном порядке должны принимать как эндокринологи, так и психиатры.

Литература

[1] Коркина М.В., Елфимова Е.В., Марилов В.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007;07(2):15-8.

[2] Милевский М.М., ред. Классификация болезней в психиатрии и наркологии. Пособие для врачей. М.: Триада-Х; 2008.

[3] Старостина Е.Г. Биомедицинские и психосоциальные аспекты сахарного диабета и ожирения: взаимодействие врача и пациента и пути его оптимизации. Автореф. дис. д-ра мед. наук. М.; 2013

[4] Старостина Е.Г. Методические рекомендации для врачей первичного звена здравоохранения по ведению больных с эндокринными заболеваниями. Часть 2. М.: Медпрактика-М; 2012. с. 143-72.

[5] Суркова Е.В., Дробижев М.Ю., Мельникова О.Г., Захарчук Т.А., Дедов И.И. Сахарный диабет и сопутствующие депрессии. Проблемы эндокринологии. 2003;(6):11-6

[6] Тиганов А.С., ред. Психиатрия: руководство для врачей. В двух томах. М.: Медицина; 2012. (55)

[7] Lustman P.J. Anxiety disorders in adults with diabetes mellitus. Psychiatr Clin North Am. 2008;11(2):419-32.

DIAGNOSTICS OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH DIABETIC POLYNEUROPATHY.

Magzumova Shahnoza Shahzadeevna- MD. PhD. Professor of the Department of Psychiatry & Narcology of the Tashkent Medical Academy.

Mahkamova Nodira Sanjarbek kizi - master of the Department of Psychiatry & Narcology of the Tashkent Medical Academy.

Non-psychotic mental disorders including non-severe depressive, anxiety and organic disorders can have an impact on the course and prognosis of the underlying disease in patients with diabetes mellitus (DM). Therefore, assessment of their epidemiologic aspects is extremely important.

Keywords: diabetes mellitus, polyneuropathy, affective disorders, depression

УДК: 616.89-008.441.44 : 616.895.4

Исследование риска суицидальной готовности у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра

Матвеева А.А., Бабарахимова С.Б.,

ассистенты кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Ташкент, Республика Узбекистан.

E-mail: babaraximova@umail.uz

Аннотация. Проведенное исследование клинических особенностей аутоагрессивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных. У подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня.

Ключевые слова: поведенческие нарушения, депрессивные расстройства, подростки, суицидальные тенденции.

Актуальность. По данным современных авторов в 11–17% случаев эндогенной депрессии установлен завершённый суицид, среди лиц, совершивших суицидальные попытки, 60% имели аффективные расстройства[1]. Проблема самоубийства среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, так как суицид является третьей или четвёртой по значимости причиной смерти среди молодых людей[2]. Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации. Повышенная опасность осуществления деструктивных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью[3]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения[4]. Депрессия, как у детей, так и у подростков, распознается с трудом в связи с тем, что депрессивная симптоматика наслаивается, как правило, на психологические особенности возраста[5]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением, имеют «стёртый», маскированный характер, проявляются чаще всего поведенческими нарушениями пубертатного периода[6].

Цель исследования: изучить особенности суицидального поведения у подростков с депрессивными расстройствами для выявления группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных.

Материалы и методы: объектом для исследования было выбрано 46 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Для оценки выраженности депрессивной

симптоматики применялись шкала оценки депрессии Гамильтона и шкала Бека, для выявления тревожных расстройств – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

Результаты и обсуждение: в зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на пять групп: с дисфорической депрессией-56%(n=26), тревожной депрессией-16%(n=7), дисморфофобической депрессией -13%(n=6), маскированной депрессией-8%(n=4), астено-апатической депрессией - 7%(n=3). При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 28 мальчиков и 18 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. В 76% случаев (35 пациентов) 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 Спилбергера-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. В соответствии с традиционной систематикой суицидов пациенты были поделены на три группы: группа демонстративно-

шантажных суицидальных тенденций (56%), группа аффективных (32%) и истинных суицидов (13%). В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31% обследуемых, в 15% случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки. Суицидальные мысли не всегда выявлялись при опросе пациентов. В ряде случаев о них становилось известно при заполнении подростками субъективной шкалы оценки депрессии Бека. При целенаправленном опросе этих больных и их родителей выяснялось, что за некоторое время до совершения суицидальной попытки были отмечены рассуждения на моральные темы, иногда переживания больного отражали рисунки в школьных тетрадях, которые имели суицидальное содержание. Анализ аутодеструктивного поведения у подростков установил неоднородность и различие в клинических проявлениях суицидальных тенденций в зависимости от типа депрессии. Так, при дисфорической депрессии выявлено в 80% случаев наличие импульсивных суицидальных мыслей и тенденций в основном у мальчиков, возникающих на высоте патологического аффекта под воздействием психотравмирующих факторов, конфликтов с родителями и сверстниками, а также при употреблении алкогольных напитков и токсикоманических препаратов. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побеги из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление психоактивных веществ. Двое подростков из этой группы совершили суицидальные попытки в виде нанесения самопорезов в области локтевых сгибов и пять девочек-подростков с психопатоподобным радикалом личностных особенностей прибегли к принятию больших доз лекарственных препаратов, которые констатировались как демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия. У подростков с тревожной депрессией тревога наблюдалась в течении всего дня, с усилением в вечернее время, у 6 пациентов усиление тревожной симптоматики было связано с поиском выхода из своего состояния и при отсутствии понимания со стороны родных у 3

больных сформировалось чувство страха, появились суицидальные мысли и тенденции, имеющие, согласно традиционной классификации суицидов, характер аффективных суицидов. Суицидальное поведение при депрессии тревожного типа ограничивалось редкими мыслями о нежелании жить или угрозами, во время эпизодов ажитации. В клинической картине дисморфофобической депрессии ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Данный тип депрессии наблюдался только у девочек и сопровождался расстройствами приёма пищи в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и инициальным этапом нервной анорексии. В большинстве случаев в преморбиде у девочек-подростков не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев у больных выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста. Девочки высказывали недовольство своим весом, чрезмерным отложением жира в различных частях своего тела, кривыми и толстыми ногами, болезненно относились к наличию пухлых щёк, слишком большого размера живота и груди. Суицидальные тенденции в этой группе ограничивались только мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер, подростки неохотно сообщали о своих замыслах и намерениях, сведения в основном были собраны у родителей, которые обнаружили регистрацию своих детей на различных сайтах социальных сетей и сообществ в Интернете, пропагандирующих культ смерти. Оценка суицидальных мыслей и намерений в данной группе подростков позволяет отнести их к истинным суицидам и включить в группу риска. При использовании теста Люшера больные не могли опираться на самооценку своего состояния, что позволяло определять психологическое содержание переживаемой ситуации. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале

Гамильтона. У 80% больных выявлялось стремление найти выход из сложившейся ситуации, у 20% больных с депрессией средней тяжести выявлялось отрицательно отношение к жизни, по данным теста Люшера эти больные стремились к одиночеству, стремление избежать помощи со стороны. В 56% случаев (26 исследуемых) пациенты испытывали разочарование, страх перед постановкой новых целей, что в ряде случаев приводило к формированию тревоги. У лиц с дисфорической депрессией тест Люшера показал стрессовое состояние, недовольство сложившейся ситуацией, стремление возвысить и упрочить свое положение, что при невозможности полноценной реализации привело к случаям аддиктивного и делинквентного поведения. В ряде случаев у 7 больных (15%) с астено-апатической и маскированной депрессией выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 11% случаев установлено напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются непосильными для него. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось во внутриличностном конфликте, нарушении взаимоотношений с родителями и близкими, нарушением школьной адаптации и в 10 % случаев привело к появлению суицидальных мыслей и намерений. У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание от чувства недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, систематические пропуски школьных занятий, злоупотребление спиртным. В большинстве случаев преобладало демонстративное суицидальное поведение, несущее в себе элементы шантажа, но не утрачивающее при этом своей опасности. Наряду с этим встречались импульсивные суицидальные действия. При опросе больных обнаруживалось, что в основе суицидального поведения лежали идеи наказания своей смертью родителей, а также страх собственного наказания за реально совершенные

действия. Суицидальные намерения и действия обосновывались в 5 случаях идеями собственной несостоятельности и формирующимся «сознательным отвращением к жизни», лишь в 1 случае чувством вины.

Заключение: таким образом, изучение особенностей клинических проявлений суицидального поведения пубертатного периода, выявило, что у подростков чаще наблюдается демонстративно-шантажное суицидальное поведение, формирующееся на фоне депрессивного аффекта, в результате внутриличностных конфликтов и являются в основном проблемой поведенческих и связанных со стрессом расстройств, возникают на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня. Проведенное исследование клинических особенностей аутодеструктивных действий у подростков с поведенческими нарушениями депрессивного регистра позволяет выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь.

Литература:

1.Алексеева М.В., Ваулин С.В. Комплексная профилактика суицидального поведения подростков. // "Юбилейные Сухаревские чтения". Научно-практическая конференция "Служба психического здоровья: качество полипрофессиональной помощи детям"/Сборник тезисов под общей редакцией к.м.н. М.А. Бебчук, М. – 2016. – с.7-8

2.Герасимчук М.Ю. Суцидологический паспорт депрессии. // Суцидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения: сборник научных статей I научно-практической конференции /Ассоц. Когнитивно-Поведенческой Психотерапии С-Пб : СИНЭЛ, 2016. с.17-20

3.Жукова Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 4 (17). С. 27-33.

4. Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д., Макушкин Е.В., Шкитыр Е.Ю. Клинические и психологические подходы к исследованию проблемы суицидов у подростков // Российский психиатрический журнал. 2017. № 6. С. 24-31.

5. Joiner T.E., Rudd M.D. Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous attempts and negative life events // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2000. – Vol. 68. – P.909–916

6. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15–19. World Psychiatry 2005; 4: 2: P.114–120.

RESEARCH THE RISK FOR SUICIDAL WILLINGNESS IN ADOLESCENTS WITH BEHAVIORAL DISORDERS OF DEPRESSIVE REGISTER.

A.A. Matveeva, S.B. Babarakhimova

assistants of the Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy. Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan, E-mail: babaraximova@umail.uz

Abstract. The study of clinical features of self-destructive actions in adolescents with behavioral disorders depressive register reveals the risk for suicidal willingness among this group of patient. Research of the self-destructive behaviors in adolescents revealed that adolescents often observed demonstratively-blackmailing suicidal behavior, emerging against the background of depressive affect, as a result of intrapersonal conflicts and are mainly a problem of behavioral and stress-related disorders, occur against a background of non-psychotic level of psychopathological conditions.

Key words: behavioral disorders, depressive disorders, adolescents, self-destructive actions

Музыкотерапия шизоидного расстройства личности

Наквасина С.Н., студент; Никифорова А.С., студент; Чемезов А.С., старший преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии
Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия,
e-mail: nakvasina_sn@mail.ru, angelstasia35@mail.ru, chemezow@bk.ru

Аннотация: Статья посвящена проблеме психотерапии и психокоррекции шизоидного расстройства личности с применением методов и средств музыкотерапии. Приводятся характеристики шизоидного расстройства личности, цели психотерапевтических вмешательств и перечень возможных упражнений и техник.

Ключевые слова: психотерапия, психокоррекция, музыкотерапия, расстройство личности, шизоидное расстройство личности.

Проблема психотерапии и психологической коррекции лиц со специфическими расстройствами личности на сегодняшний день набирает свою актуальность, так как, согласно некоторым данным, распространенность личностных расстройств постоянно растет и варьируется от 10, 3% до 13,5%. Одним из самых распространенных является шизоидное расстройство личности [2].

Расстройства личности достаточно сложны для коррекции, поэтому создаются различные модификации направлений психодинамической, когнитивно-поведенческой и гуманистической психотерапии. Однако музыкотерапии расстройств личности посвящено гораздо меньше исследований. В связи с этим нами принято решение составить программу музыкотерапии лиц с пограничными расстройствами личности, а именно – лиц с шизоидным расстройством личности.

Для шизоидных личностей характерны, помимо критериев МКБ-10, хронический страх, избегающее поведение и конфликты в социальных контактах, в ситуациях, требующих доверия и привязанности. Как правило, имеются проявления аутодеструктивного, вредного поведения, ненависть или отсутствие акцептации собственного self, очень ограниченные навыки заботы о себе и самоподдержки. Личность часто проявляет неспособность различать собственные чувства и создавать прочные социальные и интимные контакты. В значительной степени человека можно определить, как личность, которая не имеет контакта с собственным Я и с другими людьми.

К факторам формирования шизоидного расстройства личности относится несоответствующая родительская забота – черствость, недостаток эмпатии, холодность, дистанция и отстраненность. Ребенок чувствует себя ненавистным, нежеланным и ничего не значащим. Располагая в младенчестве ограниченными ресурсами, личность может реагировать только уходом, раздвоением или внутренней миграцией. Блокировка самых основных жизненных проявлений и отказ от энергии из внешней действительности, поступающей от других и преимущественно из жизни, приводит к своего рода отмиранию и отключению [4].

Из тяги к близости, любви, ласке появляется боязнь потерять самого себя, свое собственное, неповторимое и индивидуальное Я. Чем сильнее этот страх перед привязанностью и преданностью, отказом от Эго, тем сильнее проявляется в человеке шизоидная сила. Когда она достигает предела концентрации, человек раскалывает мир на две части – потому что он отказался от общения с внешним миром – и отныне ищет участия и поддержки только в себе самом, в своем внутреннем мире, организуя внутри себя диалог, расщепляя свою личность. О таких людях можно сказать: два мира (а иногда и больше) живут в нем, по отдельности друг от друга и от внешнего мира.

К психологическим особенностям шизоидных личностей можно отнести следующее:

1. Естественное желание казаться неповторимым индивидуумом, будучи гипертрофированным, заставляет человека отказываться от близости, преданности, любви, нежности. Потому что близость и преданность, любовь и нежность могли бы, по его мнению, нанести ущерб самоидентичности, угрожать потерей себя.

2. Соответственно такой человек начнет отвергать возможность социальных контактов. Причем пропорционально росту дистанции между шизоидной личностью и другими людьми будет усиливаться подозрительность («Интересно, эти люди за моей спиной насмеются надо мной или над кем-то другим? Или они высмеивают именно меня?..»).

3. Подозрительность приводит к еще большему увеличению дистанции, потому что возникает новый страх – страх того, что прежние опасения подтвердятся («Я знаю, что эту женщину стоит обходить стороной...»).

4. Подобное дистанцирование в результате демонстрирует нам скрытый дефицит общения и коммуникативного репертуара, а также чрезмерную концентрацию личности на своем рациональном начале. Рациональное Я уверено в том, что никогда не окажется поглощенным посторонними («Знаю я это упоение чувствами, после которого следует отрезвление...»).

5. Шизоидность означает, что человек не ищет себе партнера, объекта любви и привязанности («Того, кто желает быть со мной, слишком много для меня. И, кроме всего прочего, доверяю я только самому себе!»). Он использует другого человека только в качестве сексуального партнера и демонстрирует ему свою тоску по любви и нежности, по доверительной близости, но только тогда, когда их разделяет какой-либо барьер. И тогда, почувствовав, что они находятся на безопасном расстоянии, шизоидные личности и отдаются на волю искаженных, подавленных чувств. Так, например, нежность, казавшаяся столь неприемлемой при совместном существовании, неожиданно прорывается на страницах писем или по телефону.

6. Соответственно всему этому, человек, все же решившийся на связь с другим, требует от партнера все новых и новых доказательств любви,

утверждаясь в своих опасениях, если таковых доказательств ему хотя бы раз не предоставят («Вот видишь, я всегда это предчувствовал!») [1].

При составлении программы музыкотерапии шизоидного расстройства личности мы ставим следующие **цели психотерапевтических и психокоррекционных вмешательств:**

- усилить чувственный контакт с окружением – осязательный, слуховой, зрительный;

- высвободить чувство ярости и направить его на соответствующую цель; интегрировать его с self таким образом, чтобы оно стало источником энергии;

- открыть доступ к существующему в себе чувству ужаса и поддержать его в процессе обнаружения первоначальных причин; интегрировать это чувство с self до тех пор, пока оно не станет источником способности ощущать страх, подавленность и собственную чувствительность;

- добраться до сожаления, связанного с утратой любви и утратой собственного self; интегрировать его как часть реальности данной личности;

- высвободить чувство любви и переживание радости, имеющие корни в действительности;

- усилить вовлеченность в жизнь малой группы и общества;

- помочь клиенту открыть его актуальные способы выражения витесненных агрессивных импульсов, (т.е. специфические «игры», которые он ведет в социальных контактах, паттерны пассивной агрессивности и социального ухода, агрессивные фантазии и т.д.);

- создавать ситуации для обучения социальным навыкам (например, собственной личной эффективности, ассертивности, зрительного контакта, выражения чувств в социальных контактах и т.д.) [3].

Возможные упражнения:

1. «Пропеть» свое имя.
2. «Сыграть» на музыкальном инструменте свое имя.
3. «Сыграть» на музыкальном инструменте историю, не поясняя ничего вербально. После упражнения поделиться чувствами.

4. Игра на музыкальном инструменте на заранее придуманную тему (например, дождь, мой город, красивые цвета, общение, одиночество, мир вокруг меня, мой внутренний мир). Тему выбирать может как сам клиент, так и психотерапевт. В конце упражнения поделиться впечатлениями и чувствами. Упражнение можно выполнять в индивидуальном и групповом форматах.

5. Представить себя каким-либо музыкальным инструментом и сыграть «от его лица». Например, клиент ассоциирует себя с контрабасом, но при этом упражнение желательно выполнять на любом музыкальном инструменте кроме контрабаса.

6. В паре с ведущим (при индивидуальном формате работы) или другим членом группы участники, поддерживая зрительный контакт и ни о чем не разговаривая, в музыкальной игре отображают характер своего контакта, свои эмоции и чувства. В конце упражнения поделиться впечатлениями и чувствами.

7. Ведущий показывает группе движение со звуковым сопровождением, повторяет его несколько раз. Группа присоединяется к ведущему и в точности повторяет его действия. После нескольких повторений ведущий передает право показывать движение другому участнику, за которым группа также повторяет придуманное движение. В конце упражнения поделиться впечатлениями и чувствами.

8. Участники группы выбирают сложный механизм или организм (например, животное или технический прибор), и каждый участник при помощи музыкального инструмента «играет» определенную часть выбранного предмета (ухо, хвост, рог, ногу, кнопку, ручку, дверцу, мотор и проч.). В конце упражнения поделиться впечатлениями и чувствами.

Предлагаемые упражнения необходимо выполнять в порядке увеличения сложности. Не стоит торопиться выполнить все упражнения за один сеанс, лучше качественно выполнить 3-4 упражнения. На начальных этапах психотерапии и психокоррекции рекомендуется работать с клиентом в индивидуальном формате, постепенно вовлекая его в групповые сеансы музыкотерапии.

Литература:

[1] Декер-Фойгт Г.-Г. Введение в музыкотерапию / Г.-Г. Декер-Фойгт. – СПб.: Питер, 2003. – 208 с.

[2] Джироламо Дж. Расстройства личности / Girolamo G., Reich J.H. // Отчет ВОЗ. – М., 1995. – XVI. – 87 с.

[3] Джонсон С. Психотерапия характера. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». – М.: Центр психологической культуры, 2001. – 356 с.

[4] Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе/ Пер.с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2004. – 480 с.

SCHIZOID PERSONALITY DISORDER MUSIC THERAPY

Nakvasina S.N., student; Nikiforova A.S., student; Chemezov A.S., senior lecturer of clinical psychology and psychotherapy department

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia, e-mail: nakvasina_sn@mail.ru, angelstasia35@mail.ru, chemezow@bk.ru

Brief abstract: The article is dedicated to the problem of schizoid personality disorder psychotherapy and psychocorrection with the help of music therapy methods and options. There are described schizoid personality disorder characteristics, psychotherapeutic interventions' purposes and a list of probable exercises and techniques.

Keywords: psychotherapy, psychocorrection, music therapy, personality disorder, schizoid personality disorder.

Распространенность суицидального поведения при тревожно-депрессивном расстройстве у пациентов терапевтического профиля

Огородник А.С., Бочкарёва Д.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ, Волгоград, Россия, e-mail:ogorodnik.ann@yandex.ru

Научный руководитель: асс. Цыбуля Юрий Викторович

Введение. Суицидальное поведение представляет собой глобальную проблему для населения и становится особо актуальной в последние несколько десятилетий. [1] В Российской Федерации распространенность суицидов составляет 20 случаев на 100 тыс. населения. [2,3] Особый интерес представляет характер суицидального поведения у пациентов терапевтического профиля. Коморбидной патологией у пациентов неврологического и кардиологического отделений часто выявляются тревожно-депрессивные расстройства.[3,4,6] Данные состояния считаются предрасполагающими факторами к развитию соматических заболеваний как в патофизиологическом, так и в поведенческом аспектах. [5,6] Поэтому целью нашей работы стало определение уровня распространенности тревожно-депрессивных патологий среди пациентов терапевтического профиля, а также оценка риска развития суицидального поведения у больных с разными нозологиями.

Материалы и методы. В ходе исследования была проведена оценка состояния 101 больного, проходивших лечение на базе ГКБСМП № 25 и ГБУЗ «ВОКБ № 1» г. Волгограда. Из них, 54 пациента находились на лечении в кардиологическом отделении и 47 пациентов в неврологическом отделении. Оценка состояния пациентов проводилась с помощью шкалы Бека и шкалы Спилбергера-Ханина.

Результаты и обсуждение. При анализе результатов исследования симптомы тревожно-депрессивных расстройств обнаружены у 78,2% пациентов, при этом среди всех больных 33,7% проявляют суицидальные наклонности. Сравнительная оценка показала, что как в кардиологическом, так и в неврологическом отделении преобладал выраженный уровень депрессии (31,5% и 21,2% соответственно). Тяжелая степень депрессии чаще отмечалась в неврологическом отделении (14,9%), чем в кардиологическом (11,9%).

Суицидальные наклонности более характерны для неврологических больных (42,5%). Они отмечались у 80% пациентов с выраженной депрессией и у 100% больных с тяжелой депрессией. Среди кардиологических пациентов 25,9% проявляют суицидальные наклонности. К ним относятся 52,9% больных с выраженным уровнем депрессии и 66,7% пациентов с тяжелой депрессией. В группах больных с умеренной формой депрессии, как в кардиологическом, так и в неврологическом отделениях суицидальные наклонности распространены значительно реже (8,3% и 16,7% соответственно).

При анализе нозологической структуры по кардиологическому отделению обнаружено, что суицидальные наклонности в сочетании с тревожно-депрессивным расстройством характерны для пациентов с инфарктом миокарда (73,3%) и стенокардией (60%). Среди неврологических пациентов они наиболее распространены в группе пациентов, перенесших инсульт (71,4%).

Выводы. У пациентов терапевтического профиля имеется высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств со склонностью к суициду. Данные состояния обычно спровоцированы тяжестью течения соматической патологии, снижением качества жизни больного, нарушением трудовой и социальной адаптации. Риск развития аффективных расстройств среди пациентов терапевтического профиля свидетельствует о необходимости проведения скрининговых исследований у пациентов в стационарах, а также о проведении консультаций врачей-психиатров с целью своевременного выявления как депрессивной симптоматики, так и суицидального риска, с проведением соответствующей терапии.

Литература:

[1] WHO. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World health organization; 2014.

[2] Положий Б.С., Фритлинский В.С., Агеев С.Е. Суициды в странах СНГ. Суицидология. 2014; 5 (4): 12-6.

[3] Кутлубаев М.А. Суицидальное поведение при неврологических заболеваниях: частота, предрасполагающие факторы, подходы к профилактике // Неврологический журнал. 2016. №3.

[4] Лебедева Е.В., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н. Особенности тревожно-депрессивных расстройств и суицидального поведения у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической ишемической болезнью сердца // Суицидология. 2014. №2 (15).

[5] Репин А. Н. и др. Комплексная реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами // Кардиосоматика. – 2010. – Т. 1. – №. 1. – С. 51.

УДК 343.97

Суицид как индикатор общественного развития

Оспанбекова Г.К., магистр экономических наук, редактор

КГУ «ОСШ №6», Темиртау, Казахстан, e-mail gainishka@mail.ru

Аннотация: Одним из наиболее типичных видов девиантного поведения является суицид. Как показывает практика, в подавляющем большинстве случаев суицид мотивируется переживаемыми конфликтами. В статье рассматриваются наиболее типичные конфликтные ситуации, представляющие собой причины суицидального поведения, и анализируется психологическое состояние личности, лежащее в основе конфликтной ситуации.

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, самоубийство, конфликт, ситуация, кризис, психологическое состояние

Феномен самоубийства известен нам с древнейших времен человечества. Сотни философов, социологов, психологов, врачей изучали и изучают до сих пор суицид в различных аспектах. На сегодняшний день суицид остается одной из важнейшей проблемой всего человечества. Конечно же, отношение к этому радикальному способу лишения себя жизни менялось на различных этапах исторического развития, различными философскими и религиозными учениями которые всегда были основой мировоззрения в любом государстве.

Существует множество определений суицида, одно из наиболее первых было сформулировано Эмилем Дюркгеймом 110 лет назад: «Самоубийством называется всякий смертный случай, являющийся непосредственным или опосредованным результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот пострадавший знал об ожидавших его результатах». Более лаконично ту же дефиницию излагал Морис Фарбер: «Самоубийство это сознательное, намеренное и быстрое лишение себя жизни» [1, с.97-102].

По данным статистики Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно, а это около 400-500 тысяч человек заканчивают жизнь самоубийством, а число попыток во много раз превышает данное число. Количество же убийств в европейских странах примерно в три раза превышает число убийств. Высокий уровень сохраняется в Венгрии, Австрии, Швейцарии.

Наиболее высок уровень самоубийств в городах с числом жителей от 500 тыс. до 1 млн. В городах-миллионерах уровень — ниже среднего. Можно предположить, что социальная обстановка в мегаполисах лучше, чем просто в крупных городах, так как первые имеют более высокий уровень социального и экономического развития. Низкий уровень суицидов в сельской местности объясняется относительно более высокой долей детей среди населения,

национально-религиозными традициями, более тесными межличностными отношениями и привычным укладом жизни.

В наши дни суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое. В большинстве случаев это поведение психически нормального человека. В то же время распространена точка зрения на суицид как на крайнюю точку в ряду взаимопереходящих форм саморазрушительного поведения.

Первоначально в психоанализе была принята гипотеза К.Абрахама (1912) и З.Фрейда (1916), объясняющая суицидальное поведение как результат обращения агрессии против собственной личности вследствие утраты объекта. В работе «Печаль и меланхолия» З. Фрейд раскрывает динамику самоубийства через агрессию к той части Я, которая интроецировала травмирующий (потерянный) объект. Таким образом, Я расправляется с «плохими» внутренними объектами. Данная теория содержала одно важное новшество – признание ведущей роли близкого человека в динамике суицидального поведения [2, с.193-204].

Так, на утрату объекта (потеря, разочарование, разрыв) человек, предрасположенный к депрессии, вначале реагирует ненавистью. Но в силу чрезвычайной значимости объекта он вынужден защищаться от аффекта. Защита осуществляется через регрессию к оральным переживаниям с фантазией о поглощении утраченного объекта. Теперь объект спасен благодаря идентификации с личностью субъекта. Объект стал частью своей личности. Ненависть, первоначально направленная на утраченный объект, обращается теперь против собственной персоны. Развивается тяжелое депрессивное состояние (меланхолия, по Фрейду), следствием которого и становится суицид.

Самоубийства наносят огромный моральный и материальный ущерб обществу. Экономические потери связаны с необходимостью применения неотложных квалифицированных терапевтических мероприятий, временной нетрудоспособностью и инвалидизацией пострадавших. В настоящее время суицидальное поведение не рассматривают как патологическое, в большинстве

случаев данное поведение психически нормального человека. В то же время распространена точка зрения на суицид как на крайнюю точку в ряду взаимнопереходящих форм саморазрушительного поведения [3, с.441-453].

Под суицидальным поведением понимает осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни, в структуре рассматриваемого поведения выделяют суицидальные действия и суицидальные проявления. Таким образом данное поведение осуществляется одновременно во внутреннем и внешнем планах.

Несмотря на очевидную уникальность каждого случая, самоубийства имеют ряд общих характеристик. Суицидальное поведение, как правило, сопровождается стрессогенным характером жизненной ситуации и фрустрацией ведущих потребностей. Для суицидента характерны: невыносимость страданий, поиск выхода из ситуации, переживание безнадежности ситуации и собственной беспомощности, аутоагрессия, амбивалентное отношение личности к суициду, искажение воспринимаемой реальности как заикленность на проблеме [4, с.217-227].

Все это приводит к сужению выбора до бегства в «суицид». При этом суицидальное поведение, как правило, соответствует общему стилю жизни и личностным установкам.

Современные исследователи самоубийства как социального явления выделяют в качестве важного фактор развития религиозного сознания общества. Вера, особенно ислам, существенно снижает вероятность суицидального поведения. В религиозной этике самоубийство расценивается как тяжкий грех, что накладывает нравственный запрет на суицидальное поведение верующего человека. В христианских государствах сегодня наблюдается либерализация общественного отношения к самоубийствам. Все более серьезно обсуждается возможность эвтаназии - добровольного ухода из жизни при помощи врача. В 2002 г. в Голландии (впервые в истории человечества) принят закон, регулирующий эвтаназию.

Существенным оказывается семейное влияние. Так, наличие самоубийств в истории семьи повышает риск возникновения суицида. Кроме того, личностные особенности родителей, например депрессивность, могут выступать фактором суицидальной динамики.

В настоящее время суицидальное поведение не рассматривают как патологическое, в большинстве случаев данное поведение психически нормального человека. В то же время распространена точка зрения на суицид как на крайнюю точку в ряду взаимнопереходящих форм саморазрушительного поведения.

Под суицидальным поведением понимают осознанные действия, направляемые представлениями о лишении себя жизни, в структуре рассматриваемого поведения выделяют суицидальные действия и суицидальные проявления. Таким образом данное поведение осуществляется одновременно во внутреннем и внешнем планах.

Суицидальное поведение является сложной социальной и медицинской проблемой. Ежегодно в мире совершается около 1 млн самоубийств и примерно в 10 раз больше суицидальных попыток. Самоубийство как причина смерти занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий (ДТП) в возрастном диапазоне 15–35 лет в Европе. В 2008 г. в Беларуси более 2600 человек умерли в результате самоубийства, что определило относительный показатель суицидов [5, с.91-95].

Предупреждение самоубийств представляет собой комплексную задачу, в решении которой большое значение придается медицинским работникам. Лица, страдающие хроническими соматическими заболеваниями и психическими расстройствами, составляют группу повышенного риска суицида. Известно, что большинство людей, умирающих вследствие суицида, не обращаются при жизни в психиатрическую службу, но часто проходят лечение по поводу соматических заболеваний. Кроме того, в большинстве случаев эти психические расстройства не относятся к группе психозов, а представляют собой разные формы расстройств настроения (депрессия), зависимости от

психоактивных веществ (ПАВ) (алкоголизм, наркомания), расстройств личности (психопатия), что усложняет их раннюю диагностику. В связи с этим большая роль в первичной диагностике психических расстройств и оценке суицидального риска до обращения пациента к психиатру принадлежит первичному звену здравоохранения [6, с.104-235].

Работники среднего медицинского звена, как правило, сталкиваются с пациентами до врачебного осмотра и посвящают им больше времени (особенно в условиях стационара), чем врачи. В связи с этим средний медицинский персонал лечебных учреждений как психиатрического, так и соматического профиля играет большую роль в предупреждении суицидального поведения [7, с.393-401].

Безусловно, основной задачей оказания суицидологической помощи является профилактика суицидального поведения среди населения. Профилактика разделяется на первичную, задача которой состоит в предотвращении суицидов у контингента лиц, находящихся в состоянии психологического кризиса и представляющих собой группу риска. Вторичная профилактика направлена на предотвращение повторных суицидальных действий.

При этом предупреждение самоубийств выходит за рамки узкомедицинских, тем более только психиатрических мероприятий. По мнению В. Ф. Войцеха, эта проблема должна решаться путем построения системы, объединяющей меры следующего характера: специализированные психиатрические; психологические-коррекционные; общемедицинские и социальные мероприятия. Данная проблема не теряет своей актуальности за счет увеличения случаев самоубийств совершаемых в современном обществе, недостаточным изучением современных особенностей и тенденций суицидального поведения и отсутствием хороших результатов в превентивных мерах самого суицидального поведения [8, с.48].

До сих пор остаются малоизученными личностными особенности больных, страдающих психическими расстройствами и совершивших суицидальные

действия. Многие указывают на особенность депрессивной личности, но они недостаточно убедительно представлены, не идентифицированы, не набирают основных признаков, поэтому не входят в современную классификацию. Несомненно дальнейшее их изучение представляет интерес, но не на достаточном уровне изучено, какие виды, какие другие психические расстройства могут вызвать развитие суицидального поведения и каковы особенности этих расстройств.

Остаются различными и подходы во взглядах на значение и место в суицидогенезе аффективного звена депрессии, деперсонализации, синдрома болезненного бесчувствия. Между тем, в ряде работ содержатся ссылки на высокую вероятность реализации суицидальных намерений при усилении тревоги, и эти данные нуждаются в дальнейшем обосновании.

Литература:

1. Кристал Г. Травмы и аффекты. // Журнал практическая психология и психоанализ. М. № 3, 2002 г.
2. Лотман Ю. Итог пути. Суицидология: Прошлое и настоящее. М. 2001 г.
3. Хензелер Хайнц. Суициды: случаи и тенденции. Суицидология: Прошлое и настоящее. М. 2001 г.
4. Херонский Б. Смысл жизни: обретение и утрата. Суицидология: Прошлое и настоящее. М. 2001 г.
5. Макаров И.В. Деперсонализация // Социальная и клиническая психиатрия. М. № 3, 2001 г.
6. Белинская Е.П., Тихомандрицкая О.А. Социальная психология личности. М. 2001 г.
7. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. Москва. 2000 г.
8. Говорин Н. В., Сахаров А. В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. – Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2008 г.

SUICIDE AS A PUBLIC DEVELOPMENT INDICATOR

G.K. Ospanbekova, master of economic sciences

Master of Economic Sciences, editor

School №6, Kazakhstan, Temirtau

Abstract: One of the most typical types of deviant behavior is suicide. As practice shows, in the overwhelming majority of cases, suicide is motivated by conflicts that are experienced. The article discusses the most typical conflict situations, which are the causes of suicidal behavior, and analyzes the psychological state of the individual that underlies the conflict situation.

Keywords: suicide, suicidal behavior, suicide, conflict, situation, crisis, psychological state.

Восприятие противоречий у больных шизофрений и в норме

Рупчев Г.Е., кандидат психологических наук, старший научный сотрудник
Факультет психологии, кафедра нейро- и патопсихологии, ФГБОУ ВО
«Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»;
лаборатория психофармакологии, ФГБНУ «Научный центр психического
здоровья», Москва, Россия, rupchevgeorg@mail.ru

Алексеев А.А., клинический психолог
Лаборатория психофармакологии, ФГБНУ «Научный центр психического
здоровья», Москва, Россия, alekseev.a.a@list.ru

Беляев С.А., медицинский психолог
ГБУЗ «ПКБ№1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», Филиал ПНД№18 «Дневной
стационар №1», Москва, Россия, sergeybelyaev86@ya.ru

Москвина В.Д., студентка 3 курса
Факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный
университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, moskvina.vd@mail.ru

Исследование представляет собой дальнейшую апробацию опросник «Исследование противоречий» [1]. В исследовании приняли участие 40 больных шизофренией и 42 здоровых испытуемых. Было выявлено, что больные шизофренией значительно реже допускали возможность сосуществования у человека противоположных социальных и психологических характеристик. Кроме того, пациенты также чаще отвергали возможность сосуществования непротиворечащих друг другу характеристик.

Ключевые слова: инкогерентность, противоречие, шизофрения.

Введение

В последние годы возрос интерес к проблеме места и роли противоречий в картине мира и поведении как в норме, так и при патологии. В немалой степени этому поспособствовало появления такого понятия как «инкогерентность». Данное понятие является новым, но активно разрабатываемым в психологической науке [1, 7]. В узком смысле инкогерентность (тестовая) представляет собой психодиагностический феномен и проявляется в несогласованности, противоречивости ответов преимущественно в опросниках, когда на близкие по смыслу или одни и те же вопросы дается то ответ «да», то ответ «нет», без проявления мотивации лжи или ухода от тестирования. В широком смысле инкогерентность (структурная) выявляется в некоторой базовой характеристике сложившейся категориальной системы психики, проявляющейся в структуре и динамике когнитивных, аффективных и мотивационных составляющих индивидуального сознания.

В своем широком определении инкогерентность может быть соотнесена с традиционными психопатологическими категориями, как амбивалентность [2], диссоциация, дискордантность [8], дезорганизация мышления [9]. В этих феноменах характерных прежде всего для клинической картины шизофрении можно наблюдать проявления противоречий в виде взаимоисключающих желаний, эмоций, поведенческих актов, несогласованности различных сторон психической деятельности между собой, непоследовательности и нарушении

логики суждений. Во всех этих случаях противоречия проявляются в грубых клинических выраженных формах, нарушающих общий ход и единство психической деятельности.

Но наряду с «патологической инкогеренцией» можно говорить и о другом полюсе феномена инкогеренции – «нормальной инкогеренции», которая может проявляться в различных сферах. Примерами такой инкогеренции в эмоциональной сфере могут служить случаи возникновения «смешанных чувств» в ответ на неоднозначную ситуацию или противоречия между эмоцией (ситуативно переживаемым состоянием) и чувством (устойчивым эмоциональным отношением), как например, обида или раздражения на человека, к которому испытываешь симпатию. В когнитивной сфере определенная переносимость противоречий важна для целостного восприятия и оценки сложных объектов действительности (и прежде всего других людей), способности учитывать одновременно их негативные и позитивные стороны, а также для понимания человеком процессов изменения и развития, диалектичных по своей сути (меняясь и развиваясь в течение жизни, мы остаемся самими собой) [4]. Синтез противоречий и разнородных впечатлений ведет к познанию целого в единстве и взаимной связи его частей. Именно поэтому он является высшей ступенью познания и позволяет человеку составлять верную картину происходящего даже на основе отдельных и противоположных явлений [6]. В мотивационной сфере инкогерентность может проявляться в феномене борьбы мотивов, когда реализация одних мотивов ограничивает реализацию других («и хочется, и колется»), заставляя субъекта делать выбор.

Таким образом, актуальными оказываются задачи исследования причин, по которым, с одной стороны, субъект совсем не чувствителен к противоречиям продуцирует их, а с другой стороны, не может терпеть несовершенство и неопределенность действительности и людей, которые для других являются обыденными и не конфликтными.

Материалы и методы

В экспериментальную группу вошли 40 испытуемых с шизофренией (15 женщин; 25 мужчин) параноидной формы (F 20.01) эпизодического типа течения. Средний возраст – $38,15 \pm 11,7$ лет (от 18 до 62). Пациенты находились в длительной стабильной ремиссии на поддерживающей психофармакотерапии.

В контрольную группу вошли 42 здоровых испытуемых, не имевших опыта обращения за психиатрической помощью (20 женщин; 22 мужчины). Средний возраст – $30,79 \pm 11,37$ лет (от 18 до 60). Представляется, что можно группы рассматривать, как допустимые для сравнения, несмотря на разницу в среднем возрасте.

Для выявления инкогеренции был разработан опросник «Исследование противоречий», состоящий из 39 пунктов. Испытуемым предлагалось ответить «да» или «нет» на ряд вопросов, каждый из которых начинался с фразы: «Может ли человек одновременно...» (и далее, например, «...быть хорошим и плохим?»). Пункты опросника представляли собой пары прилагательных, существительных или глаголов, содержащие или не содержащие противоречия.

За каждый ответ «да» начислялся 1 балл, за ответ «нет» – 0 баллов. Обработка результатов проводилась по следующим 4 шкалам:

1. «Физические антонимы»; к данной шкале относились пары противоположных по смыслу слов, отражающих физические характеристики («толстый и худой», «большой и маленький», «лежать и бежать»), максимальный балл – 13;

2. «Психологические и социальные антонимы»; пары слов, отражающие противоположные социальные и психологические характеристики («хороший и плохой», «любить и ненавидеть», «мнительный и решительный»), максимальный балл – 14;

3. «Физические не-антонимы»; пары слов, отражающие не противоположные по смыслу физические характеристики («маленький и тяжелый», «легкий и мокрый»), максимальный балл – 6;

4. «Психологические и социальные не-антонимы»; к данной шкале относились пары не противоположных по смыслу слов, отражающих социальные и психологические характеристики («добрый и грустный», «веселый и злой»), максимальный балл – 6.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica V. 8.0. Для анализа достоверности различий между группами использовался критерий Манна–Уитни.

Результаты и их обсуждение

В ходе статистической обработки были обнаружены значимые различия между группами по трем из четырех шкал опросника (табл. 1).

Таблица 1. Средний балл по шкалам опросника «Исследование противоречий».

Шкала	Экспериментальная группа	Контрольная группа
«Физические антонимы»	3,28	3,55
«Социальные и психологические антонимы»**	6,02	9,07
«Физические не-антонимы»*	5,01	5,86
«Социальные и психологические не-антонимы»**	4,8	5,83

Примечание: * – при $p \leq 0,05$; ** - при $p \leq 0,01$.

Только для шкалы «Физические антонимы» значимых различий между группами не наблюдалось. Большинство испытуемых обеих групп отвергали возможность сосуществования противоположных физических характеристик (в среднем испытуемыми обеих групп давалось лишь примерно по 3 утвердительных ответа из 13 пар данной шкалы). Такой результат представляется ожидаемым, так как физические характеристики объектов чаще являются наиболее константными, менее подверженными ситуативным флуктуациям.

Наиболее выраженные различия между группами наблюдались для шкалы «Психологические и социальные антонимы» ($p \leq 0,01$). Здоровые испытуемые значимо чаще испытуемых с шизофренией допускали возможность сосуществования противоположных социальных и психологических характеристик. Достаточно высокий балл здоровых испытуемых по данной шкале (в среднем около 9 утвердительных ответов из 14) указывает на существование *нормативной* инкогерентности их образа мира (по крайней мере, в определенных его аспектах).

Более того, можно предполагать, что сама возможность удержания противоречий (противоположностей) является условием для формирования целостного и дифференцированного представления об основном и сложном по своей природе объекте социальной перцепции – человеке, его образе. Более низкие оценки по данной шкале больных шизофренией показывают, что для них противоречивость, сложность в социальных и психологических характеристиках оказывается менее переносимой, а сами эти конструкты являются более полярными и взаимоисключающими. Данный результат соотносим, например, с распространенным в психоаналитическом подходе представлением о слабой интеграции между собой и отделенности друг от друга противоречивых аспектов репрезентаций Я и Объект-репрезентаций при шизофрении [5].

Показательно, что наиболее отличие из всех пунктов шкалы получила пара «любить — ненавидеть» (наиболее ярко отражающая эмоциональное отношение), 95% утвердительных ответов у здоровых испытуемых против 54% у пациентов. Это именно та противоречивость психологического устройства субъекта, с которой пациентам труднее всего смириться, почти как с сосуществованием противоположных физических свойств.

В норме противоречие выражается в том, что противоположная тенденция (например, критика конкретного поступка) воспринимается как элемент, часть целостного объекта (хорошего отношения в целом), в то время как при патологии противоположные тенденции оказываются рядоположенными,

расщепленными и необъединенными во что-то целостное (критика –это проявление скрытого плохого отношения ко мне). Если в норме удержание противоречия (в такой мягкой форме) позволяет интегрировать различные аспекты восприятия поведения окружающих в *целостное и неодностороннее* представление, то при шизофрении (в силу невозможности принять противоречия) имеются две интерпретации, которые не синтезируются во что-то целостное, а потому «калейдоскопически» сменяют друг друга (например, обесценивание и идеализация).

Кроме того, значимые различия между группами были обнаружены по шкалам «Физические не-антонимы» ($p \leq 0,05$) и «Психологические и социальные не-антонимы» ($p \leq 0,01$). Средний балл по обеим шкалам в контрольной группе оказался близок к максимальному, иначе говоря, большинство испытуемых контрольной группы дало утвердительные ответы на все пункты данных шкал. При этом испытуемые с шизофренией чаще здоровых испытуемых отвечали «нет» на пункты этих шкал. Иными словами, пациенты чаще видели противоречие там, где его не было. Механизмы, лежащие в основе этого феномена, требуют своего уточнения, однако он указывает на иной способ структурирования информации больными шизофренией, меньшую дифференцированность и большую «слитность» характеристик и признаков, по которым оценивается объект, что сходно с проявлениями комплексной (допонятийной) формы мышления [3].

Выводы

1. В ходе исследования получены новые данные о валидности разработанного опросника (на большей выборке).
2. Психологическая и социальная инкогерентность является нормативной для социальной перцепции.
3. Дальнейшая апробация опросника требует оценки его психометрических свойств (внутренняя согласованность, ре-тестовая надежность и др.) и его применения на разных клинических группах.

Литература:

[1] Рупчев Г.Е., Алексеев А.А. Первичная апробация методики для диагностики восприятия противоречий в норме и при психической патологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 2. С. 130–140. doi:10.17759/cpse.2017060210

[2] Блейлер Э. Руководство по психиатрии. М.: Независимая психиатрическая ассоциация, изд-во «Смысл», 1993.

[3] Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении // Избранные психологические исследования. М.: изд-во АПН РСФСР, 1956. С. 481–496.

[4] Гегель Г.В. Наука логики. Т.1. М.: Мысль, 1970.

[5] Кернберг О.Ф. Тяжелые личностные расстройства. М.: Класс, 2001.

[6] Психиатрия. Жмуров В.А. М.: Умный доктор, 2018.

[7] Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Абрамова Ю.А. Несогласованность оценок себя, мира и людей как психологический конструкт: разработка и апробация методики противоречивости когнитивных убеждений // Психологические исследования. 2015. Т. 8. № 39. С. 4.

[8] Руководство по психиатрии. Т. 1. / Под ред. А.С. Тиганов. М.: Медицина, 1999.

[9] Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia //Schizophrenia Bulletin. 1987. Vol. 13. №. 2. P.261–276.

Финансирование

Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 17-06-00271.

THE PERCEPTION OF CONTRADICTIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND NORMAL SUBJECTS

G. E. Rupchev, PhD, senior researcher

Faculty of psychology, Department of neuro-and pathopsychology, Moscow State University; Laboratory of Psychopharmacology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, rupchevgeorg@mail.ru

A. A. Alekseev, clinical psychologist

Laboratory of Psychopharmacology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, alekseev.a.a@list.ru

S. A. Belyaev, clinical psychologist

SBIHC «PCHN№1», Branch PNDN№18 Day Hospital №1, Moscow, Russia, sergeybelyaev86@ya.ru

V.D. Moskvina, student

Faculty of psychology, Moscow State University, Moscow, Russia, moskvina.vd@mail.ru

The study is a further approbation of the questionnaire «Study of contradictions». The study involved 40 patients with schizophrenia and 42 healthy subjects. It was found that patients with schizophrenia significantly less likely to allow the possibility of coexistence in humans opposite social and psychological characteristics. In addition, patients also more often rejected the possibility of coexistence of non-conflicting characteristics.

Keywords: incoherence, contradiction, schizophrenia.

Funding

This work was supported by grant Russian Foundation for Basic Research № 17-06-00271

17-06-0027117-06-00271. 17-06-00271

Личностно-социальное восстановление пациентов с шизофренией

Серазетдинова В.С., Петрова Н.Н.

ФГБОУ Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

e-mail: petrova_nn@mail.ru, valeria.psy21@gmail.com

Понятие качества ремиссии при шизофрении базируется на концепции личностно-социального восстановления - «recovery», с точки зрения улучшения когнитивного, социального функционирования, не фокусируясь на полном разрешении симптомов заболевания [1]. В связи с этим особое значение приобретает оценка длительной поддерживающей антипсихотической терапии с позиции ее влияния на социальное функционирование больных шизофренией.

Целью исследования явилось сравнительное изучение социального функционирования больных шизофренией, находящихся на поддерживающем лечении пролонгированными антипсихотиками первой и второй генерации.

Материал и методы исследования

Обследованы 35 больных параноидной шизофренией на этапе ремиссии (F20.01 по МКБ-10), составившие две группы сравнения. 20 пациентов получали пролонгированный инъекционный атипичный антипсихотик - палиперидон пальмитат. Во вторую группу вошли 15 пациентов, получавших терапию пролонгированным инъекционным антипсихотиком (LAI) первого поколения - галоперидол-деканоат.

Возраст не различался в группах сравнения ($43,8 \pm 12,7$ лет и $44,6 \pm 12,3$ лет, соответственно). Средний возраст начала заболевания - $23,5 \pm 9,1$ в группе палиперидон пальмитат и $28,45 \pm 4,7$ лет - в группе сравнения. Распределение по полу в первой группе: мужчины 30%, женщины 70%, во второй: мужчины 65%, женщины 35%.

Оценка состояния пациентов проводилась до начала терапии пролонгированными антипсихотиками и через 12 месяцев терапии.

Исследование носило комплексный характер. Применялись катamnестический и социально-демографический метод в сочетании с клинико-шкальной оценкой. В исследовании применялись шкалы: Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS), Шкала персонального и социального функционирования (PSP), шкала общего клинического впечатления (CGI-S).

Критериями включения явилось наличие ремиссии, соответствующая стандартизированным критериям ремиссии [2].

Применялись показатели описательной статистики: Сравнение количественных параметров в исследуемых группах осуществлялось с использованием критериев Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

В группе палиперидон пальмитата 80% пациентов продолжали работать, из них 60% работали не по специальности. При этом у 50% профессиональное функционирование было ограничено, у 5% - не изменено, 20% не работало, 15% длительно не работало. У 75% профессиональный статус был ограничен в связи с заболеванием. Инвалидность первой группы была установлена у 20% пациентов, второй - у 10%. 70% пациентов не имели инвалидности.

Профессиональный статус больных во второй группе был заметно снижен: 88% пациентов не работали в связи с заболеванием. 12% имели работу не по специальности. 94,4% пациентов были признаны инвалидами второй группы, 5,5% - не имели инвалидности.

Исходно выраженность психопатологической симптоматики в первой группе составила $54 \pm 7,9$ балла по PANSS (вне острого состояния) и $2,45 \pm 0,5$ балла по CGI, что соответствовало уровню «умеренного психического расстройства». Уровень социального функционирования достигал $71 \pm 5,6$ балла по PSP: легкое затруднение функционирования в основных областях (социально полезная деятельность, включая работу и учебу; отношения с

близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание), преимущественно в социальной и профессиональной деятельности. Отношения с близкими были, преимущественно, хорошими и формальными (по 45%), конфликтные - были зарегистрированы в 10% случаев. Ограниченное общение с окружающими было установлено у 80%, не измененное у 15%, значительно ограниченное - у 5%. Сужение круга интересов было отмечено в 75% случаев, в 10% интересы были практически утрачены.

Во второй группе общий балл PANSS составил $75 \pm 13,8$ балла (вне острого состояния), CGI - $2,8 \pm 0,4$ балла, что также соответствовало уровню «умеренного психического расстройства». Уровень социального функционирования – $62 \pm 10,3$ балла по PSP: «Заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения, преимущественно в социальной и профессиональной деятельности». Отношения с близкими были расценены как хорошие у 61% пациентов, формальные – у 27%, конфликтные - у 12%. Преобладало ограниченное общение (61,1% случаев). Круг социальных интересов был сужен у 83,3% и резко сужен - у 11,1% больных.

Исходные различия в уровне социального функционирования свидетельствуют, что в реальной клинической практике LAI второй генерации назначаются более сохранным пациентам. Косвенно в пользу этого положения свидетельствует и преобладание в первой группе сравнения женщин, которые отличаются, как правило, более высоким уровнем социального функционирования в условиях болезни.

На момент повторного обследования состояние включенных в исследование пациентов соответствовало ремиссии: $52 \pm 13,7$ и $71 \pm 13,2$ балла по PANSS, соответственно. На фоне приема LAI разных генераций были отмечены достоверные различия в улучшении социального функционирования. Через 12 месяцев терапии социальное функционирование пациентов, получавших палиперидон пальмитат, характеризовалось достоверным улучшением ($80,3 \pm 9,7$ балла по PSP, $p < 0,05$), наличием легкого затруднения функционирования в основных областях. Улучшилось общение и профессиональная деятельность.

Уровень социального функционирования пациентов, получавших галоперидол деканоат, достиг $67,1 \pm 11,7$ балла по PSP, что отражало незначительное улучшение социального функционирования, однако, сохранялись его заметные затруднения. Пациенты отметили улучшение семейных контактов, качества самообслуживания.

Таким образом, показатель социального функционирования по PSP на фоне терапии палиперидон пальмитатом увеличился на 11%, в то время как у больных, получавших галоперидол деканоат, на 6% ($p < 0,05$).

Выводы

Больные шизофренией в ремиссии обнаруживают существенные ограничения социального (микросоциального, профессионального) функционирования. Терапия пролонгированными инъекционными антипсихотиками второй генерации имеет преимущества по сравнению с аналогичными формами антипсихотиков первой генерации в обеспечении личностно-социального восстановления, больных шизофренией, что выражается в достоверном повышении уровня социального функционирования.

Литература:

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 34–39.
2. Мосолов С. Н. Валидизация стандартизированных клиническо-функциональных критериев ремиссии при шизофрении / С. Н. Мосолов, А. В. Потапов, А. А. Шафаренко, А. Б. Костюкова, И. Н. Забелина // [Социальная и клиническая психиатрия](#). – 2011. – Т. 21, № 3. – С. 63–42.

**К вопросу о психосоциальной поддержке людей с расстройствами
аутистического спектра**

Скупова Т.В., старший преподаватель кафедры специальной педагогики и специальной психологии

Самарский государственный социально-педагогический университет,
Самара, Россия, e-mail: skupova-t@yandex.ru

Аннотация: Рассматриваются проблемы подготовки людей с расстройствами аутистического спектра к самостоятельной жизни, теоретические и практические аспекты организации их внебольничной поддержки, формы социальной помощи. Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, социальная поддержка, социализация.

В последние годы в нашей стране отмечается активный взрыв интереса к проблемам людей с расстройствами аутистического спектра. Данная группа расстройств рассматривается как системное нарушение, при котором имеются нарушения всех сфер психики (аффективной, интеллектуальной, сенсорно-перцептивной, моторной, речевой).

Особое внимание исследователей направлено на изучение специфики проявления данной группы расстройств в раннем, дошкольном и школьном возрасте. Нарушение рассматривается как вариант искаженного психического дизонтогенеза. В то же время указывается, что с возрастом возрастает потребность в решении вопросов социальной интеграции и адаптации таких людей.

Большое значение в динамике развития при аутизме придается возможностям лечебно-коррекционного воздействия, которые связаны с

выраженностью аутистических и коморбидных расстройств, своевременности начала оказания коррекционной помощи, ее объема, выбранных методов и др.

Несмотря на появление и распространение новых моделей различных образовательных, профессионально-трудовых и социальных направлений помощи лицам с расстройствами аутистического спектра, вопрос организации действующей эффективной помощи людям молодого и среднего возраста остается очень актуальным в связи с часто встречающимся неудовлетворением их потребностей в трудоустройстве, образовании, социальных связях и др.

Удовлетворительного уровня социальной адаптации, возможности жить независимой от других жизнью, достигают не более 15 % взрослых с аутистическими расстройствами. Большинство же людей с такими нарушениями, оставшись без попечения, нуждаются в создании специальных условиях для проживания в соответствии их особенностям [2; с.472].

У них обычно на протяжении долгих лет остаются устойчивыми особенности картины мира, поведения и коммуникации, затрудняющие успешную социальную адаптацию, сближение с ровесниками и развитие самостоятельности в целом. К подобным особенностям относят:

- пресыщаемость и низкую выносливость в общении;
- трудности регуляции своего эмоционального состояния, склонность «теряться» в любых мало-мальски стрессовых условиях,
- наивность и бесхитрость, особенности коммуникативных проявлений;
- недостаточность, по сравнению с нормально развивающимися ровесниками сведений об окружающем мире, фрагментарность картины мира;
- слабость волевой регуляции и др. [1; с.39-40].

Помимо создания принимающей среды для людей с аутизмом, в подростковые и взрослые годы для них желательно продолжение коррекционной психолого-педагогической работы. Такая работа должна включать в себя как обучение бытовым, социальным и коммуникативным

навыкам, так и помощь в осмыслении окружающего мира и социальных отношений. (Костин)

На сегодня в обществе остро стоит задача развивать такие формы жизнеустройства, которые позволят людям с различными психическими нарушениями жить в условиях привычного социального окружения, а не в специализированных интернатах. В противном случае теряется смысл всей предшествующей проводимой работы по их развитию, образованию и социализации.

Как показывает богатый зарубежный опыт, такие люди могут быть активными и продуктивными, но для этого необходимо создать определенные условия.

В нашей стране уже более активно предпринимаются попытки по их обучению и адаптации к быту, подготовке к самостоятельной жизни вне стен интернатов и сопровождению при проживании, по социальной дневной занятости. Перспективным направлением в данной работе является разработка и реализация проектов организации так называемого «сопровождаемого проживания», «тренировочных квартир».

Формы сопровождаемого проживания могут быть разными, например:

- индивидуальными, когда человек живет один в квартире или доме. Такая форма обычно подходит тем, кто нуждается не в ежедневной поддержке, а в периодической (в размере нескольких часов в неделю) помощи для решения отдельных жизненных задач.

- в малых группах, когда совместно проживают несколько человек, проживающих в одной квартире, доме или в автономной части дома (с отдельными санузлами, кухней, общей комнатой и хозяйственным помещением). Эта форма рекомендуется для тех, кто нуждается в регулярном и постоянном сопровождении [3; с.53].

Важно понимать, что сопровождение лиц с тяжелыми нарушениями развития – это комплексный, непрерывный процесс, который осуществляется на всех этапах жизни человека.

Литература:

1. Костин И.А. Размышления о помощи в социализации молодых людей с аутистическими расстройствами //Аутизм и нарушения развития – 2009 -№1, с.39-43.
2. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра: учебно-методическое пособие. – Самара: ООО «Медиа-Книга», 2015. – 540 с.
3. Царев А.М. Актуальные вопросы сопровождаемого проживания //Журнал Синдром Дауна. XXI век» - 2018 - № 1 (20), с.48-56.

TO THE ISSUE OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR PEOPLE WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

T. V. Skupova, senior lecturer of the Department of special pedagogy and special psychology, Samara state socio-pedagogical University, Samara, Russia, e-mail: skupova-t@yandex.ru

Abstract: the problems of preparation of people with autism spectrum disorders for independent life, theoretical and practical aspects of the organization of their out-of-hospital support, forms of social assistance are Considered. Key words: autism spectrum disorders, social support, socialization.

Этнокультуральные особенности стилей привязанности и связанных с ней механизмов психологической защиты у представителей европейской и азиатской популяции

Федотов И.А., к.м.н., ассистент кафедры психиатрии,

Рудакова Д.А., студентка 4 курса факультета клинической психологии,

Антошкин Я.А., студент 6 курса лечебного факультета

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.

Павлова, г. Рязань, Россия, e-mail: if@psychiatr.ru

Аннотация. Целью исследования стало выявление этнических особенностей привязанности и связанных с ней МПЗ у представителей европейской и азиатской популяции. Материалы и методы: было обследовано 115 здоровых добровольца (33 мужчины и 82 женщины), отобранных рандомизированно (средний возраст составил 21 (SD= 5,47) лет), из них 60 человек – представители европейской культуры (жители средней полосы России), 55 человек – представители азиатской культуры (граждане стран Средней Азии). В исследовании использовалось 2 методики: методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) Плутчика-Келлермана; методика «Самооценка генерализованного типа привязанности». Результаты: У представителей азиатской популяции была выявлена большая представленность сверхзависимого типа привязанности (8% против 15%, $p=0,019$). Статистически значимых корреляций между МПЗ и типом привязанности у представителей азиатской популяции выявлено не было. Для представителей европейской популяции: паттерн автономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу реактивного образования ($r_s=-0,307$, $p=0,017$), показатели сверхзависимого паттерна привязанности положительно коррелирует с тремя показателями механизмов психологической защиты: регрессией ($r_s=0,324$, $p=0,012$), компенсацией ($r_s=0,258$, $p=0,047$), проекцией ($r_s=0,313$, $p=0,015$); показатели

псевдоавтономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу компенсации ($r_s=-0,265$, $p=0,041$); у дезориентированного - отрицательно коррелирует с отрицанием ($r_s=-0,404$, $p=0,001$) и интеллектуализацией ($r_s=0,354$, $p=0,034$) и положительно - с проекцией ($r_s=-0,274$, $p=0,005$). При сравнении двух выборок были выявлены статистически значимые различия по напряженности психологических защит - интеллектуализация ($p=0,004$) и реактивное образование ($p=0,014$) более выражены у представителей азиатской популяции.

Ключевые слова: привязанность, механизмы психологической защиты, этнокультуральные особенности.

Начиная с раннего детства, привязанность является необходимым компонентом любых межличностных взаимоотношений. Она исходит из потребности в психологической безопасности, устанавливается в результате длительного взаимодействия и отличается избирательностью, эмоциональностью и относительной устойчивостью [8]. Дж. Боулби полагал, что главная функция привязанности – это совладание со стрессом и восстановление чувства безопасности [1]. В предыдущих исследованиях было установлено, что для каждого вида привязанности есть свой специфический спектр типичных видов механизмов психологических защит (МПЗ) [3, 4]. Ряд исследований предполагает, что распределение частот различных видов привязанности может отличаться в популяциях представителей европейской и азиатской культур в связи с этнопсихологическими факторами [8], но этот вопрос до конца не решён и остаётся открытым.

Цель исследования заключается в выявлении этнических особенностей привязанности и связанных с ней МПЗ у представителей европейской и азиатской популяции.

Гипотеза: Существуют различия в распределении типов привязанности и связанных с ней МПЗ у представителей европейской и азиатской популяцией в связи с этнопсихологическими особенностями.

Материалы и методы:

Было обследовано 115 здоровых добровольца (33 мужчины и 82 женщины), отобранных рандомизированно, из них 60 человек – представители европейской культуры, 55 человек – представители азиатской культуры (граждане стран Средней Азии). Их средний возраст составит 21 (SD= 5,47) лет. Критериями невключения стали: наличие клинически манифестных психических расстройств, аддикций или инвалидизирующих соматических заболеваний; возраст менее 18 и более 50 лет; отказ от участия в исследовании.

В исследовании использовалось 2 методики:

1. Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI) Плутчика-Келлермана [2] предназначалась для диагностики механизмов психологической защиты «Я», состояла из 97 утверждений. Измерялись 8 видов защитных механизмов: 1) Отрицание; 2) Компенсация; 3) Регрессия; 4) Проекция; 5) Реактивное образование; 6) Интеллектуализация; 7) Вытеснение; 8) Смещение.
2. Методика «Самооценка генерализованного типа привязанности» [3] использовалась в исследовании для определения одного из четырёх основных типов (стилей) привязанности. Стоит заметить, что согласно теории привязанности, типы привязанности относительно стабильны во времени. По классификации К. Bartholomew, L. M. Horowitz (1991) выделяется всего четыре генерализованных типа привязанности, которые определяются соотношением позитивной или негативной репрезентативной моделью собственного я и другого человека:
 - Автономия (тип А) — тип привязанности, складывающийся у людей, принимающих взаимозависимость и осознающих при этом свою самодостаточность. Это добровольная форма зависимости человека, реализующего потребности как в аффилиации, так и в индивидуации.
 - Сверхзависимость (тип В) - тип привязанности, при котором личность признает факт зависимости в близких отношениях, однако отрицает независимость, как свою, так и партнера. Это тревожно-манипулятивная,

принуждающая форма отношений, при которой подчиненное положение является следствием ограничения собственной свободы, а не следствием зависимости.

- Псевдоавтономия (тип С) - тип привязанности, при котором личность не приемлет никакой формы зависимости и преувеличивает значение независимости; характеризуется дистанцированием и демонстративной самодостаточностью.
- Дезориентированность (тип D) - тип привязанности, формирующийся у личности с негативной установкой как на взаимозависимость, так и на самодостаточность. Для них характерен пассивно-беспомощный тип отношений, в которых ни сам индивид, ни его партнеры не способны повлиять на реализацию его потребностей в аффилиации и в индивидуации.

Статистический анализ:

Для обработки результатов использовался пакет прикладных программ статистической обработки Statistica 6.0, а также программа MS Excel 2010. Проверка нормальности распределения проводилась по критерию Колмогорова-Смирнова. Так как все распределения были отличны от нормального, то для сравнения двух независимых выборок использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистическая значимость устанавливалась при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение:

1. Анализ стилей привязанности

Было обнаружено, что среди представителей европейской культуры 42% испытуемых (25 человек) имели автономный тип привязанности (А), 8 % (5 человек) – сверхзависимый (В), 27 % (16 человек) - псевдоавтономный (С), 23 % (14 человек) – дезориентированный (D); среди азиатской популяции – 38 % испытуемых (21 человек) - автономный (А), 15 % (8 человек) -

сверхзависимый (В), 27 % (15 человек) - псевдоавтономный (С), 20 % (11 человек) – дезориентированный (D) (Рис.1). Это соотношение соответствует распределению типов привязанности в здоровой популяции [5,6].

Полученные данные указывают, что у представителей азиатской культуры больше представлен сверхзависимый тип привязанности ($p=0,019$), при котором личность признает факт зависимости в близких отношениях, однако отрицает независимость, как свою, так и партнера. При подобной форме отношений подчиненное положение является следствием ограничения собственной свободы.

2. Связь типов привязанности и МПЗ

Далее, для выявления психодинамических характеристик, лежащих в основе формирования привязанности, был проведён корреляционный анализ связи между механизмами психологической защиты и типами привязанности.

Статистически значимых корреляций между механизмами психологической защиты и типом привязанности у представителей азиатской популяции не было выявлено. Данные результаты могут свидетельствовать, что для представителей азиатской популяции тип привязанности не специфичен на этапе совладания со стрессом, когда включаются механизмы психологических защит, искажающие восприятие реальности.

У представителей европейской популяции в целом выявлено большее количество значимых корреляций между механизмами психологической защиты и типом привязанности. Это может говорить о том, что для представителей европейской популяции на этапе, когда для совладания со стрессом включаются механизмы психологических защит, искажающие восприятие реальности, специфичность типа привязанности играет большую роль.

Паттерн автономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу реактивного образования ($p=0,017$). Показатели сверхзависимого паттерна привязанности положительно коррелирует с тремя показателями механизмов психологической защиты:

регрессией ($p=0,012$), компенсацией ($p=0,047$), проекцией ($p=0,015$). Показатели псевдоавтономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу компенсация ($p=0,041$), а у дезориентированного - отрицательно коррелирует с отрицанием ($p=0,001$) и интеллектуализацией ($p=0,034$) и положительно с проекцией ($p=0,005$).

Т.о. полученные результаты можно трактовать следующим образом: представители европейской популяции, обладающие привязанностью **автономного типа (А)**, предотвращают проявления неприемлемых желаний (например, агрессивных), благодаря развитию противоположных этим желаниям установок и форм поведения. Неприемлемая часть при этом перестаёт осознаваться, а приемлемая — гипертрофируется. Зачастую бывает, что агрессия преобразуется в излишне активную заботу и любовь.

Для представителей европейской популяции со **сверхзависимым типом (В)** характерно использование психологических защит, акцентированных на межличностных интеракциях, в которые они постоянно излишне вовлечены.

Представители европейской популяции, обладающие привязанностью **псевдоавтономного типа (С)** не склонны исправлять или как-то восполнять собственную реальную или воображаемую физическую, или психическую неполноценность.

Представители европейской популяции с **дезориентированным типом (D)** привязанности склонны приписывать собственные неприемлемые чувства, желания, мотивы окружающим их людям, и как следствие, не чувствовать за них ответственность, из-за чего зачастую стремятся удалить человека, на которого спроецировано что-то негативное, из окружения, чтобы так избавиться от «вызванных им» чувств.

При сравнении двух выборок были выявлены статистически значимые различия по таким показателям как интеллектуализация ($p=0,004$) и реактивное образование ($p=0,014$) – все они более выражены у представителей азиатской популяции. Т.е. для них свойственно целенаправленное подавление и сдерживание эмоций, выстраивание выраженной зависимости их от

рациональной интерпретации ситуации, либо за счёт предотвращения проявления неприемлемых желаний (например, агрессивных), благодаря развитию противоположных этим желаниям установок и форм поведения. Неприемлемая часть при этом перестаёт осознаваться, а приемлемая - гипертрофируется.

Выводы:

1. У представителей азиатской популяции была выявлена большая представленность сверхзависимого типа привязанности, что характеризует этнокультуральные особенности.

2. Статистически значимых корреляций между МПЗ и типом привязанности у представителей азиатской популяции не было выявлено.

3. Для представителей европейской популяции: паттерн автономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу реактивного образования, показатели сверхзависимого паттерна привязанности положительно коррелирует с тремя показателями механизмов психологической защиты: регрессией, компенсацией, проекцией; показатели псевдоавтономного типа привязанности отрицательно коррелирует с показателями психологической защиты по типу компенсация; у дезориентированного - отрицательно коррелирует с отрицанием и интеллектуализацией и положительно - с проекцией.

4. При сравнении двух выборок были выявлены статистически значимые различия по напряженности психологических защит - интеллектуализация и реактивное образование более выражены у представителей азиатской популяции.

Литература:

1. Боулби Дж. Привязанность [Текст] / Дж. Боулби. – Москва: Гардарики, 2003. – 477 С.

2. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. - Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. - Спб.: Издательство: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. - 50 с.
3. Казанцева Т. В. Социально-психологические детерминанты межличностной привязанности: дис. ... кандидата псих. наук / Казанцева Татьяна Валерьевна; Санкт-Петербургский государственный университет. – СПб.– 2011. – 205 С.
4. Федотов И.А., Рудакова Д.А. Психологические защиты и копинг у людей с различными типами привязанности [Электронный ресурс] / И.А. Федотов, Д.А. Рудакова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2016. № 2 (13). Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=211> (дата обращения: 09.07.2018).
5. Шустов Д.И., Федотов И.А., Новиков С.А. Жизненный сценарий в свете теории функциональных систем П.К. Анохина (в поиске точек соприкосновения психологии, психиатрии и психофизиологии) / Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. 2013 - № 3, стр. 172-176
6. Ainsworth M. Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationships / M. Ainsworth// Child Development – 1969. – Vol. 40. – P. 969-1025.
7. Bartholomew K. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model / K. Bartholomew, L. M. Horowitz // Journal of Personality and Social Psychology. – 1991. – Vol. 61. – P. 226-244.
8. Mikulincer M. Shaver P. R. Взгляд на психопатологию с точки зрения теории привязанности [Электронный ресурс] / Mario Mikulincer, Phillip R. Shaver // World Psychiatry. – 2012. – Vol. 11. – P. 13-17. Режим доступа: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/15/265> (дата обращения: 2.07.2018)

**Значимость клинико-психологической интервенции на инициальном этапе
для службы медико-социальной экспертизы**

Худина Ю.С., врач по МСЭ-психиатр

ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России, г.Ростов-на-Дону, Россия

Краткая аннотация: Представления о психической норме достаточно размыты, в то время как патология имеет четкие границы симптоматических проявлений. В статье обзорно описаны основные понятия первичной работы на инициальном этапе болезни, а также уделено внимание значимости комплексного подхода. Качество интервенции в медицине, в частности психиатрии, находится в обратной зависимости с количеством обращений в службу медико-социальной экспертизы, что представляет экономический интерес для государства.

Ключевые слова: психогигиена, психопрофилактика, психотерапия, психосоциальная реабилитация, психологическая коррекция, медико-социальная экспертиза.

Согласно Уставу ВОЗ, «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». [1] Наиболее распространены две концепции трактовки здоровья: одна из них рассматривает здоровье как отсутствие болезни, другая (комплексно-аналитическая) - определяет здоровье путем анализа связей между отдельными факторами, влияющими на здоровье, и подсчетом частоты встречаемости каждого из факторов у конкретного человека. [6]

В связи с такими трактовками, последние десятилетия стало «модным» профилировать практически любую патологию. Не осталась в стороне от нововведений и психиатрия. Однако на смену хорошо знакомым понятиям «психогигиены» и «психопрофилактики» пришли новые отрасли медицинской науки: **социальная** и экологическая **психиатрия**, валеология и превентивная психиатрия и т. д. Критика подмены классических понятий отечественной (российско-советской) медицинской школы, интегрированная континентальными европейскими медицинскими школами, не дала результата, несмотря на описание недостатков в виде ограничения и сужения понимания, возможностей решения важнейших и актуальных задач, навязывание «западных стандартов», подмены понятий психогигиены, первичной профилактики и психосоциальной реабилитации. [7, 12] При этом мультидисциплинарность психогигиены состояла в связи не только с социальной гигиеной, социальной и медицинской психологией, психиатрическими аспектами в виде психопрофилактики и психотерапии. [15]

Термин «психогигиена» впервые употребил немецкий психиатр Роберт Зоммер в 1900 г., но распространение он получил благодаря американскому писателю, общественному деятелю и активисту движения по охране психического здоровья Клиффорду Уиттингему Бирсу и его книге «Разум, который нашел себя». Под психогигиеной и психопрофилактикой часто понимают области медицинской психологии, предоставляющие специализированную помощь практически здоровым людям с целью предотвращения неврозов и психосоматических заболеваний, а также облегчения острых психотравматических реакций (психогений). Разница между этими двумя понятиями в следующем: цель психопрофилактики: предупреждение возникновения конкретных психических расстройств; целью же психогигиены стало формирование и поддержание психического здоровья. [15]

В свою очередь, одно из первых определений понятия «социальная психиатрия» встречено в фундаментальном английском руководстве «Основы

социальной психиатрии» (1993), где J.P.Leff описывает его следующим образом: «Социальная психиатрия изучает влияние социальной среды на психически больного и влияние психически больного на социальную среду»...

[13] В 1994 г. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. дают определение социальной психиатрии как: «самостоятельный раздел психиатрии, изучающий влияние факторов социальной среды на психическое здоровье, их связь с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями и динамикой психических расстройств, а также возможности социальных воздействий терапии, реабилитации и профилактике психической патологии».

[14]

Смещение акцента терминов связывают с переходом от медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальной и, как следствие, уделением повышенного внимания не только к клиническим, но и психосоциальным факторам, а также личностным особенностям. В формировании социальной психиатрии оказались задействованы не только психиатрия, как наука, но и социология, которым в плане социальной работы начали помогать общественные движения в защиту поддержки психически больных людей. [17]

Психология человека, реакция на заболевание, формирование отношения к болезни, специфические особенности психического состояния - являются крайне значимыми для определения стратегии и успешности лечения и исхода. [6, 11] Именно поэтому проблема интервенции стоит крайне остро, ведь перед врачом-психиатром в первую очередь стоит задача не просто вылечить, добиться стойкой ремиссии, но и вернуть гражданина в социум, еще и с активной трудовой направленностью. Дезорганизация поведения, недостаточность целенаправленной активности, снижение волевого компонента и адаптационных способностей могут привести к нежеланию трудиться и/или потере места работы с дальнейшим расчетом на иждивенческую позицию и получению социальной защиты от государства в виде инвалидности. Трудоустройство граждан по завершении острых стадий заболевания имеет колоссальное значение, т.к. описано его лечебное воздействие при психических

заболеваниях. Отмечается обратная зависимость между психической болезнью и трудом, как одной из важнейших предпосылок психического здоровья. [9]

Для достижения оптимального процесса реабилитации граждан с различными видами психических расстройств в медицине на сегодняшний день применимы такие методы, как **психопрофилактика, психотерапия, психосоциальная реабилитация и психологическая коррекция.**

Термин «профилактика» представляет собой область медицинской психологии, задачей которой является предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчения психотравматических реакций. Задача, которую решает психопрофилактика, это помощь людям в кризисных ситуациях. [16] Профилактика может быть первичной, вторичной и третичной. Первичная профилактика устраняет и/или ослабляет действие патогенетических факторов риска при еще не возникшей заболеваемости. Первичная профилактика делится на примордиальную и первичную специфическую. (Примордиальная профилактика – совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни. Профилактика первичная специфическая – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, устранение их причин, общих для всего населения, его отдельных групп и индивидуумов). Вторичная профилактика включает в себя медицинские, социальные, санитарно-гигиенические, психологические и иные меры, направленные на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности. Третичная профилактика является по сути реабилитацией и представляет собой комплекс медицинских, психологических,

педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций с целью более полного восстановления социального и профессионального статуса, предупреждения рецидивов и хронизации заболевания. [5]

Для инициального этапа заболевания будет важно проведение вторичной профилактики. При этом для окружающего социума (как отдельным людям, как и в группе) необходимо проведение первичной профилактики не только с целью предупреждения психических, неврологических и психосоциальных расстройств, но и для уменьшения риска стигматизации расстройств (labeling-theory). Превентивная деятельность должна отражать понимание того, что решающим фактором является поведение человека. [2]

Работы наших ученых по определенным видам психотерапии принесли свои плоды в начале 1970, когда на почве учения В.Н.Мясищева была разработана личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (ЛОРП) (Б.Д.Карвасарский, В.А.Ташлыков, Г.Л.Исурина). Российский психиатр Владимир Евгеньевич Рожнов еще в 1974 году упомянул: «Психотерапия есть комплексное лечебное воздействие с помощью психических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде». [4] Доказательства положительных влияний психотерапевтических воздействий, при шизофрении в частности, описаны во многих научных статьях: Холмогорова А.Б. (1993) описывает сравнительные подходы различных видов психотерапий за рубежом, Еричев Е.А. и соавт. (2015) — применение когнитивно-поведенческой психотерапии, и т.д. [8, 18] Имеется даже некоторая статистика (Б.Е.Вотчал), при которой 60% положительного эффекта при медикаментозном лечении является следствием психотерапевтических факторов. [4]

Немаловажное значение имеет и психосоциальная реабилитация, включающая в себя мероприятия, направленные на профилактику и трудоустройство больных с дефектами психики. «Биологическая терапия, в

первую очередь психофармакотерапия, открывает пути для раннего психо- и социотерапевтического воздействия, в свою очередь социотерапия усиливает эффективность биологического лечения». [4]

Психологическая коррекция, как одна из составляющих частей качественного «выхода» из болезни инициального периода, способствует активному внешнему вмешательству с формированием такого психического состояния человека, при котором будет достигнут его душевный комфорт и гармонизация его отношений социальным окружением. [11]

Тенденция, предсказанная в свое время О.В.Кербиковым в 1962 году, о «...сближение психиатрии с соматической медициной и выход психиатрии за стены психиатрических больниц, приближение ее к вопросам жизни...», становится как никогда актуальной. [10] Возможность тесного взаимодействия с врачами других специальностей, преемственность, а также должное ресурсное обеспечение позволит избежать системных ошибок и обеспечить не только должную охрану здоровья граждан на инициальном этапе, но и станет залогом успешного административного, юридического, трудового и экономического ресурсного обеспечения. [7] А это в свою очередь значительно снизит уровень обращаемости в службу медико-социальной экспертизы, и, как следствие, сократит расходы государства в сфере социальной защиты на реализацию гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, и нормами международного права. [3]

Литература:

[1] Протоколы работы комитета по техническим вопросам подготовки Международной конференции по здравоохранению в Париже. Documents officiels. OMS. Geneve. 1946.

[2] Всемирная Организация Здравоохранения. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. - М.: Смысл, 2002. - 127 с.

[3] Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 28.06.2014) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.rg.ru/1995/11/24/invalidy-dok.html> (Дата обращения 27.11.2018)

[4] Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: (Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1981, 496 с.

[5] Алексеенко С.Н, Дробот Е.В. Профилактика заболеваний. - М.: Изд. дом Акад. естествознания, 2015. - 449 с.

[6] Арпентьева М.Р. Особенности отношения больных к нарушениям здоровья и ограничениям жизнедеятельности, стратегии реабилитации // Медико-социальные проблемы инвалидности, 2017/4. – С.35-44.

[7] Дмитриев М.Н., Худина Ю.С. Аффективные расстройства как угроза национальной безопасности» // Сборник материалов III Международной научно-практической конференции «Современные проблемы безопасности жизнедеятельности: настоящее и будущее». – Казань, 2014 г. – С.346-354.

[8] Еричев А.Н., Шмолкина О.Д., Клайман В.О. Шизофрения: современные представления об этиопатогенезе и возможности когнитивно-поведенческой психотерапии // Вестник Русской христианской гуманитарной академии. 2015. - Том 16. Выпуск 3. - С. 385-391.

[9] Киндрас Г.П., Красновская Е.С. Трудовые рекомендации инвалидам вследствие психических расстройств и расстройств поведения // Медико-социальные проблемы инвалидности, 2017/4. – С.13-27.

[10] Клиническая динамика психопатий и неврозов (актовая речь). Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. – С.188

[11] Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д.Менделевич. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.[12] Полищук Ю.И. Почему понятие психогигиены исчезает из российской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия, 2015. Том 25, № 2. - С.83-86.

[13] Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б.Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнанова, В.Я.Семке, А.С.Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1000 с.

[14] Руководство по социальной психиатрии/ Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.С.Положего. – 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 544 с.

[15] Середина Н. В., Шкуренко Д. А. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология / Серия «Учебники, учебные пособия». – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 512 с.

[16] Словарь терминов МЧС. EdwART. М.: 2010.

[17] Степанова В.Е. Дисс. Концепция внедрения социальной работы в психиатрию на примере Нижегородской области. - г.Нижний Новгород, 2005. - 182 с.

[18] Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Московский психотерапевтический журнал, 1993. № 1.

SIGNIFICANCE OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTION AT THE INITIAL STAGE FOR THE SERVICE OF medical and social examination

Julia Sergeevna Khudina, psychiatrist

Chief Bureau of Medical and Social Examination in Rostov Region, Russian Federation, khudina_julia@mail.ru

Short summary: Ideas about the mental norm are rather blurred, while pathology has clear limits of symptomatic manifestations. The article reviews the basic concepts of primary work at the initial stage of the disease, and also focuses on the importance of an integrated approach. The quality of intervention in medicine, in particular psychiatry, is in inverse relation with the number of appeals to service of medical and social examination that is of economic interest to the state.

Keywords: psychohygiene, psychoprophylaxis, psychotherapy, psychosocial rehabilitation, psychological correction, medical and social examination.

Анализ антипсихотической терапии у амбулаторных пациентов с первым эпизодом расстройств шизофренического спектра

Чумаков Е.М.^{1,2}, Бокова Д.М.¹, Петрова Н.Н.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет

²СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»

Введение. Пациенты с расстройствами шизофренического спектра характеризуются высокой частотой недостаточного ответа на антипсихотическую терапию, что может проявиться уже в первом эпизоде психического расстройства.

Цель. Оценить использование антипсихотических препаратов и их эффективность у амбулаторных пациентов с первым эпизодом расстройств шизофренического спектра.

Материалы и методы. Обследованы амбулаторные больные с диагностированным первым эпизодом расстройств шизофренического спектра по критериям МКБ-10 (F20-29), которые получали лечение в 2017 году в дневной стационаре в Санкт-Петербурге. Динамика психического состояния оценивалась с использованием PANSS, оценка выполнялась дважды - при поступлении (или при уточнении диагноза расстройства шизофренического спектра) и при выписке.

Результаты и обсуждение. Было установлено, что среди всех пациентов, которые обратились за лечением в дневной стационар в 2017 году (n=317), у 31,9% (n=101) были диагностированы расстройства шизофренического спектра. 27 пациентов (26,7% от числа пациентов с диагнозом расстройства шизофренического спектра) соответствовали критериям для первого эпизода (продолжительность заболевания до 5 лет, количество эпизодов не более трех) и составили исследуемую группу (60,4% мужчины; средний возраст пациентов 27,4±9,2 лет). У пациентов исследуемой группы были установлены диагнозы шизофрении параноидной (13 человек), шизофрении простой (5 человек),

шизотипического расстройства (6 человек), шизоаффективного расстройства (2 человека), острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (1 человек).

Общий балл PANSS в исследуемой группе при первой оценке составил $94,3 \pm 12,7$. 44,4% пациентов имели опыт стационарного лечения. Анализ антипсихотической терапии показал, что 48,1% пациентов в исследуемой группе в течение периода лечения в дневном стационаре имели более 1 последовательного назначения антипсихотика (2 антипсихотика - 29,6%, 3 антипсихотика - 18,5%). Медиана общего количества антипсихотических препаратов, которые пациенты принимали последовательно за всё время болезни по данным медицинских сведений, составила 4 [Q1=2; Q3=7]. Замена антипсихотиков проводилась из-за возникновения побочных эффектов (59,3%), недостаточной эффективности (44,4%) и обеих причин (25,9%). Среди основных побочных эффектов были установлены: медикаментозная седация (22,2%), дискинезии (22,2%), акатизия (18,5%), увеличение массы тела (18,5%), нарушения менструального цикла (7,4%), повышение уровня пролактина (7,4%), задержка мочи (3,7%). Пациенты из исследуемой группы в основном получали антипсихотики второго поколения (77,8% случаев): кветиапин (18,5%), клозапин (14,8%), рисперидон (11,1%), арипипразол (11,1%), палиперидон (7,4%), оланзапин (7,4%), сертиндол (7,4%), амисульпирид (7,4%), сульпирид (3,7%). Клинические особенности заболевания, фармакоанамнез, персонализированные риски побочных эффектов были учтены при назначении антипсихотических препаратов во время этого лечения.

Только 63,0% пациентов достигли улучшения к моменту выписки из дневного стационара: частичного улучшения (37,0% пациентов исследуемой группы, что было подтверждено снижением общего показателя PANSS менее чем на 30%) или лекарственной ремиссии (25,9% пациентов исследуемой группы – снижение общего показателя PANSS более чем на 30%). 11,1% пациентов не достигли улучшения в активной фармакотерапии, и их

психическое состояние потребовало госпитализации в психиатрическую больницу.

Выводы. Установлено, что выбор терапии у пациентов с первым эпизодом расстройств шизофренического спектра в более половины случаев требует изменения антипсихотических препаратов на стадии амбулаторного лечения из-за побочных эффектов или недостаточной эффективности. Для улучшения качества оказания психиатрической помощи пациентам с первым эпизодом расстройств шизофренического спектра необходимо разработать индивидуальные подходы, учитывающие персонализированные факторы риска развития побочных эффектов терапии и/или её неэффективности.

УДК 159.922.7:616-056.52

Образ тела у подростков с врождённым пороком сердца

Быкова И.С., кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии

Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия, e-mail: bykova.i@inbox.ru

Пухова Н.А., студентка 6 курса факультета клинической психологии
Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия, e-mail: nat.puhova2017@yandex.ru

Аннотация

Среди всех врожденных пороков развития у детей первое место по частоте возникновения занимают врожденные пороки сердца (ВПС), что составляет 31,5% в структуре аномалий [1]. Хронический тип течения и тяжесть данного заболевания свидетельствуют о необходимости систематических и обширных

реабилитационных мероприятий, затрагивающих не только медицинский, но и социальный, а также психологический аспект.

В статье представлены результаты исследования 31 подростка (11 – 16 лет) с врождённым пороком сердца (Q24.9), которые показали, что для экспериментальной группы в большинстве своём характерна позитивная оценка телесного образа. Границы телесности в данной группе испытуемых характеризуются достаточной гибкостью и устойчивостью. В единичных случаях наблюдаются нарушения, которые касаются перцептивного и оценочного компонента образа тела. Это выражается в преобладании негативной оценки телесных ощущений, снижении их позитивной оценки, а также в неудовлетворённости собственным телом.

Ключевые слова: подростки, образ тела, оценочный компонент, перцептивный компонент, телесная граница.

Введение

Образ тела представляет собой субъективное переживание человеком своего тела как психический пространственный образ, который формируется за счёт межличностного взаимодействия. Выделяют такие компоненты телесного образа как внешнее тело, полоролевая принадлежность, границы образа тела. Компоненты телесности условно можно разделить на внешние и внутренние. Внешние компоненты (внешность и внешнее жизненное пространство) не только ощущаемы, чувствуемы, но и видимы. Внутренние компоненты телесности (внутреннее жизненное пространство) оцениваются через интроцептивные ощущения и чувства [4].

Важной задачей подросткового возраста, касаемо телесной сферы, является формирование (восстановление) чувственно - двигательного единства на новом, осознанном уровне. Цель развития телесной идентичности в подростковом возрасте заключается в том, чтобы прийти к принятию своего телесного «Я», к принятию уникальности своего тела [6].

Неоспорим тот факт, что хроническое соматическое заболевание оказывает влияние на переживание собственного тела. По данным исследования Т. Д. Василенко, наличие специфических симптомов заболевания, которые сопровождаются определёнными телесными ощущениями, определяет формирование образа тела [3].

О. В. Залеская на примере изучения детей с психосоматической патологией обращает внимание на нарушение у таких детей границ телесного образа, тенденцию к регрессии телесной коммуникации [5].

Н. Jahangiri в своём исследовании отмечает, что степень тяжести заболевания подростков с ВПС напрямую взаимосвязана с показателем удовлетворённости собственным телесным образом. Особенно сильно на удовлетворённости образом тела сказываются возможное отставание таких подростков в физическом развитии, необходимость хирургического вмешательства [8].

Таким образом, психическое развитие подростка в условиях хронического соматического заболевания имеет свои отличительные черты, что обуславливает актуальность данной проблемы, в частности, для решения вопросов реабилитации.

Цель настоящей работы: исследование образа тела подростков с врождённым пороком сердца.

Цель конкретизировалась в следующих задачах: определить характер перцептивного компонента телесного образа подростков с ВПС; исследовать оценочный компонент отношения к телу подростков с ВПС; выявить структуру границ образа тела подростков с ВПС.

Материалы и методы исследования

Базой для сбора эмпирического материала выступило отделение кардиологии и ревматологии ГБУЗ «Областная детская клиническая больница». Выборку составил 31 подросток в возрасте от 11 до 16 лет с диагнозом «Врождённый порок сердца» (Q24.9). Среди них 15 девушек, 16 юношей, 9

человек были прооперированы в возрасте до 1 года. Реализация задач осуществлялась посредством клинико-психологического и экспериментально-психологического методов. Исследование проводилось с использованием следующих методик: «Эмоционально-когнитивная оценка интерцептивных ощущений» (А. Ш. Тхостов), опросник образа собственного тела (О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха), «Тест геометрических фигур» (А. Ш. Тхостов, Д. А. Бескова).

Результаты исследования

Большинство подростков с ВПС (90.4% испытуемых) положительно относятся к собственному телу, 9.6% испытуемых не удовлетворены собственным телом.

По результатам исследования перцептивного компонента образа тела было выявлено, что у 13% от общей выборки подростков с ВПС снижена позитивная оценка телесных (экстеро- и проприоцептивных) ощущений за счёт преобладания негативной.

Все подростки с ВПС выбирают замкнутые, имеющие правильную форму в качестве тех фигур, которые ассоциируются для них с собственным телом. Можно сказать, что граница телесности в данной группе испытуемых характеризуется достаточной проницаемостью и устойчивостью.

Заключение

Таким образом, в единичных случаях можно говорить о нарушении телесного образа у подростков с ВПС. В частности, это касается перцептивного и оценочного компонента удовлетворённости собственным телом. Вместе с тем, телесная граница подростков с ВПС достаточно проницаема и устойчива, что свидетельствует о наличии развитого и достаточно дифференцированного телесного опыта.

Литература:

1. Белозеров Ю. М., Брегель Л. В., Субботин В. М. Распространенность врожденных пороков сердца у детей на современном этапе // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016. № 5. С. 16-22.
2. Бескова Д.А., Тхостов А.Ш. Телесность как пространственная структура / Междисциплинарные проблемы психологии телесности // Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М. 2004. С. 133-148.
3. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии Курск: КГМУ, 2011. 426 с.
4. Дорожевец А. Н. Исследования образа тела в зарубежной психологии // Вестник Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1995. № 4. С. 39–49.
5. Залеская О.В. Особенности образа тела у подростков с психосоматической патологией на примере бронхиальной астмы : дис. ... канд. психол. наук. М., 2007. 169 с.
6. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития // Психология телесности между душой и телом. Ред.-сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М., 2006. С. 410-433.
7. Скугаревский О. А., Сивуха С. В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки // Психологический журнал. 2006. № 2. С. 38-47.
8. Jahangiri H. [Determine the self-esteem of children with congenital heart disease](#) // World Congress on Cardiology and Cardiac Surgery. 2016.

BODY IMAGE OF ADOLESCENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE

I. S. Bykova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia, e-mail: bykova.i@inbox.ru

N. A. Pukhova, 6th year student of the Faculty of Clinical Psychology

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia, e-mail:

nat.puhova2017@yandex.ru

Annotation

Among all congenital malformations in children, congenital heart defects (CHD) are the first in the incidence rate, which is 31.5% in the structure of morbidity [1]. The chronic type of the course and the severity of this disease indicate the need for extensive rehabilitation measures affecting not only the medical, but also the social as well as the psychological aspect.

The article presents the results of a study of 31 adolescents (11–16 years old) with congenital heart disease (Q24.9), who showed that the experimental group is mostly characterized by a positive assessment of the body image. The boundaries of physicality in this group of subjects are characterized by sufficient flexibility and stability. In isolated cases, there are violations that relate to the perceptual and evaluative component of the body image. This is reflected in the prevalence of negative assessment of bodily sensations, a decrease in their positive assessment, as well as dissatisfaction with one's own body.

Key words: adolescents, body image, evaluative component, perceptual component, body border.

К вопросу о взаимосвязи СДВГ и употребления синтетических каннабиноидов

Шарафиев Р. Р., аспирант кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО Ахметова Э.А., ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО, врач психиатр-нарколог стационарного отделения.

ФГБОУ ВО Башкирский медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, aea1202@yandex.ru

ГБУЗ Республиканский наркологический диспансер №1, Уфа.

Аннотация

Вопрос изучения коморбидности СДВГ с употреблением ПАВ не теряет своей актуальности, в особенности по той причине, что все больше подростковой части населения приобщается к употреблению новых синтетических наркотических веществ, в частности, группы синтетические каннабиноиды (далее - СКБ). В данной статье кратко рассматриваются первоначальные результаты исследования 149 подростков мужского пола, проходивших стационарное или амбулаторное лечение в ГБУЗ РНД №1 МЗ РБ в 2013 – 2017 гг. и имели верифицированный диагноз F12.1 «Пагубное употребление каннабиноидов (синтетических каннабиноидов)». У 36% подростков-потребителей из общего числа респондентов выявлен диагноз СДВГ.

Ключевые слова: СДВГ, подростки-потребители, спайсы, синтетические каннабиноиды, коморбидность СДВГ.

Введение. Национальное эпидемиологическое исследование проблемы алкоголизма и связанных с ним состояний (the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), проведенное Национальным институтом по

проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизма (NIAAA), показали взаимосвязь между возникновением и развитием зависимости, вследствие употребления психоактивных веществ (далее - ПАВ) и формированием поведенческих психических расстройств, таких как Синдром дефицита внимания и гиперактивности (далее - СДВГ)[12]. Коморбидность данных патологий изучалась рядом отечественных и зарубежных исследователей [3,6]. Согласно данным систематического обзора [1], показатель распространенности коморбидных расстройств составляет 23,3%, хотя распространенность может варьироваться в зависимости от типа психоактивных веществ, страны, региона, и применяемых инструментов диагностики. По данным ряда исследователей, распространенность СДВГ среди школьников составляет 5% - 12% [5,8,9]. Последние несколько лет характеризуются резким ростом распространенности новых синтетических наркотиков (далее -НСН) [1,12] в мире среди подростков, в том числе группы синтетические каннабиноиды (СКБ) или «спайсов» [12]. По результатам исследования Müller Н. Н.с соавт. (2016 г.), в 2012 г., употребление новейших ПАВ составляло около 7% среди возрастной группы 15–18 лет[10].

Целью нашего исследования является изучение особенностей потребителей СКБ с наличием диагноза СДВГ и без него.

Задачей нашего исследования является анализ особенностей подростков с диагнозом СДВГ, способствующих формированию потребления СКБ.

Материалы и методы исследования. В работе обследованы 149 подростков, проходивших стационарное или амбулаторное лечение в ГБУЗ РНД №1 МЗ РБ в 2013 – 2017 гг. и имели верифицированный диагноз F12.1 «Пагубное употребление каннабиноидов (синтетических каннабиноидов)». Все пациенты мужского пола, средний возраст больных $15,7 \pm 0,7$ года. Далее, после диагностики и осмотра врачом-неврологом и врачом-психиатром, у части подростков был выявлен диагноз «Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)». Таким образом, сформировано две группы: подростки-потребители СКБ с установленным диагнозом СДВГ и подростки-

потребители СКБ, не имеющие диагноз СДВГ. Диагностика СДВГ проводилась на основании критериев DSM IV и клинического наблюдения.

Критерии включения: установленный диагноз (код по МКБ-10: F12.2), в исследование не включались лица с другими видами зависимости, исключая кофеин и табак, возраст от 15 до 18 лет, мужской пол, как минимум двукратное обнаружение в моче методом газовой хромато-масс-спектрометрии СКБ и (или) продуктов их метаболизма за последний год, до включения в исследование.

Критерии невключения: отсутствие информированного добровольного согласия на участие в исследовании, наличие верифицированной сопутствующей психопатологии, острой соматической патологии, женский пол, наличие зависимости от других групп ПАВ (кроме кофеина и никотина).

Критерии исключения: несоблюдение условий протокола.

В проведенном исследовании использовались следующие методы: социально-психологическое анкетирование, статистический.

Для определения макро- и микросоциальных характеристик подростков, имеющих опыт употребления ПАВ, а также для выявления личностных особенностей по сравнению с их сверстниками, не употребляющими ПАВ, было проведено социально-психологическое тестирование. В основу социально-психологического тестирования учащихся положены опросник Кеттелла, и авторские вопросы, разработанные для анализа социально-психологических особенностей потребителей СКБ.

Методы статистической обработки данных. Обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica ver. 6.1 (Stat. Soft, США, Serial number AXXR902E261711FAN4). Взаимосвязь ответов на вопросы анкеты оценивали с использованием непараметрического критерия Хи-квадрат Пирсона, который позволяет оценить значимость различий между фактическим (выявленным в результате исследования) количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при

справедливости нулевой гипотезы. В нашем случае, данный критерий использовался для сравнения различия частот встречаемости тех или иных типов ответов (дискретных) для любой пары вопросов.

Результаты и обсуждения. В ходе нашего исследования было обнаружено, что количество подростков-потребителей, имеющих диагноз СДВГ составляет 36% (54 человека). Подростки, имеющие диагноз СДВГ, зачастую, испытывают определенные трудности в социальной адаптации [14]. Такие подростки игнорируются сверстниками, им не удается завести новые знакомства [4,5]. Учитывая многочисленные данные о высокой поисковой активности новых ощущений индивидов, употребляющих ПАВ, а также высокую коморбидность аддиктивной патологии с развитием СДВГ, можно предположить, что лица, имеющие диагноз СДВГ, прибегают к употреблению наркотических веществ с целью обрести максимально комфортное состояние и для повышения уровня своих адаптивных возможностей в социуме [7]. Также, стоит учитывать определенное влияние современных подростковых субкультур, в которых поощряется употребление ПАВ [1, 10]. Вдобавок, подростки с СДВГ испытывают сложности в процессе обучения [13]. Так, анализируя мотивы употребления СКБ наших респондентов, достоверно чаще выбрали превалирующий вариант ответа интерес, подростки, имеющие СДВГ – 62,9% (34 человека). При этом, среди потребителей СКБ, но без диагноза СДВГ, достоверно чаще превалирует вариант употребления СКБ за компанию с друзьями – 30,5% (29 человек) ($\chi^2=21,143$, $df=3$, $p=0,000098$).

Анализируя стаж употребления, было обнаружено, что двухлетнее употребление СКБ превалирует над однолетним и в случае подростков, не имеющих СДВГ – 23,2% (22 человека) и 76,8% (73 человека), соответственно, так и в случае с подростками, с СДВГ – 38,9% (21 человек) и 61,1 (33 человека), соответственно ($\chi^2=4,149$, $df=1$, $p=0,041$). В данном случае, можно предположить, что независимо от сопутствующего диагноза СДВГ или его отсутствия, зависимость от СКБ характеризуется прогрессивным течением.

Данную гипотезу подтверждают ответы респондентов о кратности приема СКБ. Так, примечательно то, что потребители с СДВГ вовсе не отметили двукратное употребление в неделю СКБ, в отличие от подростков без СДВГ – 9,5% (9 человек). Трехкратный прием статистически значимо чаще отметили респонденты, не имеющие СДВГ – 35,8% (34 человека), напротив потребителей с СДВГ – 31,5% (17 человек). Что касается четырехкратного приема в неделю, то такое употребление отметили, напротив, подростки с диагнозом СДВГ – 48,2% (26 человек), потребители без СДВГ составили 45,3% (43 человека). Ну и что касается пятикратного приема, то достоверно чаще такой вариант ответа выбрали потребители с СДВГ, нежели без такого сопутствующего диагноза – 20,4% (11 человек) и 9,5% (9 человек), соответственно ($\chi^2=8,409$, $df=3$, $p=0,03$).

Таким образом, определено, что наличие сформировавшегося расстройства поведения, может выступать как предрасположенный фактор развития аддикции. Нами вынесено предположение, что злоупотребление ПАВ, у лиц с СДВГ может рассматриваться как элемент первоначального «самолечения» имеющейся психической патологии, с целью достижения определенного состояния психического комфорта, который при неблагоприятном стечении биологических особенностей может привести к зависимости. В то же время, обнаружено, что формирование зависимости от СКБ имеет прогрессирующее течение, вне зависимости от наличия или отсутствия диагноза СДВГ. Полученные результаты требуют дальнейшего углубленного изучения.

Литература:

1. Асадуллин А.Р., Галеева Е.Х., Борисова Л.С., Ахметова Э.А., Николаев И.В. Подход к классификации «дизайнерских» наркотических средств и новых потенциально опасных химических веществ / А.Р.Асадуллин, Е.Х.Галеева, Л.С.Борисова, Э.А. Ахметова, И.В.Николаев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии – 2016. - №4.- С. 51 – 59.
2. Бухановский А.О., Выгонский С.И., Дубатова И.В., Заика В.Г., Ковалев А.И., Кутявин Ю.А., Крысенко П.Б., Крючкова М.Н., Литвак М.Е.,

- Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Петров В.Г., Солдаткин В.А., Третьяков А.В., Турченко Н.М. - Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа. Учебник / Под редакцией В.А. Солдаткина. Ростов-на-Дону, 2016. 1080 с.
3. Зиновьева О. Е., Роговина Е. Г., Тыринова Е. А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №. 1.
 4. Маменко М. Е. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: современные взгляды на этиологию, патогенез, подходы к коррекции // Здоровье ребенка. – 2015. – №. 5. – С. 7-13.
 5. Панков М. Н., Кожевникова И. С., Подоплекин А. Н. Клинические и нейрофизиологические особенности подростков с СДВГ, употребляющих различные виды психоактивных веществ // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №. 7-3. – С. 419-422.
 6. Солдаткин В.А., Дьяченко А.В., Мавани Д.Ч. Компьютерная зависимость и коморбидная психопатология // Психологический журнал - 2014. - № 1-2. - С. 38-42.
 7. Khantzian E. J. Reflections on treating addictive disorders: A psychodynamic perspective //The American journal on addictions. – 2012. – Т. 21. – №. 3. – С. 274-279.
 8. Liang C. S. et al. The relationship between the striatal dopamine transporter and novelty seeking and cognitive flexibility in opioid dependence //Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2017. – Т. 74. – С. 36-42.
 9. Lohr A., Bessa M. A. Patterns of Drug Use in Carriers of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) // Drug Abuse in Adolescence. – Springer International Publishing, 2016. – С. 189-195.

10. Muller H. H., Kornhuber J., Sperling W. The behavioral profile of spice and synthetic cannabinoids in humans //Brain research bulletin. – 2016. – T. 126. – C. 3-7.
11. Ornoy A. et al. ADHD risk alleles associated with opiate addiction: study of addicted parents and their children //Pediatric research. – 2016. – T. 80. – №. 2. – C. 228-236.
12. United Nations Office on Drugs Crime (UNODC), Data from the UNODC Early Warning Advisory on New Psychoactive Substances. 2015.
13. Van Emmerik, Van Oortmerssen K. et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis //Drug & Alcohol Dependence. – 2012. – T. 122. – №. 1. – C. 11-19.
14. Wills T. A., Vaccaro D., McNamara G. Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory //Journal of substance abuse. – 1994. – T. 6. – №. 1. – C. 1-20.

THE QUESTION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ADHD AND THE USE OF SYNTHETIC CANNABINOIDS.

Sharafiev R.R., postgraduate student of the Department of Psychiatry and Narcology with the course of the Institute of Postgraduate Education,

Akhmetova E.A., assistant of the Department of Psychiatry and Addiction with the course of Institute of Postgraduate Education, a psychiatrist-narcologist.

Federal state institution of higher education Bashkir Medical University of the Ministry of Health of Russia, Ufa, aea1202@yandex.ru

State Republican Narcological Dispensary No. 1, Ufa.

Abstract. The question of studying comorbidity of ADHD with the use of surfactants remains relevant, especially because many adolescents begin to use new

synthetic drugs of the synthetic cannabinoids group. This article briefly discusses the initial results of a study of 149 male adolescents undergoing inpatient or outpatient treatment in the GBUZ RND №1 MOH in 2013-2017 and had a verified diagnosis of F12.1 " Harmful use of cannabinoids (synthetic cannabinoids)." 36% of adolescent consumers of the total number of respondents diagnosed with ADHD.

Key words: ADHD, adolescents-consumers, spices, synthetic cannabinoids, comorbidity of ADHD.

Методика исследования антиципации

Ковтунеко А.Ю., студент 6 курса факультета клинической психологии Оренбургского государственного медицинского университета, г. Оренбург
Ерзин А.И., к.пс.н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского университета, г. Оренбург

Научный руководитель: Ерзин А.И., к.пс.н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского университета, г. Оренбург

Понятие антиципации

Термин «*антиципация*» происходит от латинского слова «anticipatio», что буквально означает «предвосхищение». Концепт антиципации вошел в психологическую науку довольно рано – он впервые появился в работах В. Вундта и О. Зельца, который использовал это понятие применительно к психологии мышления и справедливо полагал, что мыслительный акт строится на целеполагании, а оно, в свою очередь, невозможно без ожидания потенциального результата, т.е. без антиципации.

Антиципация представляет собой высшую психическую функцию, заключающуюся в предвосхищении будущего исхода событий, последствий поведения, конечного результата решения какой-либо задачи, потенциальных действий, намерений и эмоций окружающих людей.

Антиципация как высшая психическая функция (ВПФ):

- антиципационные процессы получают свое развитие только на основе опыта; высшие формы развития антиципационных процессов не даны новорожденному изначально;

- антиципационная деятельность должна носить произвольный, осознанный характер регуляции (работа, прежде всего, префронтальных (дорсолатеральных и медиальных) отделов лобных долей);

- для того, чтобы озвучивать решение той или иной задачи, основанной на предсказании, мы пользуемся языковыми средствами; многие компоненты антиципации имеют общую локализацию с речевыми центрами;

- системное, иерархическое строение антиципации характеризует ее как сложноорганизованную функциональную систему, в которой более ранние в онтогенетическом отношении, более простые, в большей степени биологически детерминированные компоненты находятся в строгом подчинении у более сложных – социально- и культурно-детерминированных компонентов .

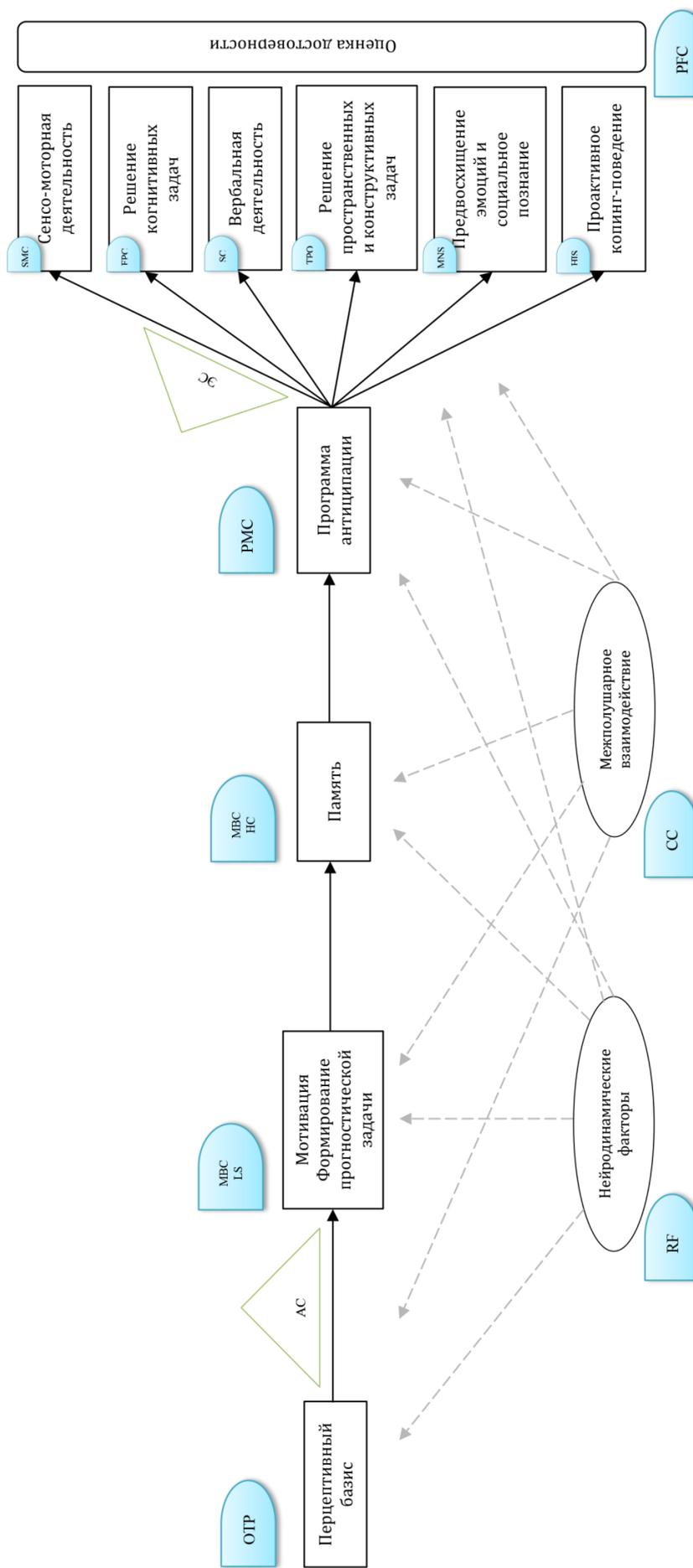


Рис. 9. Структурно-процессуальная модель антиципации и ее нейрофизиологический базис

Примечание: *ОТР* (occipital, temporal, parietal) – затылочные, височные и теменные отделы коры; *MBC* (medial basal cortex), *LS* (limbic system) – медиобазальные отделы и лимбическая система; *НС* (hippocampus) – гиппокамп; *РМС* (premotor cortex) – премоторная кора; *RF* (reticular formation) – ретикулярная формация; *CC* (corpus callosum) – мозолистое тело; *SMC* (senso-motor cortex) – сенсомоторная кора; *FPC* (frontal and parietal cortex) – лобные и теменные

5 уровней организации антиципации:

Субсенсорный (неосознаваемый) уровень антиципации характерен для нервно-мышечных преднастроек и движений, обеспечивающих тонические и позно-тонические эффекты. Процессам антиципации данного уровня организации свойственен универсальный характер из-за их облигатного участия в регуляции любого вида деятельности.

Сенсомоторный уровень антиципации проявляется при решении моторных задач различного содержания. К ним относятся различные двигательные реакции, реакции на движущиеся объекты, задачи зрительно-моторного слежения, а также зрительно-двигательной координации и управления моторными актами. Главной особенностью сенсомоторного уровня является предвосхищение действий во времени.

Перцептивный уровень обеспечивает предвосхищение как во времени, так и в пространстве. На данном уровне наблюдается еще большее усложнение интеграции психических процессов, включенных в реализацию функции прогнозирования.

Для **уровня представлений** характерна в большей мере ориентация на будущее. Антиципаторные задачи приобретают здесь еще более широкий диапазон. Происходят масштабные преобразования пространственных свойств воспринимаемых объектов, а также видоизменение реального масштаба времени.

Высшим уровнем антиципации является **речемысленный уровень**. Для данного уровня характерно не столько использование первичных образов предметов, сколько знаково-символических средств и языковых систем, в которых зафиксирован накопленный опыт человечества. Речемысленный уровень антиципаторных механизмов свойственен, прежде всего, проблемно-решающему поведению, формированию различных гипотез, а также долгосрочному планированию деятельности в отдаленной временной перспективе.

Методика исследования антиципации. Создание методики началось в 2016 г. Поначалу ее разработка являлась частью научного проекта по исследованию проактивности (Ерзин, 2014, 2016), в частности, ее нейрокогнитивных основ.

В качестве теоретических основ построения новой методики мы опирались на труды А.Р. Лурия и российской нейропсихологической школы, работы Б.Ф. Ломова и Е.А. Сергиенко, посвященные антиципации, а также концепцию проактивного совладающего поведения (Aspinwall и Taylor, 1997; Greenglass, 2002; Schwarzer R.), в которой антиципации уделяется значительное внимание как когнитивному фактору преодоления проблемных ситуаций.

Функции методики:

- определение уровня развития антиципации в разные онтогенетические периоды, в том числе выявление функциональной несформированности в детском возрасте;

- оценка скорости протекания антиципаторных процессов;

- диагностика нарушений антиципации при органических повреждениях головного мозга в рамках ведущих нейропсихологических синдромов;

- выявление антиципаторных расстройств у лиц с психической патологией.

Описание стимульного материала. Стимульный материал методики (стандартной версии для взрослых) представляет собой комплект из 16 цветных диагностических карт размером 21×21 см, предъявляемых участнику исследования в строгом порядке по мере увеличения сложности заданий от самого простого к более сложному. На каждой диагностической карте изображена какая-либо ситуация, отражающая взаимодействие двух или более объектов таким образом, что исход этого взаимодействия не запечатлен на карте, однако, о нем можно довольно легко догадаться и спрогнозировать его. Некоторые задания (особенно следуемые в самом начале, например диагностическая карта 1) являются весьма элементарными, на решение которых у испытуемого потребуется минимум времени. Однако даже такие простые

задания могут иметь несколько возможных правильных ответов, каждый из которых характеризуется собственным уровнем точности.

Ряд диагностических карт находится в большой зависимости от степени осведомленности и уровня знаний обследуемого о изображенных на них ситуациях. Применение этих карт позволительно только в том случае, если из предварительной беседы с испытуемым специалист выяснил образовательный уровень человека. Это касается, прежде всего, диагностических карт 6, 10, 11. Можно, прежде чем предъявлять данные карты, предварительно спросить испытуемого, насколько он осведомлен в той или иной области. К примеру, если человек совершенно не знаком с правилами дорожного движения и не имеет представления о дорожных знаках и разметке, диагностическую карту 11 ему предъявлять не следует. То же самое касается и карточной игры «Дурак» (карта 10) и хищного растения венерина мухоловка (карта 6).

Процедура использования. Перед началом исследования определенное внимание нужно уделить выбору подходящего помещения, следует обеспечить комфортные внешние условия, хорошее освещение, отсутствие постороннего шума, оптимальную температуру и достаточную вентиляцию, удобство письменной работы. Если методика проводится с людьми, находящимися на стационарном лечении, экспериментатору необходимо занять место в палате таким образом, чтобы пациенту было удобно рассматривать предъявляемые карточки.

В проведении методики важную роль играет состояние исследуемого. Нецелесообразной является диагностика антиципациторной способности у людей в психомоторном возбуждении с психотическими симптомами, в состоянии нарушенного сознания, у лиц в психозе. Чтобы работа прошла успешно, необходимо учесть те условия, которые могут повлиять на выполнение заданий. Так, у пациентов с органическими нарушениями головного мозга при длительном предшествующем исследовании с помощью других психологических методик вероятно наступление истощения, то же может наблюдаться при плохом самочувствии лиц других клинических групп

или условно-здоровых граждан. В таких случаях следует временно отказаться от проведения исследования. В ситуации нарушенного у обследуемого слуха или зрения акцент во время предъявления инструкции и стимульного материала стоит делать на визуальных и аудиальных стимулах соответственно.

Время тестирования по методике на антиципацию не ограничивается и может варьироваться. Проведение стандартной версии методики, состоящей из 16 карточек, занимает в среднем 15 минут.

Степень достоверности результатов, полученных по ответам на стимульные карточки, зависит от опыта и знаний обследуемого. Приступая к исследованию, психолог должен иметь о нем некоторые сведения, включая информацию об уровне образования, знании правил дорожного движения, умении управлять автомобилем, играть в карточные игры и др. (при отсутствии надлежащих знаний карточки с соответствующими заданиями лучше не использовать).

Тщательное протоколирование – неотъемлемое условие проведения методики. Стандартизированный протокол для исследования, в котором отражается ответ испытуемого и время его реакции, приводится в приложении данной книги. Согласно ему, стимульные карты предъявляются в строго обозначенном порядке. Перед предъявлением стимульного материала испытуемому необходимо зачитывать индивидуальную для каждой из карточек инструкцию. Все ответы и комментарии обследуемого записываются в протокол дословно с фиксацией латентного времени (с момента предъявления стимульного материала до начала ответа). На полях в протоколе делаются пометки, например, напротив тех стимульных карт, в которых не разбирается обследуемый. Каждый ответ оценивается от 0 до 3 баллов. Баллы расставляются в соответствии с приведенным в приложении эталоном. Далее проводится количественный и качественный анализ полученных результатов.

Надежность методики. Надежность предлагаемого метода определялась нами оценкой внутренней согласованности психодиагностического инструмента. С этой целью использовался коэффициент α -Кронбаха,

позволяющий сравнить разброс каждого элемента с общим разбросом всего теста. Если разброс результатов теста меньше, чем разброс результатов для каждого отдельного пункта, то каждое отдельное задание с высокой вероятностью направлено на исследование одной и той же переменной. В данном случае, мы оценивали достоверность и точность ответов испытуемых на каждую из 16 предъявленных стимульных карт (в этом исследовании приняло участие 19 здоровых лиц). В ходе пилотажных исследований значение α -Кронбаха было установлено на уровне 0,854, что свидетельствует о высокой внутренней согласованности разработанной методики.

Валидность методики. Валидность методики эмпирически проверялась с помощью параллельного тестирования участников исследования методикой «Ханойская башня». Как известно, методика является довольно старой игрой-головоломкой, применяющейся в последние годы для изучения исполнительных функций, в частности, процессов планирования и прогнозирования. Суть задания заключается в том, чтобы планомерно переместить все кольца (или диски) по одному за раз с шеста 1 на шест 3 в таком виде, в каком они представлены на первоначальной позиции при условии, что диск большего диаметра нельзя ставить на диск меньшего диаметра. Экспериментатор обязательно учитывает время, затраченное на выполнение всего задания, а также количество ходов. Кроме того, оценивается уровень планирования, поскольку задание можно выполнять как минимум двумя способами – хаотично переставляя диски с шеста на шест, либо планируя ходы заранее, прогнозируя будущий результат и избегая таким образом лишних (неэффективных) ходов.

Согласно полученным данным, точность антиципации умеренно коррелирует с уровнем планирования при решении задачи «Ханойская башня». Временные показатели по методике диагностики антиципации также демонстрируют умеренные взаимосвязи с таковыми показателями по методике «Ханойская башня». Полученные результаты, таким образом, отражают удовлетворительные характеристики эмпирической валидности новой

методики, однако, дальнейшие исследования помогут уточнить полученные результаты, в том числе, за счет увеличения объема выборки и использования дополнительных методов проверки.

Нормы выполнения заданий на антиципацию

Выборка	Сумма баллов		Среднее время выполнения		Общее время выполнения	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Здоровые	41,13	2,23	9,98	8,55	159,75	136,90
Люди с локальными поражениями головного мозга*	33,19	6,16	22,31	13,09	354,94	207,51
Люди с деменцией**	34,11	12,22	14,62	16,38	233,83	262,11
Люди с шизофренией***	33,71	4,78	14,27	6,23	228,18	99,10

Примечание: * - в группу вошли лица, перенесшие инсульт, с опухолями и черепно-мозговой травмой; ** - деменции нейродегенеративного характера, а не вследствие сосудистой патологии мозга; *** - в группу обобщены результаты исследования лиц после первого психотического эпизода и длительно страдающих шизофренией.

Принципы интерпретации результатов. После того, как исследование завершилось и протокол заполнен с соблюдением всех требуемых условий, необходимо перейти к процедуре обработки первичных («сырых») данных. Здесь важнейшими параметрами оценки эффективности выполнения задачи на антиципацию являются три показателя: 1) точность антиципации, 2) среднее время реакции в пересчете на количество выполненных заданий и 3) общее время, затраченное на выполнение всех задач.

Точность антиципации является, по сути, ее характеристикой, описывающей степень достоверности ответа на экспериментальное задание. Эта характеристика оценивается в баллах. Каждый испытуемый может набрать по каждой стимульной карте от 0 до 3 баллов, где:

- 0 баллов выставляется за отсутствие ответа, в том числе, отказную реакцию;

- 1 балл ставится за принципиально неверный ответ;
- 2 балла – за ответ, который по общему смыслу верен, но не точен;
- 3 балла испытуемый получает за верный и точный ответ.

Основой для оценки точности антиципаторных функций является то, сколько в общей сложности баллов испытуемый набрал за все 16 задач. Таким образом, первым шагом к расчёту первичных результатов становится суммирование показателей в баллах по всем заданиям. Здесь всегда нужно понимать, что отдельно взятый участник исследования может получить от 0 до 48 баллов. При этом даже в случае, если испытуемый набрал 48 баллов, огромное значение играют скоростные характеристики антиципаторных процессов, поскольку максимум баллов можно набрать и за 1 минуту, и за 40, что, безусловно, отразится на последующей интерпретации.

Как параметры точности антиципации, так и временные показатели в дальнейшем сравниваются с нормативными данными, на основании чего устанавливается степень соответствия полученных результатов условной норме (описанные выше нормы получены для лиц среднего и пожилого возраста).

После определения количественных показателей антиципации и сопоставления их с нормативными данными необходимо переходить к анализу качественных особенностей – одному из самых сложных этапов интерпретации результатов. Ключевым аспектом квалификации качественных параметров антиципаторных процессов выступает описание уровней антиципации.

Каждая стимульная карта направлена на определение не одного, а одновременно нескольких (2-4) уровней антиципации. Субсенсорный уровень антиципации наша методика не способна выявлять. Остальные четыре уровня представлены в различном количестве карт.

В целях стандартизации рассчитываемых показателей мы предлагаем переводить в % общее количество карт, отражающих конкретный уровень антиципации, равно как и фактически полученные результаты (вычисляются на основе баллов, набранных индивидом за выполнение соответствующих заданий).

Литература:

1. Ломов Б.Ф. Память и антиципация / В книге: Исследование памяти Москва, 1990. С. 45-53.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962. 432с. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973. 375 с.
3. Менделевич В.Д., Бахтияров Ф.И. Антиципация человеком собственных переживаний в норме и при психической патологии. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2014. Т. XLVI. № 2. С. 31-38.
4. Менделевич В.Д., Граница А.С. Прогнозирование будущего и механизмы неврозогенеза. Часть 1. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2013. Т. XLV. № 4. С. 42-52.
5. Менделевич В.Д., Граница А.С. Прогнозирование будущего и механизмы неврозогенеза. Часть 2. Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2014. Т. XLVI. № 1. С. 51-57.
6. Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436.
7. Greenglass, E. (2002). Chapter 3. Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London: Oxford University Press, (pp. 37-62).
8. Schnyer D.M., Verfaellie M., Alexander M.P., LaFleche G., Nicholls L., Kaszniak A. W. 2004. A role for right medial prefrontal cortex in accurate feeling-of-knowing judgements: evidence from patients with lesions to frontal cortex. *Neuropsychologia* 42, 957–966. [10.1016/j.neuropsychologia.2003.11.020](https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2003.11.020)

Дифференциальная диагностика психических расстройств у юношей призывного возраста

Рагузина Е.И., Рыбчинский В.О., Марченко Т.В., Юлтыева Д.И.

Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2, 6
общепсихиатрическое мужское отделение; г. Оренбург, Россия; diyu92@mail.ru

Аннотация

Данная статья представляет собой обзор выводов, основанных на практических наблюдениях при дифференциальной диагностике психических расстройств у лиц призывного возраста. В статье рассматривается описательная характеристика пограничной интеллектуальной недостаточности от легкой умственной отсталости, пограничной интеллектуальной недостаточности и психического инфантилизма, транзиторного расстройства личности и специфических расстройств личности.

Цель. Описать общие тенденции при проведении дифференциальной диагностики психических расстройств у лиц призывного возраста.

Ключевые слова: призывной возраст, личность, интеллект, легкая умственная отсталость, пограничная интеллектуальная недостаточность, психический инфантилизм, транзиторное расстройство личности, специфическое расстройство личности.

Актуальность изучения проблемы дифференциальной диагностики психических расстройств у лиц призывного возраста обусловлена рядом причин. Данная тема в современной литературе раскрыта неполно и, несмотря на разнообразие описанных подходов изучения дифференциальной диагностики, отсутствует единая общепринятая модель, которая бы позволила точно и в короткие временные сроки диагностировать имеющиеся расстройства при прохождении военно-врачебной комиссии. Кроме того, в практической работе с юношами призывного возраста, нередко возникают трудности

разграничения смежных форм патологии (легкая умственная отсталость и пограничная интеллектуальная недостаточность; пограничная интеллектуальная недостаточность и инфантилизм; транзиторное расстройство личности и специфическое расстройство личности). Своевременное выявление каких-либо расстройств у данной группы лиц, оказывается важным, с целью профилактики и предотвращения возможных правонарушений в условиях срочной службы, так как специфика военных структур подразумевает жесткий регламент и требует от призывника наличие высокого уровня психической устойчивости, сформированных волевых качеств, способности к целеполаганию и личной ответственности (Иванов Д.А., 2010).

Анализ отечественной и зарубежной литературы, а также собственные практические наблюдения, позволили нам описать особенности дифференциальной диагностики у лиц призывного возраста, между различными психическими расстройствами:

- легкой умственной отсталостью и пограничной умственной недостаточностью;

- пограничной интеллектуальной недостаточностью и инфантилизмом;

- транзиторным расстройством личности и специфическими расстройствами личности.

У призывников с пограничной интеллектуальной недостаточностью и умственной отсталостью отмечаются нарушения динамического компонента, снижение операциональной стороны мышления, недостаточная сформированность общеобразовательных знаний и навыков (чтение, счет, письмо, общая осведомленность, сообразительность), но степень выраженности этих нарушений у данных групп исследуемых отличается. В клинко-диагностическом плане в первую очередь следует опираться на результаты исследования уровня интеллекта (тест Векслера), обычно пограничная интеллектуальная недостаточность диагностируется при IQ от 70 до 79 баллов. Пограничная умственная недостаточность в отличие от легкой умственной отсталости не имеет такой замедленности психических процессов, которая

более характерна больным олигофренией, кроме того лицам, с пограничной умственной недостаточностью, в большинстве случаев, свойственно легкое снижение процесса обобщения, удовлетворительный уровень операции абстрагирования, незначительные нарушения письма и счета. Кроме того, при разграничении данных расстройств у юношей призывного возраста, следует обращать внимание на ориентированность в бытовых вопросах, адаптивность в социуме, способность к усвоению новых знаний и переносу приобретенных навыков на аналогичные примеры (Иванов Д.А., 2010). Так, например, у юношей с умственной отсталостью по сравнению с лицами, имеющими пограничную интеллектуальную недостаточность, помимо низкого интеллекта, мы чаще отмечаем несформированность жизненной позиции и отсутствие видения собственных перспектив, что также находит свое отражение в снижении эмоционально-волевой сферы, в виде незрелости и непосредственности эмоциональных реакций, преобладании примитивно-потребностных интересов, слабости волевых усилий при выполнении какой-либо деятельности, недостаточности критических и прогностических возможностей. Юноши с пограничным уровнем интеллекта, напротив, демонстрируют большую подвижность, активность, самостоятельность и предприимчивость в решении несложных социально-бытовых вопросов, что также при отсутствии нарушений эмоционально-личностной сферы, может стать определяющим фактором в признании их психически здоровыми и годными к прохождению срочной военной службы (Гичун В. С., 2002).

Однако, при пограничной интеллектуальной недостаточности могут преобладать личностные особенности, характерные для инфантильного расстройства. При работе с данной категорией лиц, нами было отмечено, что личности с инфантильным расстройством, чаще имеют пограничную зону интеллектуального развития, но при этом не исключается низкая или средняя норма интеллекта (Осипов В.П., 1944). В данном случае при дифференциальной диагностике определяющим в описании исследуемого лица, являются особенности его личностной сферы. Инфантильную личность характеризуют

такие черты, как незрелость жизненной позиции, беспечность, преобладание игровых интересов, несамостоятельность и легкость в принятии решений, недостаточная обдуманность и спонтанность поступков, неустойчивая самооценка и впечатлительность. Кроме того, инфантильных юношей, чаще может отмечаться низкая стрессоустойчивость, с трудностями адаптации в новых условиях, подверженность негативному влиянию со стороны, ведомость, подчиняемость со стремлением к реакциям группирования и самоутверждения в среде сверстников (Иванов Д.А., 2010).

При дифференциальной диагностике специфического расстройства личности по эмоционально-неустойчивому типу и транзиторного расстройства, следует обращать внимание на клинические критерии, описанные в МКБ-10, а также на данные полученные в ходе экспериментально-психологического исследования. При специфическом расстройстве личности диагностическими указаниями являются хронический характер дисгармоничного стиля поведения, затрудняющий социальную адаптацию, отмечается неконтролируемые импульсивные вспышки, повышенная конфликтность, открытые агрессивные тенденции, пристрастие к ПАВ, не поддающиеся психотерапевтической коррекции. При транзиторных расстройствах особенности личностных черт могут проявляться непостоянно, а лишь в определенных ситуациях, в частности в условиях жесткого регламента, а также могут носить непостоянный, временный, проходящий характер (Гичун В.С., 2002). Такими чертами могут быть необдуманность действий и высказываний юноши, снисходительность к собственным недостаткам с переоценкой своих возможностей, безответственность, упрямство, неконформность установок, легкость в отношении жизненных проблем, склонность к неоправданному риску, низкая дисциплинированность и импульсивность, слабо развитое чувство долга, лживость, изворотливость, склонность к протестным реакциям и асоциальным поступкам (Самохвалова Т.И., 2002). При осмотре, дополнительным диагностическим фактором в пользу транзиторного расстройства личности, может выступать – наличие поверхностных порезов на предплечье, нанесенные

с демонстративно-шантажными целями, без истинного намерения суицидального поведения, а также наличие демонстративно-украшающих символов на теле (татуировки), без четкой смысловой нагрузки (Филиппов А.П., 2017). Важным, оказывается то, что описанные личностные особенности как при специфическом расстройстве, так и при транзиторном, значительно нарушают адаптацию юноши призывного возраста в условиях прохождения срочной военной службы (Гичун В.С., 2002).

Таким образом, психодиагностическое исследование лиц призывного возраста на сегодняшний день имеет важное практическое значение – отбор кандидатов к военной службе, в зависимости от личностных качеств и определенных войск, а также психопрофилактическое значение - выявление уже на первых этапах военно-врачебной комиссии, лиц не годных к военной службе и склонностью к возможным правонарушениям. Дифференциальная диагностика в условиях психиатрического стационара позволяет более детально описать все психические процессы, уточнить уровень интеллектуального развития в точных баллах, провести анализ эмоционально-волевой и личностной сфер, что также позволяет на ранних этапах выявлять группы риска с психическими отклонениями и в случае необходимости проводить с ними лечебно-реабилитационные мероприятия.

Литература:

1. Гичун В. С. Психологические особенности военнослужащих срочной службы с аутоагрессивным поведением//Арх.психиатрии – 2002. -№1.- С.38-40.
2. Иванов Д.А. Психический инфантилизм у военнослужащих. – М., 2010.- С.82-99.
3. Осипов В.П. Вопросы психиатрического распознавания и определения к военной службе. Военная медицинская академия им.С.М. Кирова, 1944. – С.152.

4. Самохвалова Т.И. Социально-биологические факторы криминогенного поведения военнослужащих действительной срочной службы// Таврич. -2002. -№6. – С.5-6.

Differential diagnosis of mental disorders in young men of draft age

Raguzina E.I., Rybczynski V.O., Marchenko T.V., Yultyeva D.I.

Orenburg Regional Psychiatric Hospital №2; 6 psychiatric department;
Orenburg, Russia; diyu92@mail.ru

Annotation. This article is a review of conclusions based on practical observations in the differential diagnosis of mental disorders in persons of draft age. The article deals with the descriptive characteristics of borderline intellectual disability from mild mental retardation, borderline intellectual disability and mental infantilism, transient personality disorder and specific personality disorders.

Purpose. Describe the General trends in the differential diagnosis of mental disorders in persons of draft age.

Keywords: draft age, personality, intelligence, mild mental retardation, borderline intellectual disability, mental infantilism, transient personality disorder, specific personality disorder.

Секция «Стендовые доклады»

Влияние климатических условий на депрессивные расстройства и суицидологический профиль личности

Матушкина В.А., Гаврюченко П.А.,

Кубанский государственный университет, г. Краснодар.



**Нейроанатомические и нейрофизиологические аспекты просоциального и
антисоциального поведения**

Баланова Е.А.

студент 6 курса факультета клинической психологии Оренбургского
государственного медицинского университета, г. Оренбург

Научный руководитель: Ерзин А.И., к.пс.н., доцент кафедры клинической
психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского
университета, г. Оренбург

**Личностные факторы риска и протективные факторы эмоционального
выгорания у врачей онкологического диспансера**

Костюк А.Р.

студент 6 курса факультета клинической психологии Оренбургского
государственного медицинского университета, г. Оренбург

Научный руководитель: Ерзин А.И., к.пс.н., доцент кафедры клинической
психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского
университета, г. Оренбург



Личностные факторы риска и протективные факторы эмоционального выгорания у врачей онкологического диспансера

Актуальность:

Эмоциональное выгорание-психологический синдром истощения, цинизма, вызванный длительной ответной реакцией на хронические эмоциональные и межличностные стрессовые факторы в профессиональной среде.

В России недостаточно развита служба психологической помощи врачам, оказывающих помощь онкобольным людям, вследствие чего медицинский персонал испытывает психоэмоциональную нагрузку, приводящую к истощению его психических и эмоциональных ресурсов.



Цель-изучить роль личностных факторов риска и протективных факторов эмоционального выгорания у врачей онкологического диспансера.

Выборка:

В 2018 году на базе ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер» было проведено исследование, в котором приняли участие 30 человек: 9 мужчин и 21 женщина. Возраст обследуемых от 27 до 61 года, средний возраст - 40,7±9,06 лет.



Методики:

- 1.Опросник для выявления психопатии Роберта Хаэра.
- 2.Тест диспозиционного оптимизма Ч. Карвера и М. Шейера.
- 3.Шкала диагностики враждебности Кука-Медлей.
- 4.Опросник состояния агрессии Басса-Дарки.
- 5.Методика диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко.
- 6.Шкала базисных убеждений Янова-Бульмана.
- 7.Профессиональное (эмоциональное) выгорание К. Маслач и С. Джексона.



Результаты.

В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты:
Высокий уровень эмоционального выгорания" - 60%

Взаимосвязь личностных и протективных факторов с ЭВ:

- 1."Цинизм"(0,510)
- 2."Чувство вины"(0,410)
- 3."Диспозиционный оптимизм"(-0,340)
- 4."Вера в справедливость"(-0,550)

Выводы:

Таким образом, можно сделать вывод, что среди личностных особенностей, способствующих возникновению профессионального выгорания у медицинского персонала онкологического диспансера преобладают: отсутствие эмпатии, диспозиционного оптимизма, веры в справедливость и наличие чувства вины. Данные результаты необходимо учитывать при составлении рекомендаций по профилактике профессионального выгорания.

**Психологические и психопатологические факторы сексуальных фантазий
у больных с первым эпизодом шизофрении**

Самсонова Т.Н.

студент 6 курса факультета клинической психологии Оренбургского государственного медицинского университета, г. Оренбург

Научный руководитель: Ерзин А.И., к.п.н., доцент кафедры клинической психологии и психотерапии Оренбургского государственного медицинского университета, г. Оренбург

В современном обществе всё больше внимания уделяют изучению такого заболевания, как шизофрения. Различные аспекты данной болезни были достаточно изучены многими учеными. А что касается сексуальной сферы больных шизофренией, так эта тема остается относительно малоизученной до сих пор. А ведь, возможно, именно здесь можно найти ответы на многие спорные вопросы – почему внезапно происходит обострение заболевания, связаны ли как-то фантазии пациента с уровнем социального функционирования, с позитивной и негативной симптоматикой и т.д. Данную проблему достаточно глубоко изучали такие ученые, как Мастерс и Джонсон, И. Кон, Вилсон, Л.Н.Акимова и другие.

Исходя из вышесказанного, **цель** моего исследования – выявить особенности сексуального фантазирования у лиц с первым психотическим эпизодом шизофрении.

Задачи:

1. Провести теоретический сбор информации по проблеме исследования, конкретизировать основные понятия;
2. Выявить особенности сексуального фантазирования у лиц, больных шизофренией.
3. Сделать выводы по полученным результатам исследования.

Место проведения исследования: ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

Методики:

1) Negative Symptom Assessment (NSA-16) сокращённый вариант

Оценить наличие, тяжесть и диапазон негативных симптомов, часто связанных с шизофренией. Исследование и оценка отрицательной симптоматики.

Исследование проводится путём экспертной оценки испытуемого по 5 шкалам (речь, эмоции, социальность, общее состояние и глобальная оценка негативных симптомов).

2) Personal and Social functioning scale (PSP)

Оценка личностного и социального функционирования пациента за прошедшие 7 дней.

Исследование проводится путём экспертной оценки испытуемого по 4 –м основным областям функционирования: а) социально полезная деятельность; включая работу и учебу; б) отношения с близкими и прочие социальные отношения; в) самообслуживание; г) беспокойное и агрессивное поведение.

3) Шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS)

Шкала позволяет проводить стандартизованную оценку различных векторов психопатологической симптоматики шизофрении, определять клинический профиль больного и проследить динамику состояния в процессе терапии. С помощью данной методики была изучена тяжесть продуктивной симптоматики по Шкале позитивных синдромов (7 признаков). Исследование проводится путём экспертной оценки испытуемого.

4) Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Клиническая оценочная шкала, предназначенная для наиболее общей оценки способности к повседневному функционированию психически больных. Шкала состоит из нескольких пунктов, каждый из которых сопровождается подробным описанием особенностей функционирования и диапазоном баллов, в него входящих. Оценка общего психологического функционирования ранжируется от 0 до 100 баллов.

5) Шкала автономии (динамики психической активности)

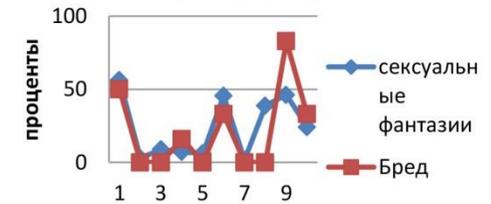
Оценка способности психически больного к автономному существованию. Оценка производится по 4 балльной системе: плохо – 1, удовлетворительно – 2, хорошо – 3, отлично – 4). Шкала состоит из 6 пунктов, по которым необходимо оценить когнитивные особенности пациента (1. Активность и целенаправленность деятельности; 2. Способность к продуктивной коммуникации; 3. Способность строить функциональную социальную сеть; 4. Способность больного эффективно взаимодействовать с врачом; 5. Способность заботиться о себе). Исследование проводится путём экспертной оценки.

6) Wilson Sex Fantasy Questionnaire (опросник сексуальных фантазий)

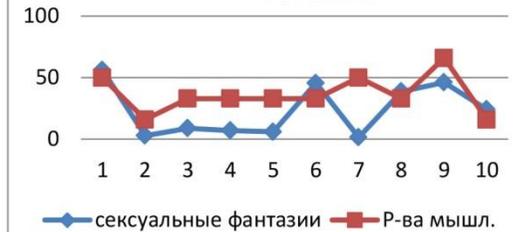
Данная анкета состоит из 40 пунктов, по которым необходимо оценить самого себя. По ней можно оценить 4 типа сексуальных фантазий: исследовательские, интимные, безличностные и садомазохистские. Необходимо указать как часто вы фантазируете о каждом из высказываний; как часто вы делаете это в реальности; как часто хотите делать это в реальности, если представится возможность. Оценивается каждое высказывание по каждой шкале от 0 до 5.

Психологические и психопатологические факторы сексуальных фантазий у больных с первым эпизодом шизофрении

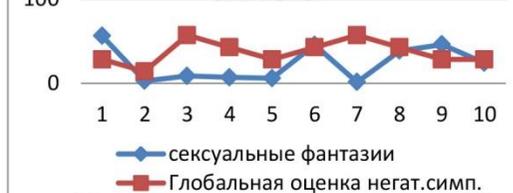
Сексуальные фантазии и бредовая симптоматика



Сексуальные фантазии и расстройства мышления



Сексуальные фантазии и негативные симптомы



Статистическая обработка проводилась с помощью коэффициента корреляции Пирсона

Выводы:

- 1) Имеется прямая взаимосвязь между выраженностью сексуальных фантазий и продуктивной симптоматики шизофрении: бредовой симптоматикой (0,396), галлюцинациями (0,438), идеями величия (0,718)
- 2) Имеется обратная корреляция между сексуальными фантазиями и негативной симптоматикой шизофрении: глобальной оценкой негативных симптомов (-0,667)
- 3) Таким образом, чем больше продуктивной симптоматики у больного, тем ярче и больше сексуальных фантазий он имеет; чем больше выражена негативная симптоматика у больного, тем скуднее и меньше сексуальных фантазий у него.