

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

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

# Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии

Выпуск IV

*Санкт-Петербург*

2017

**УДК 615.851**

**Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск IV.  
Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Издательство «Таро», 2017.  
– 340 с.**

Настоящее издание приурочено к IV научно-практической конференции, организованной кафедрой психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова и Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко «Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии», состоявшейся 16-17 июня 2017 года. Одновременно с конференцией проходила III Школа молодых психиатров Санкт-Петербурга с участием специалистов Восточно-Европейского региона WPA (Всемирной психиатрической ассоциации).

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

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

## Содержание

### СТАТЬИ

#### КОМПЛАЕНТНОСТЬ: МЕЖДУ ПАРАДОКСОМ ПАЦИЕНТА И ГОСПИТАЛИЗМОМ

Арпентьева М.Р. .... 11

#### АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ АДРЕНЕРГИЧЕСКИХ РЕЦЕПТОРОВ С АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННЫМ НАБОРОМ ВЕСА

Ахметова Л.Ш., Толмачев М.Ю., Ершов Е.Е., Насырова Р.Ф. .... 24

#### ОТЛИЧИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ОТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Ашуров З.Ш., Шин З.В. .... 28

#### КОНЦЕПЦИЯ «RECOVERY» И ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Бабин С.М., Случевская С.Ф. .... 31

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Борисова Д.Ю. .... 44

#### ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Бугорский А.В. .... 49

#### СИНДРОМ КАНДИНСКОГО-КЛЕРАМБО У ПАЦИЕНТА С НЕЙРОСИФИЛИСОМ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Голосов Е.А. .... 56

#### КЛИНИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ТРЕВОЖНЫМ СОСТОЯНИЯМ: НЕСТАНДАРТНОЕ МНЕНИЕ О ТИПОВОЙ ПРОБЛЕМЕ

Дмитриев М.Н. .... 63

УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ МРНК РЕЦЕПТОРОВ НЕЙРОТРАНСМИССИИ НА ЛИМФОЦИТАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ БИОМАРКЕР АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА	
Ершов Е.Е., Тараскина А.Е., Заботина А.М., Насырова Р.Ф., Сосин Д.Н., Грунина М.Н., Крупицкий Е.М. ....	68
ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ МТНFR677C>T ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
Жиляева Т.В., Сергеева А.В., Благоданова А.С. ....	73
РОЛЬ МИНИМАЛЬНОЙ МОЗГОВОЙ ДЕФИЦИТАРНОСТИ И ОСОБЕННОСТЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
Жукова Д.И. ....	77
КОМПЛАЕНТНОСТЬ БЕЗ КЛЕЙМА	
Зайцев. В.В. ....	84
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ	
Зислин И. ....	94
МИНДАЛИНА КАК ЦЕНТР ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ НА СТИМУЛЫ: ДАННЫЕ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ	
Кашапов Ф.Ф., Хисматуллина З.Р. ....	100
ИНТЕГРАТИВНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БИОПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ИМАГИНАТИВНЫХ ТЕХНИК ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ АДАПТАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ ЧЛЕНОВ СЕМЕЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ	
Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г. ....	106
ОПЫТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕГО ТИПА	
Кишка Т.Н. ....	110
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА ХУДОЖЕСТВЕННО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ДИАГНОЗАМИ	
Копытин А.И., Берегулина Л.Н. ....	117

**О ЦЕЛЯХ, МЕТОДАХ И РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ**

Корчинов А.Д. .... 130

**ВЗГЛЯД НА КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ ГЛАЗАМИ НАЧИНАЮЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА**

Майстренко А.В. .... 135

**РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Максимова Н.Е., Климок Н.В. .... 140

**АРТ-ТЕРАПИЯ В РАЗВИТИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Назарова Н.Р. .... 147

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ С КОМОРБИДНЫМИ ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Нурходжаев С.Н. .... 156

**ВЛИЯНИЕ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СУБЪЕКТИВНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Овчинников А.А., Султанова А.Н., Сычева Т.Ю. .... 160

**К ВОПРОСУ О ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Палин А.В., Семенова Н.Д. .... 167

**ОСОБЕННОСТИ ПРЕСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Полякова А.И., Решедько Л.А. .... 174

**ДИАГНОЗ В ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Пудиков И.В., Лемешко К.А. .... 180

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МАНИПУЛЯТИВНЫМ ТИПОМ ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА**

Рутковская Н.С., Днов К.В. .... 188

К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ РЕЛИГИОЗНОГО ФАКТОРА НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ Рутковская Н.С.....	193
ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Султанова А.Н., Сычева Т.Ю. ....	199
КАРТИНА НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РЕЗИДУАЛЬНОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ЭЭГ-ПРИЗНАКАМИ НЕЗРЕЛОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА Туровская Н.Г., Воронкова А.А., Курушкина В.А. ....	207
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕНИНГА КОГНИТИВНЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА Ханько А.В. ....	212
ЗАДАЧИ И ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. ....	217
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ КАК ОСНОВА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА Чехонадский И.И., Пряникова Е.В., Пустотин Ю.Л. ....	223
«ЗАКОН ПАРНЫХ СЛУЧАЕВ» ИЛИ ОДНОВРЕМЕННОЕ ПОЯВЛЕНИЕ СХОДНЫХ ПАТТЕРНОВ ПЕРЕЖИВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В ПРАКТИКЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ Чистяков М.С. ....	228
ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ Шаикрамов Ш.Ш. ....	239
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА Шарипова Ф.К.....	243

**ТЕЗИСЫ И СООБЩЕНИЯ****НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТСКОГО СООБЩЕСТВА В ЛИПЕЦКЕ**

Астахова Н. .... 248

**ОПЫТ ПСИХОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Ашуров З.Ш., Шин З.В. .... 249

**ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ТРЕВОЖНОСТИ В МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ  
КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ДЕТЕЙ С РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Богущая Н.К. .... 250

**ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ TAQ1 ГЕНА РЕЦЕПТОРА ДОФАМИНА  
ВТОРОГО ТИПА (DRD2) КАК ФАКТОР ВЗАИМОВЛИЯНИЯ ОБСЕССИВНО-  
КОМПУЛЬСИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ И АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Войнило А.Н., Скугаревская Т.О. .... 252

**НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У  
БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ**

Голыгина С.Е., Терешков П.П., Сахаров А.В. .... 254

**ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИХ ТЕОРИЙ РАЗВИТИЯ В РАБОТЕ  
С ПОГРАНИЧНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ**

Гонжал О.А. .... 257

**АРТ-ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ  
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Григорьева Е.В., Бабаева Е.Г. .... 258

**ГРУППОВАЯ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

Демьяненко А.М., Бабин С.М., Иванов В.С. .... 260

**ПСИХОКОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ  
НА ЭТАПЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ГОРЯ**

Докукина Т.В., Григорьева И.В., Марчук С.А. .... 261

**КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ  
ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Дорофеева М.В., Вишневская О.А., Савельева О.В. .... 264

ВОЗМОЖНОСТИ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ Золотова А.Н. ....	266
ПСИХОДИАГНОСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСМОРФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА Искандарова Ж.М., Бабарахимова С.Б. ....	268
МЕТОДИКА ОЦЕНКИ КОМПЛЕКСА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Карякина М.В., Сухачевский И.С., Анисимов В.Н. ....	271
ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СТАБИЛЬНОЙ ИБС Коростелев Д.С., Феоктистова В. С., Неклюдова Е.В., Рыжикова М.В. ....	273
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АКТИВНЫХ ИГРОКОВ ПРИ ОНЛАЙН-ГЕМБЛИНГЕ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ Кузьменков И.Г., Северова Е.А. ....	274
СНОВИДЕНИЕ КАК ИСТОЧНИК ИНФОРМАЦИИ О НЕСОЗНАТЕЛЬНЫХ ПАТОГЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ГИПЕРОПЕКАЮЩИХ МАТЕРЕЙ Лемешко К.А. ....	276
ЗНАЧИМОСТЬ ВОСПРИЯТИЯ СВОЕЙ РОЛИ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ РАЗНЫМИ ГРУППАМИ ЛИЦ, ОПЕКАЮЩИХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Макаревич О.В. ....	278
ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ Медведева Е.А. ....	281
МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ АНТИПСИХОТИКОВ: ОБЗОР ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ Павличенко А.В. ....	283
ПРОГРАММА «ЖИЛЬЕ ПОД ЗАЩИТОЙ» В РАБОТЕ ДИСПАНСЕРНОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ Перфильева О.Ю., Струкова Е.Ю., Логачева А.А. ....	286



**МЕТОД АТС/DDD (ССД) – СРАВНИТЕЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ПОТРЕБЛЕНИЯ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ  
(НА ПРИМЕРЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ)**

Петин В.М., Курьлев А. А., Андреев Б. В. .... 288

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ**

Письменская Т.Г., Лухсе Л., Хьельм А. .... 290

**РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В ТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ  
РАССТРОЙСТВ**

Прибытков А.А., Еричев А.Н., Ясиновская А.А. .... 291

**СОВМЕСТНАЯ БЕСЕДА С БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ ВРАЧА ПСИХИАТРА  
И ПСИХОМОТОРНОГО ТЕРАПЕВТА**

Рамос-Валерио Э. (Перу) .... 294

**СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕБНО-  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Ревина Л.В. .... 296

**УЧЕБНЫЙ СТРЕСС И СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У  
СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПЕРВЫХ КУРСОВ**

Руженкова В.В. .... 299

**ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И  
ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ, СОВЕРШИВШИХ  
СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ**

Рутковская Н.С. .... 302

**НЕКОТОРЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У  
ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Северова Е.А., Соколов Н.В. .... 303

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ  
ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ**

Соколов Е.Ю., Фомин А.А., Магурдумова Л.Г. .... 305

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ  
МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б. .... 308

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ	
Султанов Ш.Х. ....	310
О ЗНАЧЕНИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ	
Фомин А.А., Соколов Е.Ю., Магурдумова Л.Г. ....	312
НОЗОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С РАННИМ СИФИЛИСОМ	
Чумаков Е.М., Петрова Н.Н. ....	314
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	
Шашкина А.П. ....	316
ТЕЧЕНИЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА НА ФОНЕ ДЕПРЕССИИ И ПСИХОГЕННОЙ АНОРЕКСИИ	
Щербачев Г.И. ....	319
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОКОРРЕКЦИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
Щурова И.А. ....	320
КОГНИТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ	
Ядгарова Н.Ф. ....	322
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
Яценко К.О., Торговцев А.А., Якунов А.С. ....	323
ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВАЦИИ К ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЕФИЦИТАРНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ	
Яценко К.О., Якунов А.С. ....	326
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....	329

---

## СТАТЬИ

### **Комплаентность: между парадоксом пациента и госпитализмом**

Арпентьева М.Р.

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского  
Калуга

**Введение.** В последние годы в мировой медицине, а также в процессе развития систем здравоохранения и социальной поддержки населения наблюдается значительный рост влияния практики и идеологии доказательной медицины и биоэтики. Доказательная медицина (evidence-based medicine – медицина, основанная на доказательствах) – подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных. В рамках идей доказательной медицины осмысливаются проблемы, связанные с формированием и развитием профессиональных интересов и профессионализма медицинских работников: осмысление смысловых мотивов (интересов) специалиста позволяет произвести диагностическое обследование, дать прогноз и разработать схемы профилактики и коррекции нарушений деятельности, включая такое интегративное по своей природе последствие нарушений как конфликт интересов. Проблемы конфликта интересов во многом сводятся к проблемам непрофессионализма и депрофессионализации помощи: в первую очередь, сознательного или неосознанного нарушения врачом, социальным работником, другими представителями эдологических (помогающих) практик нравственных основ своей деятельности. Низкий уровень профессиональной компетентности и, подчас, недостаток образования и грамотности, – почва для процветания в эдологическом сообществе ошибок и обмана, возникновения конфликта интересов на всех уровнях систем здравоохранения, социальной поддержки и т.д. Продуктивность деятельности врача во многом связана с соблюдением принципа доказательности и этических норм, а также с осознанием конфликта интересов, соотношения фармакологической и иных форм помощи пациентам, а также ловушек и перспектив своей деятельности.

Доказательность является важным этическим регулятором помощи и в рамках теории деинституционализации психиатрии и медицинской помощи в целом. Стационарная медицинская помощь – одна из важных, но легко злоупотребимых форм помощи пациентам. Злоупотребления в этой сфере привели

к движению деинституционализации – реформирования медицинской службы, начавшегося в ряде стран мира в середине XX века, заключающегося в активном и масштабном сокращении количества и размеров больниц с параллельным развитием различных форм внебольничной помощи пациентам, выписываемым из стационаров или выбирающим вместо стационарной амбулаторную поддержку. Это движение было направлено на то, чтобы предотвратить и приостановить массовое развитие у пациентов госпитализма как избыточной комплаентности и отчуждения от повседневной, трудовой и семейной жизни, нарушения прав пациентов и общественности в выборе способа лечения и совладания с болезнью. Деинституционализация опиралась на антипсихиатрическое, антимедицинское движение.

В России этот процесс сильно задержался: деинституционализация до сих пор вызывает протесты, называясь «безумной затеей», «диктатурой безумия», пропагандируемой западными «адептами глобализма» и т.д. Даже в начале нынешнего века соотношение больничной и внебольничной психиатрической помощи в России составляет примерно 9:1. Однако, при наличии современного психофармакологического лечения и доступности психосоциальной помощи большая часть пациентов с психическими расстройствами, а также практически все пациенты с психосоматическими нарушениями, могут успешно жить вместе со всеми, без отрыва от повседневности. Только малая часть людей, страдающих хроническими и тяжёлыми, терминально опасными или терминальными расстройствами, нуждается в постоянном и интенсивном, четко структурированном уходе, как в стационарных, так и амбулаторных условиях. Спротивление оказывалось и оказывается, в основном, медицинским персоналом, теряющим часть своего дохода. Спротивление, оказываемое профсоюзами медперсонала, в ряде стран препятствовало реформированию психиатрических служб. Многие специалисты обучены лишь навыкам работы в стационарах, они полагают в качестве базовой модели развития патологии обычно крайне тяжёлые психические расстройства, при реформировании персонал опасается потерять работу и традиционные преимущества; их идеологические установки, не позволяющие принять установки деинституционализации, часто связаны и с обвинениями в адрес персонала амбулаторной помощи.

**Цель и методы исследования.** Цель исследования – анализ наиболее актуальных социально-психологических проблем амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Материалы и методы: анализ тенденций современных исследований в области проблем медицинской и психиатрической помощи.

**Результаты.** Одна из центральных проблем излечения болезни, – проблема постановки правильного диагноза и выбора формы /способа помощи или вмешательства. Несмотря на все успехи современной медицины и смежных с ней наук (биологии, физики, психологии и т.д.), эти проблемы продолжают оставаться актуальными. И здесь существуют две основные позиции: 1) медицина может почти все, помогая и возвращая огромное количество людей к жизни, и 2) медицина не может ничего, она вредит здоровью, убивая собственные ресурсы человека. Основная часть ответственности, как за успех, так и за неуспех медицинской помощи при этом приписывается лекарствам и/или хирургическим

вмешательствам. В меньшей мере – пониманию медицинским работником пациента, в том числе, осмыслению его болезни в контексте жизни пациента в целом. Наряду со сциентистскими, традиционными исследованиями в области создания и приема лекарств, организации и осуществления медикаментозного и иных видов лечения, в современной науке и практике осуществляется развернутая критика сложившейся медицинской парадигмы помощи, подчеркивается ее недостаточность и значимость внедрения интегративных, в том числе социально-психолого-медицинских подходов к психическим и психосоматическим нарушениям и их исцелению. Отмечается неэффективность традиционной психиатрии и классической медицины в целом, медицинского подхода, эксплуатирующего «мифы о болезнях» [37] и стремящегося сохранить те формы «помогающего вмешательства», которые поддерживают статус врача в обществе, в государстве, например, такие формы, которые предполагают более или менее длительную изоляцию пациентов – «институциональная медицинская помощь». При этом, как отмечают современные исследователи, между институциональной и неинституциональной медициной, особенно в сфере психиатрии, имеется ряд важных различий (таблица №1). Параллельно меняется понимание психосоматических болезней и психических нарушений. В общую медицину все активнее входит психосоматика как представление о психологических основах, причинах и последствиях болезни.

В психиатрии распространяются, хотя и медленно, идеи антипсихиатрии в ее различных видах [2, 3, 5, 10, 11, 14, 38].

*Таблица №1.*

*Институциональная и неинституциональная психиатрическая помощь*

Институциональная психиатрия	Неинституциональная психиатрия
Структурная иерархия и централизованность медицинской службы, полное государственное финансирование, регулирование и контроль	Децентрализованность медицинской службы, общественные и государственные источники финансирования, регулирования и контроля
Преимущественно стационарные формы лечения тяжёлых психосоматических и психических расстройств, их превалирование над амбулаторным	Преимущественно амбулаторные формы лечения тяжёлых психосоматических и психических расстройств, их превалирование над стационарными
Низкое качество услуг, неблагоприятный прогноз и исход лечения, изолированность и удалённость психиатрической помощи от места жительства пациента и семьи	Высокое качество оказываемых услуг и более позитивный прогноз, включенность пациента в жизнь общества и семьи, близость психиатрической помощи к месту жительства

Институциональная психиатрия	Неинституциональная психиатрия
Низкая доступность помощи, проведение стационарного лечения в специальных больницах, где практикуется достаточно продолжительный срок лечения, «режим закрытых дверей»	Большая доступность помощи, проведение стационарного лечения в больницах общего профиля, более краткий и непродолжительный срок лечения, «режим открытых дверей»
Практикуется эксклюзия как изоляция пациента от его семьи и общества в период лечения, при длительном нахождении в специнтернатах и специальных больницах развивается утрата пациентами навыков независимой жизни, развиваются дефицитарные симптомы, госпитализм, низкое качество жизни	У пациента есть возможность получения поддержки со стороны близких и друзей в процессе лечения, от общества, отсутствие изоляции и инклюзивность помощи дает возможность сохранения и приобретения социальных навыков, необходимых пациенту для социальной интеграции и наслаждения жизнью, ее высоким качеством
Риск злоупотреблений, врачи отражают заинтересованность представителей власти в получении и использовании сведений о пациенте, а также превращении пациента в безликое орудие, теряет индивидуальность и способность к развитию	Наблюдается незаинтересованность представителей власти в получении и использовании сведений о пациенте, риск злоупотреблений выражен намного меньше, пациент восстанавливает, сохраняет и развивает индивидуальность
Государство имеет возможность использования медицины для решения социальных проблем и подавления инакомыслия, более высокая степень социальной стигматизации и дискриминации, отсутствие заботы и отвержение в обществе	Государство не может использовать медицину для решения социальных проблем и подавления инакомыслия и наблюдается менее высокая степень социальной стигматизации и дискриминации пациентов, забота о них в обществе
Пациенты и их семьи испытывают меньшее доверие к врачу, предлагающему лишение свободы в качестве гарантии, в первую очередь, общественной безопасности, оставляющему за собой право окончательного решения	Пациенты и их семьи испытывают доверие к врачу, который стремится к предоставлению свободы в качестве гарантии личной безопасности, а также делегирует права окончательного решения по большинству вопросов самому пациенту

Институциональная психиатрия	Неинституциональная психиатрия
Для обеспечения общественной безопасности применяются меры контроля и изоляции, при этом отмечается пренебрежительное отношение к гражданским правам и правам человека, используется практика недобровольной госпитализации в отношении лиц, не совершивших противоправных действий	Приоритет – удовлетворение потребностей пациента, меры лечения и реабилитации связаны с уважительным отношением к гражданским правам и правам человека, госпитализация в отношении лиц, не совершивших противоправных действий может быть только добровольной – на всех стадиях
Стремление и способность организаций, связанных с медициной к широкой экспансии путём расширения сети лечебных учреждений, произвольного расширения диагностических критериев и поиска соответствующего контингента	Отсутствие интенсивного стремления организаций, связанных с медициной, к расширению сети учреждений, доказательность как альтернатива произвольного расширения диагностических критериев и поиска соответствующего контингента
Дисбаланс между количеством пациентов и врачей, а также между спросом и предложением в отношении их услуг, возникающая в результате не функционирования естественных рыночных и социальных механизмов	Гармоничное соотношение между количеством пациентов и врачей, а также между спросом и предложением, возникающее в результате функционирования естественных рыночных и социальных механизмов
Государство затрачивает много средств, необходимость поддерживать постоянный уровень заполнения и оборот койко-мест в стационаре, набирая и удерживая путём добровольных и недобровольных госпитализаций столько людей, сколько нужно для заполнения коек	Государство имеет менее крупные расходы на помощь, у него нет необходимости поддерживать постоянный уровень заполнения и оборот койко-мест в каждом стационаре, набирая путём недобровольных госпитализаций минимум людей

*Примечание: составлено по [36].*

Антипсихиатрические и иные прогрессивные взгляды на психическое расстройство основываются на феноменологическом и экзистенциальном понимании безумия как противоречивости между личными желаниями человека, в том числе как личности и как биологического организма и чуждыми идеями, силой навязываемыми ему «организмом» социальным, то есть обществом и государством. Фр. Базалья, наряду с Р. Лэйнгом, Д. Купером и Т. Сасом относится к лидерам антипсихиатрии или «демократической психиатрии» [12, 13, 14, 38]. Некоторые из «антипсихиатров», полностью отвергали наличие психических нарушений и важность психиатрической помощи. Другие, такие как Ф. Базалья и

его сотрудники, не подвергали сомнению существование психического заболевания как такового, но полагали, что принудительная изоляция больного в клинику – попытка общества «обезопасить себя», а не помочь этому человеку. Так, Фр. Базалья критически рассмотрел классические рекомендации Э. Эскироля, направленные на то чтобы подавить «безумного», нейтрализовать внешние влияния, подчинить его дисциплине и терапевтике [9, с. 407-408, 426, 427]. Цель этого движения состояла в борьбе против социального отвержения и эксклюзии, осмыслении безумия в контексте культуры и жизни пациента. Стационарное лечение, будучи предназначенным для излечения, в действительности есть место, созданное для более или менее полного стирания личности пациента. Проблему классических медицинских теорий и подходов Ф. Базалья, Р. Лейнг, Г.Ст. Салливан и другие специалисты этого направления видят в отрыве личности от социума, сведении причин болезней, в том числе, безумия лишь к биологической или наоборот – исключительно социальной составляющей, в создании и поддержании непроницаемой стены между «нормой» и «патологией», в неумении и нежелании говорить с пациентами на языке их переживаний и представлений, их личности и сущности. Они отмечают важность психотерапии. Психотерапия и иные виды помощи психически и даже соматически больным должны помогать тому, чтобы пациент пришёл к более или менее полному, глубокому и многостороннему пониманию отношений с собой и внешним миром, и смог построить более продуктивные отношения с другими людьми.

Ф. Базалья ввёл понятие «incontro» как экзистенциальной встречи между пациентом и врачом, клиентом и консультантом, как момент понимания специалистом жизни и опыта пациента, причин и целей его заболевания [19, р.27, 37]. «Incontro» и «presenza» (присутствие) дают возможность специалисту понять «язык», espressione (выражение), индивидуальную манеру / форму нарушения больного, которыми он выражал своё отношение к себе и к окружающей действительности [19, р.42, 46]. Философская концепция Ф. Базалья и других антипсихиатров опирается на представление о том, что подавление и насилие являются средствами для подчинения одной части общества другой, господствующая в обществе идеология навязывает в качестве норм поведения произвольные установки правящей элиты. Что медицина – важная часть манипулирования людьми, их деиндивидуализации [12, 19, р.51]. Даже тогда, когда она говорит о здоровье и свободе, она скрыто пропагандирует болезнь и рабство. Так, общество превозносит здоровье и исключает психически больных как нечто грязное и постыдное, лишь для того, чтобы поддерживать порядок, не рефлексируя по поводу ограниченности или безнравственности данного порядка. Государство использует медицину в качестве прикрытия для мер тотального и репрессивного социального контроля, поскольку критерии, принятые для определения отклоняющихся форм поведения, психических и даже психосоматических нарушений, в массе своей абсолютно, с точки зрения медицины, несостоятельны, они недоказаны, но используются для подавления отдельных социальных групп. При этом медицина делит людей на тех, кто страдает и болеет, и тех, кто здоров и счастлив, отделяя их друг от друга. Напротив, Ф. Базалья, его коллеги и последователи, предвосхищая идеи инклюзии,



полагали, что «Страдание одного – страдание всех», поэтому так необходимо возвращение пациентов в общество, восстановление их социальных прав и статуса [13, 14]. Больных и их состояние в психиатрических клиниках исследователи – теоретики и практики антипсихиатрии – описывали как заключённых тюрем и концлагерей, отмечая, что недостаточно просто освободить больных, нужно восстановить жизнь, вернуть собственное пространство и время, историю людям, у которых были отняты их жизни. Необходимо отказаться от классической модели дефицитарности, неполноценности больного, отметив, что состояние пациентов в клинике часто можно назвать «институциональным психозом»: запертый человек деградирует, обезличивается, его безумие трансформируется, права отнимаются, лечение становится бессмысленным, поскольку врачи сражаются с проблемой, которую сами же создают. Поэтому личность пациента психиатрической больницы, разрушенную и фрагментированную насильственной изоляцией как разрывом связи с окружающим миром, нужно восстановить, отменив режим стационарного лечения и поэтапно используя «силу безумия» личности как освобождающую ее силу, позволяющую реорганизовать содержание своей жизни. Усилия антипсихиатров дали благоприятные результаты, в том числе сократило рецидивы болезней, а также положили начало новым течениям в психотерапии.

Нарушения и злоупотребления в медицине, и, в том числе психиатрии в России и за рубежом многочисленны: неоправданные случаи недобровольной госпитализации и недобровольное содержание в психиатрических стационарах большого количества людей, способных принимать самостоятельные решения в вопросах, касающихся их будущего; нарушение права на уединение, на свободу общения и частные визиты; нарушение права на информированное согласие (на обсуждение предлагаемых и альтернативных методов терапии и их возможных последствий, а также на отказ от лечения); отказ в выписке из больницы по желанию пациента (иногда и при добровольной госпитализации) или в переводе в другой психиатрический стационар, невзирая на просьбы пациента и согласие представителей «принимающей» клиники; унижительное и жестокое обращение в психиатрических стационарах и применение, унижающих достоинство, неадекватных и просто опасных для здоровья и жизни методов лечения; лишение права на здоровое питание и лишняя медикализация непсихиатрической проблематики, включая случаи госпитализации по этой причине; лишение прав на минимально приемлемые жилищные условия и большие трудности в получении жилья, бомжевание; нарушение прав на образование и оплачиваемый труд и, напротив, принудительный труд в психиатрических учреждениях; лишение прав на получение информации о своём здоровье и практика предоставления сведений, составляющих врачебную тайну третьим лицам; игнорирование права на юридическую помощь и трудности добиться защиты при нарушении их прав и нанесении вреда; нарушение презумпции невиновности в процессуальной практике и нарушения политических прав (манипулирование голосами лиц с психическими расстройствами или недопущение к участию в голосовании на выборах); государственная политика сегрегации в отношении людей с нарушениями психического развития – изъятия их из общества и содержание в

закрытых учреждениях, приводящая к трудностям реабилитации, к социальной дезадаптации и к усугублению имеющихся психических проблем.

Западные исследователи особенно подчеркивают «токсичность» («toxic») медицины и медицинских работников как собеседников пациентов, усугубляющих состояние больных и способных вызывать ятрогенные заболевания: вред медицины для личности и общества сопоставим или даже превышает пользу [6, 27]. В первую очередь это говорит о необходимости «де-медиализации» («de-medicalizing misery») и деинституционализации медицинской помощи и о том, что к фармакологическим и хирургическим вмешательствам, а также к изоляции пациентов нужно прибегать лишь в ситуации крайней необходимости, необходимо расширять спектр средств помощи пациентам, в том числе, привлекая социальные и психологические технологии. Критики современной медицины как науки и практики помощи в восстановлении и сохранении здоровья полагают, что медицина и ее разделы начали выступать в современном мире как формы не то политического, не то экономического, не то религиозного сознания и опыта [18]: в некоторых сообществах происходит обожествление медицины, которая, на самом деле, не более чем «наука лжи», переполненная ошибками, казусами и неточностями. В некоторых странах и ситуациях медицина становится способом контроля (власти) над населением, во многих – успешным бизнесом, менее всего заинтересованным в том, чтобы излечить заболевания и в том, чтобы сделать это максимально безопасным и экономным для пациента способом. Напротив, медицинская индустрия нуждается для своего существования и развития в том, чтобы, «помогая одной рукой», «вредить другой», чтобы оказывать помощь всегда частичную и чтобы помощь всегда приносила негативные «побочные эффекты», заставляющие пациентов все глубже входить в состояние болезни, хронизировать страдание вместо исцеления [26, 37]. Существование медицины связано с осуществляемой в интересах профессионального сообщества, а также социально-политических и социально-экономических интересах управляющих сообществом лиц, целенаправленной «мануфактурой жертв» – пациентов.

Медицина – один из мощнейших способов социального контроля в целом: навязывая человеку тот или иной способ лечения и всей жизни, медицина влияет на состояние всего человечества. Однако навязывание означает ложь, поэтому, скандалы по поводу ложных диагнозов и коррупции в медицине стали в современном мире практически регулярными. Медицина стала индустрией (therapy industry, manufacturing victims), она эксплуатирует общество, мешая людям самостоятельно решать их проблемы и использовать внутренние силы [17], внушая несоответствующие реальности идеи о «закономерности» тех или иных заболеваний, их излечимости или неизлечимости и т.д., умалчивая, что позиция медицинского работника – лишь одна из существующих, ограниченная и неполная. Особенно это заметно в деятельности экспертных структур, чья неподвижность и нежелание помогать страдающим людям стали в России притчей во языцех. Экспертная позиция «над обществом» позволяет медицине осуществлять свою власть, подчас сопоставимую с властью правоохранительной.

Три ведущих института: юстиция, здравоохранение и образование, при поддержке СМИ манипулируют сознанием и жизнями людей, организуя и

поддерживая в обществе отношения тотального контроля. В результате, человек может даже не предполагать, что обращение к врачу – крайняя мера для многих жизненных ситуаций. Каждый человек имеет собственные силы и ресурсы изменений, в том числе тех, что связаны с профилактикой нарушений на психологическом и нравственном уровнях. Не причиняя зла себе и миру, человек сохраняет здоровье. Медицина же, часто отнимает у человека возможность «выучить урок» и самостоятельно исправить сделанную им нравственную ошибку. Юстиция, напротив, превращает ошибки в повод для расправы, создания отношений, при которых люди с одной стороны, будут подвергнуты наказанию, а, с другой, побуждены к нему. Невинные, отказавшиеся от совершения, не выучившие в школах и вузах уроки «всеобщего послушания», сохранившие индивидуальное понимание нравственности и сознание самих себя, станут пациентами врачей и/или «козлами отпущения» для юстиции. Мало кто в этих условиях сохранит здоровье психическое, физическое и социальное: современные государственные и негосударственные машины «правосудия», «здравоохранения» и «образования» штампуют одинаково понимающих себя и мир, одинаково поступающих жертв, готовых для расправы. При этом сами жертвы, отличающиеся комплаентностью, а также наивной верой в компетентность и добросовестность врачей, искренне убеждены в своей «свободе» и индивидуальности: до тех пор, пока клетка тюрьмы или психиатрической клиники не захлопнутся. До этого момента типично вполне «добровольное» злоупотребление пациентами и обычными людьми лекарствами, модифицирующими психическое и соматическое состояние, а также совершение поступков, предписанных сообществом в процессе достижения социального успеха: исследователи отмечают наступлении своеобразного «фармагеддона» (pharmageddon) [24].

Частым следствием «помощи» оказывается госпитализм и, в том числе, синдром патерналистической зависимости – совокупность психических и соматических нарушений, обусловленных длительным пребыванием человека в стационаре в отрыве от близких людей и от дома; неблагоприятные нравственные и психологические условия больничной среды и результаты их действия на психическое и физическое состояние пациента. Понятие «госпитализм» ввёл Р. Шпиц: пациент вживается в роль хронически больного, его пребывание в стационаре становится «стилем жизни» [22, 29, 35]. Отвыкая от жизни за пределами больницы, человек стремится вновь вернуться в стационар. Синдром патерналистической зависимости способствует разрушению связей с окружающим миром, прекращению социальных отношений, разрушению межличностных связей. Он – следствие систематической опеки и покровительства со стороны медицинского персонала. Для него типичны моральная фрустрация или ангедония, потеря интереса к практической деятельности, отвержение или боязнь усилий, неподвижность и безучастие (отсутствие инициативы и любознательности, однообразная монотонность поступков, «закостенелость»). Синдром деприватизационной десоциализации связан с утратой социальных, в том числе семейных и родственных связей, инициативы, побуждений к деятельности, ригидности психики и крайне упрощённом жизненном стереотипе больных; неспособности решать элементарные бытовые задачи, беспомощности в вопросах

самообслуживания и поведения в условиях внебольничной жизни, пассивности и безразличия к окружающей обстановке, эмоциональной опустошенности.

Параллельно возникают так называемые «парадоксы пациентов» (patient paradox), связанные с тем, что многочисленные заблуждения и откровенные фальсификации в психиатрии и иных медицинских практиках, вместо пользы приносят пациенту вред, однако, пациент может считать этот вред пользой, и это становится повседневностью. Люди перестают различать вред и пользу, здоровье и болезнь [15, 17]. Иногда возникают и иные феномены, например, бегство в здоровье (flight into health) – понятие, используемое для характеристики удивительно быстрого выздоровления, быстрого симптоматического выздоровления, свидетельствующего не о действительном исцелении пациента, а о его нежелании продолжать лечение. Оно противоположно бегству в болезнь (flight into illness) – попыткам избежать конфликта путем развития болезненных симптомов. В основе этого явления лежит страх перед вскрытием бессознательных стремлений и неприемлемость к их осознанию и/или неприятие лечения и врача. Чаще всего «бегство в здоровье», в том числе с помощью усиленного употребления лекарств и демонстрации «нормальных» форм поведения, заканчивается срывом «здорового» поведения и нарушением более сильным, чем те, что было до этого, что отбрасывает пациента к ситуации еще худшей, чем она была до обращения за помощью.

Отдельная важная проблема – дискриминация лиц, страдающих психическими расстройствами или психофобия – социокультурное клише, связанное с боязнью, нетерпимостью и другими негативными чувствами относительно душевных заболеваний и душевнобольных. Это негативное отношение к людям и нарушение их прав на основании наличия у них психического расстройства или психиатрического диагноза. Дискриминация и стигматизация людей с психическими расстройствами являются наиболее значимыми проблемами в сфере охраны психического здоровья, их практически искусственная поддержка обществом и государством вполне очевидна, когда речь заходит о дальнейшей практике и теории инклюзии: включения больных и лиц с ограниченными возможностями в жизнь общества «на равных», о важности построения отношений социального служения и взаимопомощи с обеих сторон – как «больной», так и «здоровой» [1, 2, 7, 8, 9].

Изменение и исцеление – процесс постепенный и незаметный, процесс сотрудничества и развития человека в процессах социального служения и взаимопомощи, самопомощи и самореализации. Это процесс индивидуации, осмысления внутренней сущности заболевания, исправления внутренних ошибок. Это проживание заново части своей жизни, овладение новыми способами реагирования. Также бегство в здоровье можно рассматривать с точки зрения теорий защитных механизмов психики. Такая защита по своему характеру является маниакальной. К ней близка социопатическая или психопатическая модель поведения, при которой человек носит «маску здоровья», управляя окружающими для решения своих задач [4, 6, 18, 23, 34]. При этом психопатическая модель в современном мире часто свойственна врачам, сотрудникам юстиции и педагогам. Она свойственна и сотрудникам СМИ и

бизнеса, возникая и прогрессируя там, где человек выше всего ставит свои желания [4, 6]. Психопат (psychopath) не способен сожалеть о своих поступках, чувствовать вину или стыд, не способен любить и привязываться, и поэтому строят отношения только с целью использования других людей. Хотя исследователи, в том числе, Г. Клекли, отмечают психологическую бедность психопата [18, с. 348], фиксируют то, что многие переживания (например, вина и сожаление о сделанном, благодарность и сострадание, этические и эстетические чувства) ему не знакомы, многие психопатические личности нередко внешне весьма социально адаптированы и, более того, талантливо играют в разных ситуациях различные роли, манипулируя другими и их судьбами. Их дефект носит нравственный характер: психопаты – продукты общества потребления, в том числе, современной системы образования, здравоохранения и юстиции. Их много по обе стороны учебного, лечебного и правового «диалога». Нравственная ограниченность не мешает психопату замечать и отслеживать проявления окружающих: хотя они и не сопереживают другому человеку, но хладнокровно сканируют людей, улавливая, какие качества они в себе особенно ценят и какими они хотят, чтобы них видели люди. У людей возникает счастливое переживание, что с этим человеком их связывают особые отношения. Эти отношения называются «психопатической связью» или «психопатическим союзом» («psychopathic bond»). В ситуации разрыва психопатического союза обманутые психопатом часто в отчаянии оттого, что не могут объяснить другим, что им пришлось пережить. Поэтому так трудно разоблачить недобросовестного врача или пациента с такими наклонностями. Однако, в современной культуре людей такого типа становится все больше: все больше разрыв между смыслами деятельности и смыслами человека [1], все интенсивнее и активнее конфликт интересов между врачом и пациентом. Конфликт это столь выражен, что перешел в стадию практически массового ответного насилия пациентов в отношении врачей: им не доверяют, их не уважают, их обвиняют, и, за нежелание помогать жить, уничтожают [4].

**Выводы.** Необходима смена парадигм в понимании и лечении психических и соматических нарушений: преодоление негативных последствий «фармагеддона» и «переосмысление безумия» («rethinking madness») и иных нарушений. Исправление допущенных ошибок лежит в пространстве поиска «смыслов безумия» (search for the meanings of madness), понимания логики симптомов и «слушания голосов» (hearing voices) пациента, даже если речь идет об «обычных» галлюцинациях [28, 32]. Пациенту нужны сочувствие, понимание и любовь, а не лекарства, пациент нуждается в том, чтобы понять себя и болезнь и, поняв, найти путь к выздоровлению. В современной психологии, консультировании параллельно распространяется подход, предполагающий возможность психологической помощи не только людям, имеющим собственно психологические проблемы, но и соматически, и психически больным людям. Развиваются представления о психологических факторах и аспектах (например, понятие о «израненной душе», «the wounded spirit») физического здоровья и болезней. Особое внимание отводится исследованию стиля жизни как одного из ведущих факторов возникновения большинства хронических, в том числе

терминальных, заболеваний. Происходит раздвижение рамок картины болезни до «картины человека». Что касается пациентов, при рассмотрении проблем здоровья и болезней, нужно учитывать два слоя проблемы. Первый связан с тем, как человек преодолевает кризисы, конфликты, стрессы, как он объясняет себе и миру наличие болезни и способы ее излечения, второй – с тем, как человек развивается, реализует себя и свой потенциал, как он представляет себе и миру свою жизнь, ее взлеты и падения. Первый ракурс задан клинико-психологическими концептами «внутренняя картина здоровья» и «внутренняя картина болезни», второй – множественными концептами, отражающими соотношения в жизни человека таких модусов как «иметь» и «быть», «реализовать себя» и «убегать от развития», утверждать или отрицать жизнь.

В целом исследователи сходятся в том, что можно говорить о принципиальных различиях ментальности психологов и медиков, которые также отражаются в позициях пациентов: ориентирующихся на фармакологическую и иную постороннюю помощь в лечении болезней и ориентирующихся на самосовершенствование и развитие собственных ресурсов. Традиционной медицине свойственен «таблетоцентризм» – игнорирование взаимоотношений и внутренней картины болезни больного, ориентация на жесткие схемы, описывающие взаимосвязь лекарственных препаратов и определенных болезней. Однако, общепризнанно, хотя часто игнорируется, что психологические факторы играют важную роль в происхождении и течении заболевания. Кроме того, представления о здоровье и болезни у врачей и их пациентов различны, даже если восходят к одинаковым культурным традициям [28, р.105]. Эти различия приводят к трудностям общения в клинических ситуациях [20, р.86, 102-103; 33, р.285]: объяснительная модель болезни – часть законов функционирования общества в целом [16, р.47-83]. Индивидуальные представления о болезни выступают в качестве основы для интерпретации информации о болезни, при этом переживание субъектом своей болезни как поддающейся лечению, связано с активными поисковыми, проблемно-ориентированными стратегиями совладания [30, с.1; 31]. Учет того, что пациенты – не пассивные потребители лекарств, а субъекты исцеления – важное условие профессионального отношения специалиста к работе и профессионализма.

## Литература

1. Арпентьева М.Р. Модель конфликта интересов в доказательной медицине // *Биоэтика*. – 2015. – №16. – С. 17-23.
2. Власова О.А. *Антипсихиатрия: становление и развитие*. – Москва: Изд-во РГСУ «Союз», 2006. – 221 с.
3. Власова О.А. *Философия и психиатрия в XX веке: Пути взаимодействия*. – Москва, Нью-Йорк, Санкт-Петербург: Northern Cross Publishing, 2008. – 261 с.
4. Гарр Т.Р. *Почему люди бунтуют*. – СПб.: Питер, 2005.
5. Даттон К. *Мудрость психопатов*. – СПб.: Питер, 2014. 304 с.
6. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. *Психиатрия, психосоматика, психотерапия / Пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского*. – Москва: Алетей, 1999. – 504 с.

7. Литвинова Т.В. Лжецы, мошеники, интриганы // *Журнал практической психологии и психоанализа*. - 2014. - №3. - С.7.
8. *Руководство по социальной психиатрии* / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. - 544 с.
9. Финзен А. Психоз и стигма: Пер. с нем. И. Я. Сапожниковой. - Москва: Алетейя, 2001. - 216 с.
10. Фуко М. Психиатрическая власть: Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1973 – 1974 учебном году / Пер. с фр. А. В. Шестакова. - Санкт-Петербург: Наука, 2007. - 450 с.
11. Ястребов В.С. и др. «Скажем изоляции – нет!»: психосоциальная реабилитация в условиях психиатрического стационара: Организационно-методическое пособие для профессионалов, работающих в сфере психического здоровья / - Москва: МАКС Пресс, 2012. - 100с.
12. Ястребов В.С. Организация психиатрической помощи: Исторический очерк // *Руководство по психиатрии* / Под ред. А.С. Тиганова. - Москва: Медицина, 1999. - Т. 1. - С. 335. - 712 с.
13. Basaglia F. *L'istituzione negata: Rapporto da un ospedale psichiatrico*. - Torino: Einaudi, 1968.
14. Basaglia F. *Scritti, 1953 – 1968. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia / A cura di Franca Ongaro Basaglia*. - Torino: Einaudi, 1981. - Т. I. - 526 p.
15. Basaglia F. *Scritti, 1968 – 1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica / A cura di Franca Ongaro Basaglia*. - Torino: Einaudi, 1982. - Т. II. - 520p.
16. Breggin P. *Toxic psychiatry* / D. Rowe [For.]. - N.-Y.: HarperCollins, 1993. - 578p.
17. Cassel E.J. *The healer's art*. - N.-Y.: Lippincott, 1976. - 350p.
18. Claringbull N. *Mental health in counseling and psychotherapy*. - N.-Y.: Learning Matters, 2012. - 308 p.
19. Cleckley H. *The Mask of Sanity*. - Augusta, Georgia: Emily S. Cleckley, 1988. - 469 p.
20. Colucci M., Di Vittorio P. *Franco Basaglia: portrait d'un psychiatre intempestif*. - Èrès, 2005. - 230 p.
21. Dineen T. *Manufacturing victims*. - N.-Y.: Constable & Robinson, 1999. - 336p.
22. Epstein W.M. *Psychotherapy as Religion*. - Nevada: Nevada Univ, 2006. - 288p.
23. Fornari U., Ferracuti S. *Special judicial psychiatric hospitals in Italy and the shortcomings of the mental health law* // *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 19956. - № (2). - P.381 – 392.
24. Gabbard G., Lester E. *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis treatable and untreatable*. - Washington DC, London: American psychiatric publishing, 2006. - 269 p.
25. Healy D. *Pharmageddon*. - N.-Y.: Univ. of California, 2013. - 320p.
26. Helman C. *Culture, health and illness*. - Jordan Hill: B. Heinemann, 1990. - 300p.
27. Kinderman P. *A prescription for psychiatry*. - N.-Y.: Palgrave, 2014. - 224p.
28. Kirsch I. *The emperor's new drugs*. - N.-Y.: Bodley Head, 2009. - 240 p.
29. Kleiman A. *Patients and healer in the context of culture*. - Berkeley, CA: Univ. of California Press, 1980. - 290p.
30. Lamb H.R., Bachrach L.L. *Некоторые взгляды на деинституционализацию* // *Psychiatric Services*. 2001. - №286 (52). 3 – P. 1039–1045.
31. Leventhal H. et al. *The common-sense model of self-regulation of health and illness* // *The self-regulation of health and illness behavior*. - L., N.-Y.: Routledge, 2003. P. 42–65.
32. McCarthy-Jones S. *Hearing voices*. - N.-Y., L.: Cambridge, 2013. - 470p.
33. McCartney M. *The patient paradox*. - N.-Y.: Pinter & Martin, 2012. - 336p.

34. Mullavey-O'Byrne C. *Intercultural interactions for health care professionals // Improving intercultural interactions*. Eds. by R.W. Brislin, T. Yoshida. – Newbury Park, CA: Sage, 1994. – P. 171-191.
35. Oremland J. D. *Transference cure and flight into health // International J. of Psychoanalytic Psychotherapy*. – 1972. - Vol 1(1). – P. 61-75.
36. *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia / Ed. by N. Scheper-Hughes and A.M. Lovell*. – New York: Colombia University Press, 1987. – 318 p.
37. Sapouna L., Herrmann P. *Knowledge in Mental Health: Reclaiming the Social*. – Hauppauge: Nova Publishers, 2006. – 155p. – P. 62.
38. Szasz T.S. *The Myth of Mental Illness*. – N.-Y.: Harper Perennial, 2010. – 368p.

## **Ассоциация полиморфных вариантов генов адренергических рецепторов с антипсихотик-индуцированным набором веса**

Ахметова Л.Ш.<sup>1</sup>, Толмачев М.Ю.<sup>2</sup>, Ершов Е.Е.<sup>3</sup>, Насырова Р.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГАУЗ «Республиканская психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» РТ  
Казань

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева

<sup>3</sup> СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»  
Санкт-Петербург

**Актуальность проблемы.** Антипсихотические препараты применяются при лечении широкого спектра психических расстройств и являются основной группой лекарственных средств для терапии таких социально значимых психических расстройств, как шизофрения. Шизофренией по разным литературным данным страдают 1-2% населения, при этом начало данного расстройства приходится на трудоспособный возраст, существенно снижается качество и продолжительность жизни пациентов. Продолжительность жизни в этой группе на 20% меньше, чем в популяции (Dixon L et al., 1999).

При применении антипсихотиков, помимо эффективности препарата, очень большое значение придается его безопасности. При этом антипсихотики имеют широкий профиль побочных эффектов. Для «типичных» нейролептиков основными являются побочные эффекты экстрапирамидного спектра. Для «атипичных» нейролептиков более характерны метаболические: набор веса, дислипидемия, сахарный диабет 2 типа, расстройства сна, расстройства полового поведения. И, тем не менее, все антипсихотики могут вызывать увеличение веса в той или иной степени.

Проблема, однако, не привлекала пристального внимания исследователей, так как была скрыта фасадом большого числа других, более очевидных побочных эффектов, прежде всего, в неврологической сфере. В настоящее время, в



результате широкого применения антипсихотиков нового поколения, увеличение веса при длительной терапии становится преобладающим побочным эффектом. 40-62% больных шизофренией страдают излишним весом или ожирением, которые повышают риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. Также чрезмерный вес и ожирение могут привести к дезадаптации, стигматизации и дискриминации человека в социуме, сказаться неблагоприятно на его самооценке и являться основной причиной нарушения режима терапии или полного отказа от нее. Под фармакогенным увеличением веса принято понимать побочный эффект препарата в виде повышения массы тела более 5–7% в период его применения, приводящий к отказу от режима приема терапии и/или различным медицинским проблемам.

Таким образом, очевидной является необходимость персонализированного назначения антипсихотических препаратов, базирующегося на определении генетической предрасположенности пациентов к развитию побочных эффектов метаболического спектра. Выбор антипсихотиков на основе индивидуальных особенностей фармакокинетических и фармакодинамических факторов пациента существенно повышает эффективность и безопасность психофармакотерапии.

**Цель исследования** – установление ассоциаций полиморфных вариантов генов адренергических рецепторов *ADRA2A*, *ADRB1*, *ADRB2*, *ADRB3* с риском развития антипсихотик-индуцированного набора веса.

**Материалы и методы.** После получения согласия на участие в исследовании было обследовано 73 пациента (из них 9 (12,32%) – женщин и 64 (87,67%) – мужчин). Все пациенты находились на стационарном лечении в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко (главный врач – д. мед. наук О.В. Лиманкин) и ГАУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» МЗ РТ (главный врач – Ф.Г. Зиганшин). Средний возраст пациентов составил  $34,84 \pm 2,56$  лет.

Распределение психических расстройств, которыми страдали пациенты, завершившие исследование, было следующим: диагноз F20.0 (параноидная шизофрения) имели 56 (77,74%) пациентов; F20.2 (кататоническая шизофрения) – 1 (1,38%); F20.06 (простая шизофрения) – 2 (2,76%); F23.0 (острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении) – 4 (5,55%); F23.1 – 2 (2,76%); F25.1 – 3 (4,16); F21.8 – 1 (1,38%), F22.8 – 3 (4,16) согласно МКБ-10.

Пациенты, согласно критериям включения, принимали в режиме монотерапии антипсихотики I (28,76%) или II (71,24%) генераций в режиме монотерапии: оланзапин – 12 пациентов (16,43%), рисперидон – 5 (6,84%), галоперидол – 18 (24,65%), палиперидон – 4 (5,47%), сертиндол – 7 (9,58%), клозапин – 5 (6,84%), кветиапин – 5 (6,84%), азенапин – 6 (8,21%), зуклопентиксол – 3 (4,10%), арипипразол – 3 (4,1%), сульпирид – 1 (1,36%).

70,68% обследованных пациентов (41 чел.) курили.

Пациенты, включенные в исследование, были разделены на группы - по получаемому антипсихотику: типичный антипсихотик (I генерации) в режиме монотерапии принимали 28,76% (n=21) пациентов, завершивших проспективное фармакогенетическое исследование; атипичный (II генерации) – 71,25% (n=52). Исходные антропометрические и биохимические характеристики между группами

не различались ( $p > 0,05$ ). Средняя продолжительность наблюдения составила  $9,3 \pm 3,24$  недель.

Генотипирование осуществлялось с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени (Real-TimePCR). Выделение ДНК осуществлялось комплектом реагентов «АмплиПрайм РИБО-преп» фирмы ИнтерЛабСервис (Россия). ПЦР-исследование проводилось с использованием наборов реагентов для определения полиморфизмов фирмы «Синтол» (Россия) с детекцией продуктов амплификации в режиме реального времени на приборе RotorGene 6000/Q (QIAGEN, Германия). Все пациенты были генотипированы по полиморфизмам генов адренергического рецептора *ADRA2A* (rs1800544), *ADRB1* (rs1801253), *ADRB2* (rs1042713), *ADRB3* (rs4994), являющимися кандидатными в отношении развития антипсихотик-индуцированных метаболических нарушений.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ SPSS 19.0. Различия считались достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Фармакогенетика рецепторов адреналина как наиболее перспективные для изучения выделяет полиморфизмы гена *ADRA2A*. Полученные к настоящему моменту результаты зарубежных учёных говорят о существенных этнических особенностях влияния данного гена на индуцированный антипсихотиками набор веса (Wang Y.C. et al., 2005; Sickert L. et al., 2009; De Luca V. et al., 2011).

Вопрос о выраженности влияния генов адренергической системы на метаболические расстройства у европеоидов пока остаётся открытым. В проспективном исследовании выявлены частоты генотипов для полиморфного варианта гена альфа-2А адренергического рецептора *ADRA2A* (rs1800544): C/C – 54,44% (39); C/G – 23,28% (17) и G/G – 22,28% (17); распределение частот генотипов не соответствует закону Харди-Вайнберга ( $p = 0,0001$ ).

При генотипировании по полиморфному варианту гена бета1-адренергического рецептора *ADRB1* (rs1801253) зарегистрированы следующие частоты генотипов: C/C – 73,84% (51); C/G – 26,76% (19) и G/G – 1,4% (1) при этом закон Харди-Вайнберга соблюден ( $p = 0,6$ ).

Частоты генотипов у пациентов, завершивших проспективное фармакогенетическое исследование, по полиморфизму гена бета 2-адренергического рецептора *ADRB2* (rs1042713) установлены на следующих уровнях: A/A – 23,61% (17); A/G – 41,66% (30); G/G – 34,73% (25) и распределение Харди-Вайнберга слабо соблюдено ( $p = 0,18$ ).

Было выявлено только 2 варианта генотипов полиморфизма бета 3-адренергического рецептора *ADRB3* (rs4994) у пациентов, получавших антипсихотики в режиме монотерапии: T/T и T/C с частотами 87,32% (62) и 12,67% (9) соответственно, не соблюдался закон Харди-Вайнберга ( $p = 0,000$ ).

Следует подчеркнуть, что, несмотря на не сопоставимое распределение (примерно, 1:2) пациентов, принимавших антипсихотик I или II генераций, результаты предварительного проспективного исследования зарегистрировали в 2-х группах одинаковую долю обследованных ( $p > 0,05$ ), изменивших массу тела на 6% и более при приеме антипсихотика: 3 (13,61%) и 8 (15,4%). Далее все

пациенты, независимо от принимаемого антипсихотика, были разделены на 2 группы: I группа – пациенты, у которых за время проспективного исследования было зарегистрировано при приеме антипсихотика изменение массы тела 6% и более от исходной величины, II группа – пациенты, у которых за время проспективного исследования было зарегистрировано при приеме антипсихотика изменение массы тела менее 6%.

При анализе ассоциаций разных генотипов с развитием у обследованных пациентов метаболических нарушений установлены предрасполагающие в отношении антипсихотик-индуцированного набора веса аллели исследуемых полиморфных вариантов генов: аллель G *ADRA2A* (rs1800544) (OR=9; CI=8.76-11.12;  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Предварительные результаты проспективного фармакогенетического исследования при изучении ассоциаций полиморфных вариантов генов адренергических рецепторов *ADRA2A*, *ADRB1*, *ADRB2*, *ADRB3* с риском развития антипсихотик-индуцированного набора веса позволили установить предрасполагающий в отношении антипсихотик-индуцированного набора веса аллель G *ADRA2A*. Продолжение данного исследования и увеличение выборки позволит установить валидные фармакогенетические маркеры риска развития антипсихотик-индуцированного набора веса.

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

## Литература

1. Мосолов С.Н., Рывкин П.В., Сердитов О.В., Ладыженский М.Я., Потапов А.В. Метаболические нарушения при лечении больных шизофренией // *РМЖ*. 2008. №15. С. 1028
2. Crettol S., de Leon J., Hiemke C., Eap C.B. Pharmacogenomics in psychiatry: from therapeutic drug monitoring to genomic medicine // *Clin.Pharmacol. Ther.* 2014; 95(3): P.254-7.
3. Uçok A., Gaebel W. Side effects of atypical antipsychotics: a brief overview // *World Psychiatry*. 2008; 7(1): P. 58-62.
4. Wang Y.C., Bai Y.M., Chen J.Y., Lin C.C., Lai I.C., Liou Y.J. Polymorphism of the adrenergic receptor A2a-1291 C>G genetic variation and clozapine-induced weight gain // *J. Neural.Transm.* 2005; 112: P.1463-8.
5. Sickert L., Muller D.J., Tiwari A.K., Shaikh S., Zai C., DeSouza R. et al. Association of the a2A adrenergic receptor-1291 C/G polymorphism and antipsychotic-induced weight gain in European Americans // *Pharmacogenomics*. 2009; 10: P.1169-76.
6. De Luca V., Souza R.P., Viggiano E., Sickert L., Teo C., Zai C., et al. Genetic interactions in the adrenergic system genes: analysis of antipsychotic-induced weight gain // *Hum.Psychopharmacol.* 2011; 26(6): P.386-91.

## **Отличие психологического консультирования от психотерапевтической помощи в условиях психиатрического стационара**

Ашуров З.Ш., Шин З.В.

Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Республика Узбекистан

Одной из наиболее значимых проблем клинической психологии является оказание психологической помощи пациентам с соматическими и психическими заболеваниями, имеющими невротические, психосоматические расстройства, характерологические девиации и личностные аномалии, а также клиентам (родственникам больных) с разнообразными житейскими проблемами, находящимся в кризисных ситуациях. Под психологической помощью понимается предоставление человеку информации о его психическом состоянии, причинах и механизмах появления психологических феноменов или психопатологических симптомов и синдромов, а также активное целенаправленное психологическое воздействие на индивида с целью гармонизации его психической жизни, адаптации к социальному окружению, купированию психопатологической симптоматики и реконструкции личности для формирования фрустрационной толерантности, стрессо- и невротозустойчивости [2].

Традиционно выделяют три вида психологической помощи: психологическое консультирование, психокоррекцию и психотерапию. Они представляют собой воздействия на различные стороны личности и имеют разнящиеся цели и способы, могут применяться отдельно и в сочетании. Основной целью психологического консультирования является формирование личностной позиции, специфического мировоззрения и взгляда на жизнь, на принципиальные и непринципиальные стороны человеческого существования, формирование иерархии ценностей. Задачей психологической коррекции является выработка и овладение навыками оптимальной для индивида и эффективной для сохранения здоровья психической деятельности, способствующей личностному росту и адаптации человека в обществе [5]. Психотерапия в узком понимании термина основной своей задачей ставит купирование психопатологической симптоматики, посредством чего предполагается достижение внутренней и внешней гармонизации личности.

Под психологическим консультированием подразумевается проведение анализа психического состояния пациента с использованием различных методов психологической диагностики (интервьюирования, экспериментов и пр.) с предоставлением ему объективных данных и научных интерпретаций их результатов, которые должны способствовать разрешению стоящих перед человеком общежизнейских проблем, формированию новых представлений о различных подходах к решению психологических проблем, вариантах их предотвращения и методах психологической защиты и компенсации, а также

расширению его психологической культуры, личностному росту [3]. Консультирование охватывает, во-первых, диагностический процесс и способствует определению нормального или аномального развития человека, наличия или отсутствия психопатологической симптоматики; во-вторых, процесс информирования пациента о структуре его психической деятельности и индивидуальных психологических особенностях, благоприятных и потенциально патогенных жизненных ситуациях; в-третьих, процесс обучения навыкам психологической защиты, аутотренинга и иных способов нормализации собственного эмоционального состояния. Психологическая коррекция базируется на консультировании и предполагает целенаправленное психологическое воздействие на пациента, с целью приведения его психического состояния к норме в случаях диагностики у него каких-либо характерологических девиаций или личностных аномалий, а также для освоения им какой-либо деятельности. Психологическая коррекция в клинической психологии направлена на активное внешнее вмешательство в формирование адекватного и искомого психического состояния человека, его активности и душевного комфорта, гармонизации его отношений с социальным окружением [10].

Медицинские психологи используют методы психокоррекции в решении задач психопрофилактики, особенно при осуществлении вторичной и третичной профилактики. Врачи-психотерапевты широко используют приемы психологической коррекции при проведении психотерапии, где медицинские психологи выступают в роли помощника врача (ко-терапевта), особенно при проведении групповой психотерапии. Психическое состояние больного обусловлено рядом психологических факторов, таких как страх диагноза и самого процесса лечения, эмоциональное напряжение в связи с болью, эмоциональная неуравновешенность, страх смерти, страх перед материальными затратами на лечение. Именно эти вопросы и психологическая поддержка больного в психиатрическом стационаре являются профессиональной компетенцией психолога в системе здравоохранения.

Психотерапия является видом активного психологического воздействия на пациента, имеющего психопатологические симптомы и синдромы и находящегося в состоянии кризиса, фрустрации, стресса или душевной болезни. Психотерапия подразумевает как купирование болезненных клинических проявлений, так и коррекцию индивидуальных психологических свойств человека с целью вторичной профилактики психогенных (невротических, психосоматических) расстройств и заболеваний с помощью специальных способов психотерапевтического воздействия [1,9]. При широком толковании термина «психотерапия», под данным видом психологического воздействия имеют в виду все виды направленного на индивида воздействия (консультирование, коррекцию и терапию). В ходе психотерапевтической работы становятся осознаваемы и доступны для изменения негативные состояния и чувства – ярость, гнев, агрессия, страх, тревога, сверхконтроль и др. Эта особенность предопределяет высокую эффективность психотерапевтического подхода в оказании психологической помощи пациентам, находящимся в закрытых отделениях, получающих помимо медикаментозной терапии и психотерапию.

Отличие различных видов психологической помощи можно определить по таким параметрам, как цель, объект, предмет, способ воздействия и позиция пациента. Профессиональной компетенцией медицинского психолога в сфере оказания психологической помощи является психическая патология, исключая психотические расстройства и психологические проблемы как соматически здорового, так и больного человека. Консультирование в большей степени ориентируется на психологическое воздействие в узком понимании этого термина, так как учитывает цели клиента (пациента), его индивидуальные психологические особенности и личностные ценности. Вследствие этого в процессе консультирования с помощью специальных методов воздействия осуществляется нормализация психического состояния индивида и расширение представления о себе, ситуации, вариантах преодоления жизненных сложностей и внутриличностных конфликтов и приобретение навыков психологической защиты и компенсации [4, 7].

В рамках психотерапии используется каждый из вышеперечисленных способов оказания психологической помощи в зависимости от структуры психической проблемы индивида, его индивидуальных психологических особенностей и теоретических воззрений психотерапевта. Считается, что психотерапия относится к сфере деятельности медицинского работника (психиатра по профессии) в силу того, что, с одной стороны, ориентируется на симптомы и синдромы (т.е. болезненные проявления психической деятельности), а с другой – в связи с возможностью развития неблагоприятных последствий оказания психологической помощи. Методы психотерапии особенно эффективны для лечения и реабилитации психосоматических заболеваний, неврозов, последствий психических травм (травмы развития, шоковые травмы) и посттравматических стрессовых расстройств, депрессивных состояний. Если сравнить психотерапию с консультированием и коррекцией, то обнаруживается более широкий круг для ее показаний и противопоказаний [6, 8]. Психотерапевт должен учитывать целую гамму особенностей при назначении психотерапии – от индивидуальных психологических особенностей пациента до его соматического статуса. Противопоказаний для консультирования практически не обнаруживается, поскольку состояние здорового человека не имеет принципиального значения для оказания данного вида психологической помощи. Психокоррекция в этом отношении занимает промежуточное положение между психотерапией и консультированием, поскольку косвенно может влиять на физическое состояние человека и провоцировать ухудшение здоровья. Следовательно, при проведении некоторых психокоррекционных мероприятий весьма целесообразен медицинский или психиатрический контроль.

Выводы. В работе в психиатрическом стационаре врача-психиатра, психотерапевта, медицинского психолога могут возникать различные, выдвигаемые клинической практикой задачи по психотерапевтической, психокоррекционной, психопедагогической, социотерапевтической работе, проводимой как с больными, так и с их ближайшим окружением: родственниками, коллективом. В системе восстановительного лечения психических заболеваний широко реализуется комплексный подход, учитывающий наличие в этиопатогенезе

биологического, психологического и социального факторов, каждый из которых требует адекватных лечебных или корректирующих воздействий. Следовательно, роль медицинского психолога при работе в бригаде (врач, социальный работник) существенно возрастает.

### Литература

1. Бек А., Бек Д. С. *Когнитивная терапия: полное руководство*. 2006, с.24.
2. Бек А., Фримен А. *Когнитивная психотерапия расстройств личности*. – СПб.: Питер, 2002, с.16.
3. Харитонов С.В. *Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии*. 2009, с.31.
4. Эллис А., Драйден У. *Практика рационально-эмоциональной «поведенческой» терапии*. – СПб.: Речь, 2002, с.47
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. *Семейная психотерапия*. – Л.: Медицина, 1990, с. 189.
6. Ясперс К. *Общая психопатология / пер. с нем. М.: Практика, 1997, с. 1056.*
7. Alexander F. *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton, 1950.
8. Beck A., Rush A., Shaw B., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*, 1979, p. 32.
9. Overholser, J. & Nasser, E. (2000). *Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder*. *Journal of Contemporary Psychotherapy Volume 30, Number 2 (2000)*, 149-150.
10. Waller, G. & Cordery H. & Corstorphine E. *Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Comprehensive Treatment Guide*. Cambridge University Press.2007, p.18.

## Концепция «recovery» и индивидуализированный подход к оценке потребностей пациентов \*

Бабин С.М., Случевская С.Ф.

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

Современная мировая и отечественная (во всяком случае, на уровне деклараций) психиатрия признает недостатки патерналистской модели оказания помощи, провоцирующей зависимость, пассивность, усиливающей стигматизацию, и связанную с ней самостигматизацию пациентов и, соответственно, значительно увеличивающую нагрузку на психиатрические службы. В качестве альтернативы предлагаются более или менее радикальные изменения в традиционной системе служб психического здоровья [12]. В последние 20 лет одной из наиболее обсуждаемых является концепция «recovery» или личностно-социального восстановления при тяжелых психических заболеваниях, в частности при

---

\* Данная статья была написана в 2014 г. но по различным причинам не была опубликована.

шизофрении, и связанные с этой концепцией принципы реформирования психиатрической помощи [5, 7, 8, 29].

Если за рубежом проблематика, связанная с «recovery», находится в центре профессиональных дискуссий, иллюстрацией чего служит, например, публикация в одном из номеров «Всемирной психиатрии» – официальном журнале Всемирной Психиатрической Ассоциации (ВПА) «Форум – модели «recovery» с точки зрения потребителя медицинской помощи: текущие вопросы и перспективы» (World Psychiatry 11:3 10.2012), доступная в русскоязычной версии, в том числе и в электронном виде [22], то отечественные работы на эту тему относительно немногочисленны [8, 9, 10], хотя в последнее время интерес к этим вопросам очевиден [11, 4].

Большинство авторов, пишущих о концепции «recovery» отмечают, что до сих пор нет однозначного определения данного термина [5, 7], что на наш взгляд отражает саму специфику обсуждаемого понятия, на чем мы более подробно остановимся позднее. Одно из наиболее авторитетных определений принадлежит W.A. Anthony [25], который считает, что восстановление это «глубоко личный, свойственный каждому человеку, процесс изменения установок, ценностей, чувств, целей, навыков и (или) ролей. Это способ жизни, приносящий удовлетворение, надежду и позволяющий вносить в нее вклад, несмотря на ограничения, вызванные заболеванием. Восстановление предусматривает создание нового смысла и цели своей жизни по мере собственного развития, несмотря на катастрофические последствия, к которым привело психическое заболевание». И.Я. Гурович с коллегами [8] приводят следующее обобщенное описание личностно-социального восстановления («recovery») – «длительный личностный процесс возвращения (при измененности отношений, чувств, восприятий, целей, наличии вызванных болезнью ограничений) через сохранение надежды и восстановление самоконтроля, преодоление утраты активной позиции, стигмы тяжелой психической болезни – к наполненной смыслом жизни и обретению вновь значимой ценностной роли».

Формирование понятия «recovery» о многом базируется на основе качественного анализа отдельных личных описаний и мета-анализа массивов самоотчетов пациентов, дающих субъективную картину постепенного личностно-социального восстановления после хронического психического расстройства. Начиная с первых публикаций многочисленные авторы, изучавшие проблему восстановления, пытались сформулировать основные характеристики этого понятия. И фактически с самого начала возникли существенные трудности, например, дискуссия, считать ли «recovery» непосредственным исходом выздоровления или самим процессом, в ходе которого человек преодолевает психическое заболевание и возвращает утраченные аспекты «нормального» существования [5, 25]. Именно к последней точке зрения склоняется большинство исследователей, но рассмотрение «recovery» в подобном динамическом ключе еще больше затрудняет его определение. Помимо того что процесс выздоровления, очевидно, имеет свою уникальность и носит индивидуальный характер, он может быть не линейным и непоследовательным, мало предсказуемым, а каждая его стадия характеризуется особыми переменными, в большей или меньшей степени



значимыми именно для конкретного этапа нового обретения смысла собственного существования и установления контроля над своей жизнью.

При описании процесса «recovery» многими авторами выделены следующие основные темы: критическое отношение к своему состоянию, т.е. «способность пациента признавать хотя бы частично, наличие у себя эмоционального расстройства» (ВОЗ); восстановление ощущения самости; чувство надежды; такие понятия как «самореализация», «воля» и «контроль», часто используемые вместе или взаимозаменяемо, объединяемые термином «полномочия», одним из ключевых в концепции восстановления; развитие собственных, во многом индивидуальных, механизмов адаптации, позволяющих справиться с болезнью; и, наконец, система социальной поддержки [30]. При более детальном исследовании «recovery» именно с динамической точки зрения в процессе восстановления выделяют определенные стадии или этапы. Например, отечественными авторами предложены операционально-описательные критерии выраженного, умеренного и слабого личностно-социального восстановления, которые могли быть использованы в качестве дополнительной социальной оси в классификации шизофрении, наряду с описанием четырех уровней социального функционирования пациента [9].

Изучение полуструктурированных интервью 18 инвалидов вследствие психического заболевания и материалов фокус-групп на основе одного из вариантов качественного анализа позволило создать одну из наиболее развернутых схем модели восстановления, ориентируясь на частоту распространенности определенной концептуальной темы в каждом протоколе [30]. Признавая уникальный характер восстановления, были выделены некоторые общие характеристики, типичные для многих пациентов, объединенные в понятие категории высокого порядка, к которым отнесены 1) преодоление «застревания», 2) процесс осознания и расширение своих полномочий, 3) процесс научения и переопределения самости, 4) процесс возвращения к исходному уровню функционирования и 5) улучшение качества жизни. В самом процессе «recovery» выделены три стадии, для каждой из которых характерны определенные основные темы (категории высокого порядка), находящие воплощение в типичных и вариантных темах. Так для начальной стадии инициирования восстановления, главной характеристикой, является преодоление «застревания» в положении инвалида, с такими типичными темами, как признание и принятие заболевания, наличие желания и мотивации к изменению, и обретение (наличие) источника надежды и вдохновения, главным из которых была духовность. Средняя стадия – восстановление утраченного и движение вперед, с такими ведущими темами, как осознание и расширение своих полномочий, процесс научения и переопределения самости, и процесс возвращения к исходному уровню функционирования. Под возвращением к исходному уровню функционирования понимается не социальные достижения, а умение заботиться о себе, стремление быть активным и налаживание связей с другими людьми. Содержание более поздней стадии состоит в улучшении качества жизни, с основными тенденциями, заключающимися в стремлении достичь чувства полного благополучия и в стремлении находить новые возможности для функционирования на более высоком уровне [30, 5].

Развитие концепции «recovery» неизбежно приводит к вопросу, как должна выглядеть система психиатрической помощи, ориентированная на восстановление. Эта проблема в настоящее время широко обсуждается как в профессиональной среде, так и самими пользователями служб психического здоровья и членами их семей. Предложены следующие характеристики психиатрических служб, ориентированных на модель «recovery» [31]: 1) ориентация на человека, т.е. видеть не только и столько пациента, сколь личность и помогать продвигаться за пределы системы психиатрической помощи в более широкое социальное поле; 2) стимулирование участия пациента в дизайне и осуществлении психиатрической помощи; 3) возможность для пациента выбора своих долгосрочных целей, способов их достижения и лиц из персонала; 4) стимуляция и поддержание надежды на будущее. Федеральным агентством US Substance Abuse, Mental Health Services Administration (SAMHSA) было выделено десять характеристик процесса «recovery» и служб, ориентированных на восстановление (recovery-oriented services): 1) самонаправляемость; 2) индивидуализация и сфокусированность на личности; 3) расширение прав и возможностей; 4) целостность; 5) нелинейность; 6) использование сильных сторон личности; 7) взаимная поддержка; 8) уважение друг к другу и самоуважение; 9) ответственность; 10) надежда [26].

Следует признать, что подобные перечни носят в значительной степени описательный или декларативный характер и для использования в реальной клинической практике нуждаются в более четких определениях. Однако в дискуссии, связанной с попыткой создания операциональной диагностической шкалы для оценки процесса «recovery», было высказано мнение о принципиальной невозможности эмпирической оценки восстановления, так как в его основе лежит уникальный личный опыт и определенные политические заявления и решения [28]. Понимание «recovery» как модели, которая может быть протестирована, исследована, более и менее четко внедрена и воспроизведена, сталкивается с пониманием процесса восстановления как своего рода философии, набора убеждений, управляющих моральными ценностями. Если первая точка зрения чаще свойственна профессионалам в области психического здоровья, то вторая ближе пользователям или потребителям системы психиатрической помощи. Философский мировоззренческий аспект нам также представляется одним из ключевых, как для понимания самого понятия восстановления, так и для четкого осознания направления и смысла современного этапа реформирования отечественной психиатрии.

Так называемое движение пользователей и многочисленные личные наблюдения проживания и совладания с тяжелым психическим расстройством легли в основу самой идеи «recovery». Если мы обратимся к мнению П. Диган – одной из лидеров движения экс-пациентов, клинического психолога, директора программ независимого жилья (Массачусетс, США), то независимая жизнь для людей, ставших инвалидами вследствие психических заболеваний, включает в себя три аспекта [27]. 1) Это изначальное движение за социальную справедливость и гражданские права, организованное самими инвалидами. 2) Философия, сформировавшаяся на основе повседневного опыта людей, которые боролись за то, чтобы вернуть себе контроль над собственной жизнью и всем тем, что может на

нее повлиять. 3) Сеть центров независимой жизни – организаций, где представляют услуги и обеспечивают защиту интересов, контроль над работой которых осуществляют сами клиенты. Таким образом, правовая и философская составляющие являются основой и определяют весь этот процесс.

Следовательно, формирование системы психиатрической помощи, ориентированной на восстановление и подготовка соответствующих специалистов должны опираться не только на те или иные организационные, технические, образовательные, тренинговые аспекты, но в первую очередь базировать на понимании и принятии философии этого подхода. Традиционная врачебная психиатрическая подготовка является преимущественно биологически ориентированной. Но, по мнению К. Яспера только «когда объектом исследования становится человек во всей полноте «человеческого», а не просто человек как биологический вид, психопатология обнаруживает свойство гуманитарной науки» [24]. С его точки зрения медицинские науки (анатомия, физиология, терапия и др.) не имеют дело с личностью человека, с позиций этих наук человек не отличается от животного. Они забывают о том, что человек уникален, что обладает свободой, рефлексией, духом, что в отличие от животных он не наделен врожденной способностью к адаптации, поэтому формирует себя сам. Соответственно любая психическая болезнь вовлекает не только дух, но душу, поэтому в психопатологии всегда присутствует проблема «человеческого» [24]. Обсуждение взаимоотношений философии и психиатрии, психотерапии и реабилитации выходит далеко за пределы тематики данной работы, однако необходимо особо подчеркнуть, что реформирование психиатрической службы, внедрение новых форм помощи, в частности основанных на модели «recovery», и подготовка профессионалов невозможны без рассмотрения мировоззренческих проблем. Можно процитировать О.А. Власову, известного исследователя экзистенциально-феноменологической психиатрии, что «психиатрия, практикуемая врачами без гуманитарной подготовки, не является полноценной научной дисциплиной» [6].

В нашей работе на кафедре психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова в ходе последиplomной подготовки по психотерапии и психосоциальной реабилитации в психиатрии мы начали рассматривать философские аспекты этой проблематики, в том числе при обсуждении таких тем, как взаимоотношения врач-пациент, терапия средой и терапевтическое сообщество, понятие «стигмы» и пути ее преодоления, проблема «recovery» и службы, ориентированные на восстановление, роль общественных организаций в реабилитации душевнобольных и других. Наш интерес к этим вопросам был поддержан, в том числе, знакомством с известной работой «Цолликоновские семинары» М. Хайдеггера впервые переведенной на русский язык (перевод И. Глухой) [23]. Значительная часть книги это протоколы семинаров, которые философ М. Хайдеггер на протяжении нескольких лет проводил для психиатров в Цолликоне по приглашению швейцарского психиатра М. Босса. Основным предметом обсуждения в этой работе являются философские основания психологии и психотерапии, и главный вопрос о том, какое понимание человека должно лежать в основании психиатрической терапевтической практики.

Разумеется, изучение философских аспектов психиатрической и психотерапевтической деятельности не может ограничиваться только отдельными темами, а должно быть включено в базовую подготовку специалистов, однако это задача для будущего.

Обсуждая понятие восстановления и пути реформирования системы психиатрической помощи, мы в основном говорили о точке зрения профессионалов. Однако есть взгляд на эту проблематику и с так называемой «другой» стороны, который позволяет дать более полное и целостное впечатление об этом процессе. В настоящее время получили широкое распространение переводные публикации видных зарубежных деятелей движения экс-пациентов П. Диган, А. Лаувенг и др. [14, 27]. Они используются при проведении психообразовательных групп, изучаются на группах само- и взаимопомощи, используются в ходе последипломной подготовки специалистов, персонала, волонтеров и т.п. Однако в нашем распоряжении есть богатый материал и отечественных авторов, пишущих о проблеме восстановления, который, к сожалению, до настоящего времени мало обсуждается в профессиональном кругу. Так в 2009 г. Общероссийской общественной организацией инвалидов вследствие психических расстройств и их близких «Новые возможности» при поддержке специалистов Московского НИИ психиатрии был выпущен уникальный сборник «Преодоление», с подзаголовком «Люди с психиатрическим опытом и их близкие рассказывают о себе откровенное и сокровенное» [20]. В этом тщательно оформленном, хорошо иллюстрированном издании приведены 103 рассказа пациента или члена семьи о личном опыте совладания с тяжелым психическим расстройством, в том числе и несколько переводных текстов. Эти истории очень разные, некоторые совсем короткие, всего несколько строк, другие развернутые, подробные; кто-то считает своим большим достижением просто выписку из стационара домой, а на другой странице мы можем прочитать об успешной социальной адаптации, продолжении учебы, новой работе и т.п. Но всех их объединяет абсолютная искренность и уверенность в том, что психическое заболевание это не окончательный приговор, и с этим недугом можно и нужно справляться. Помимо вступления и заключительного раздела, некоторые рассказы коротко и деликатно прокомментированы составителями, и таким образом, читатели получают возможность услышать и мнение профессионалов.

Один из авторов данной статьи принимал участие в подготовке материалов для этого сборника в одном из региональных отделений ООИИ «Новых возможностей» и помнит, с каким интересом и вниманием члены нашего клуба читали, фактически изучали, напечатанную работу, а потом вновь и вновь возвращались к обсуждению значимых для них сообщений. К сожалению, реакция профессионального психиатрического сообщества в целом оказалась куда менее активной. Поэтому и сейчас остаются весьма актуальными слова редактора сборника проф. И.Я. Гуровича о важности формирования партнерских отношений между пациентами, членами их семей и специалистами, участвующими в оказании психиатрической помощи для обоюдного стремления к личностно-социальному восстановлению и выздоровлению [20]. Вовлечению пользователей психиатрической помощи и членов их семей в совместную работу с

профессионалами и налаживанию взаимно обогащающего диалога была посвящена II российская научно-практическая конференция, организованная кафедрой психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова и Санкт-Петербургской психиатрической больницей №1 им. П.П. Кащенко «Роль пациентских организаций и профессионального сообщества в совершенствовании психиатрической помощи», состоявшаяся 10 октября 2014 г. [21].

Некоторая дистанцированность профессионального сообщества и «мира» пациентов и их родных, проявляющаяся и при обсуждении проблемы «recovery», неизбежно приводит к определенной конфронтации и только усиливает взаимное недоверие и непонимание. Это становится особенно заметно в социальных сетях, которые традиционно отличаются большей свободой мнений. В настоящее время в русскоязычном интернет пространстве существует как минимум три ресурса, организованные пользователями системы психиатрической помощи. Это сайт (<http://nvm.org.ru/>) и форум (<http://nvm.org.ru/forum/>) ОООИ «Новые возможности», форум «Шизофрения – лечение общением» (<http://www.schiza.org>) и Портал и Форум «Шизофрения и Я – Лечение шизофрении творчеством» (<http://schizonet.ru/>). Принципиальное отличие двух последних ресурсов в том, что они созданы и поддерживаются исключительно по инициативе и на средства самих лиц, страдающих психическими заболеваниями, без какой бы то ни было поддержки официальных психиатрических структур и/или фармацевтических компаний, что является уникальным для российской действительности. На всех трех форумах проблема восстановления весьма активно обсуждается, а в одном из них даже вынесена в подзаголовок.

Так, например, на форуме «Шизофрения и Я» размещены переводы статей П. Диган и материал о ней самой, ссылки на книги Б. О'Брайен, А. Лауенг и других экс-пациентов. Самый большой раздел – это личные дневники участников форума, в нем 656 тем и более тридцати тысяч сообщений. Многие описания представляют собой реальные истории непростого процесса восстановления после тяжелого психического расстройства. Один из разделов форума носит название «Есть ли жизнь после шизофрении?», в нем 97 тем и более семи тысяч сообщений. Вот только некоторые темы: «Нормальная жизнь с психическим расстройством», «Кому удалось слезть с таблеток и наладить жизнь — пишите сюда», «Шизофрения и высшее образование», «Лечение и восстановление», «Реабилитация шизофрении. Спокойное отношение к неудачам». Силами администраторов форума все ссылки на существующие материалы по самопомощи при шизофрении и другим психическим расстройствам были объединены в один архив и теперь доступны свободного скачивания. В него вошли нормативные документы, книги по шизофрении и другим психическим расстройствам, информационные брошюры по самопомощи для пациентов и их родственников, автобиографические книги и т.п.

Говоря о «recovery» участники форума неизбежно затрагивают проблему взаимоотношений психиатр-пациент и порой достаточно жестко критикуют существующую систему оказания психиатрической помощи. Например, есть раздел «За что отвечает психиатр?», в котором многие описывают свой далеко не самый благополучный опыт общения со специалистами. Однако, как мы уже

говорили при описании другого сетевого ресурса [1] не следует рассматривать форум в качестве антипсихитрической трибуны. Наоборот, на нем представлена вся палитра мнений, в том числе весьма уважительного и признательного отношения к врачам-психиатрам. Проблема состоит в том, что в целом профессиональное сообщество очень неохотно участвует в подобных открытых и свободных дискуссиях и не защищает свою точку зрения. На форме в настоящий момент зарегистрировано всего четыре консультанта – психиатра, а регулярно участвует в работе один человек. А ведь только на основе партнерских и равноправных отношений с пациентами и их близкими мы можем постепенно продвигаться в сторону иной более гуманной системы лечения и реабилитации, тем более, когда речь идет о психиатрической помощи ориентированной на модель «recovery».

Улучшить наше понимание проблем «recovery» и более широко применять данную концепцию именно в терапевтической практике возможно при рассмотрении этого понятия с междисциплинарной точки зрения, в частности используя идеи медицинской антропологии и нарративной медицины. Проблематика нарративной медицины в отечественных источниках подробно изложена в работах В.Л. Лехциера и его коллег [15, 19], а связь концепции восстановления и нарративного подхода обсуждалась нами ранее [4], ниже мы остановимся лишь на самых принципиальных моментах. В медицинской антропологии болезнь трактуется как культурная реконструкция, которая выявляется лишь через анализ рассказа – нарратив [18]. Для хронического (душевно) больного, у которого «ситуация болезни» и «ситуация жизни» фактически совпадают каждодневное существование является, по словам А. Клейнмана (одного из ключевых авторов «нарративного поворота» в медицине), жизнью-в-интерпретации своих состояний, а сами эти интерпретации носят преимущественно нарративный характер [19].

А. Клейнман разделяет «болезнь» – illness и «заболевание» – disease [16, 18]. Под illness понимается субъективный опыт переживания страдания, включающий и различные концепции, объясняющие то, что происходит с человеком, с его точки зрения. Профессиональный врач говорит на другом языке, он «отказывается» от всего индивидуального и субъективного в пользу обобщений, базирующихся на конкретных теоретических представлениях, классификациях, перечнях симптоматики, и, в конечном счете, диагнозе. Фактически при контакте с пациентом врач «переводит» с языка illness на язык disease, что часто приводит к взаимному непониманию и конфликтам.

С нашей точки зрения, многочисленные описания процесса «recovery» являются именно рассказами об illness. И в этом смысле они принципиально отличаются от картины психического расстройства, каким его представляют профессионалы службы психического здоровья. Традиционный медицинский профессиональный нарратив вступает в противоречие с нарративом пациента [15], а за счет лучшей организованности, разработанности и властной позиции чаще всего его подавляет и/или игнорирует. Но именно индивидуальная субъективно значимая история жизни имеет потенциальное терапевтическое значение, так как это не просто отражение опыта, а попытка его переосмысления, которая дает как

новый взгляд на произошедшее, так и формирует иную, часто более позитивную перспективу. Одним из результатов определенных нарративных конструкций является возможность справиться с болезнью [17]. Это диктует необходимость уважительного отношения к нарративам пациента и целенаправленного формирования у профессионала навыков использования подобных описаний в процессе терапии.

Теоретические и философские основы концепции «recovery» находят свое отражение в научных публикациях, однако что делать практически с точки зрения оценки «восстановления»? За что может отвечать психиатр или психиатрическая структура в целом, используя данные ресурсы конкретного учреждения и его персонала. До сих пор повсеместно виды предоставляемой медицинской помощи зависят больше от типа медицинского учреждения, организация деятельности которой определяется скорее финансированием и предписанной вышестоящими уполномоченными организациями моделью (политикой, приказами), но не потребностями самих пациентов. В то время как идеальной целью психиатрической помощи является предоставление персонифицированной медицинской услуги (персонифицированная медицина) или ориентированной на пациента помощи.

На наш взгляд, сам процесс восстановления после перенесенного заболевания в первую очередь требует некоторой оценки потребности к восстановлению и дифференциации подхода к каждому уникальному пациенту в отдельности. Но как определить нуждается ли пациент в преодолении «застывания в роли инвалида», в осознании и расширении своих полномочий, как он понимает процесс научения и переопределения самости и нуждается ли в нем, что есть процесс возвращения к исходному уровню функционирования и улучшение качества жизни для данного конкретного индивида. Следовательно, необходима разработка некоторого инструментария, помогающего комплексно оценить пациента, его биопсихосоциальный профиль. В этом контексте инструмент должен быть научно обоснованным, исчерпывающим, универсальным и стандартизированным.

Подобный инструментарий индивидуальной оценки создан международной организацией interRAI (RAI – Resident Assessment Instrument), объединяющей с 1992 г. специалистов, исследователей и администраторов из более чем 25 стран мира (<http://www.interrai.org/>). Ее целью является улучшение качества жизни уязвимых групп населения через создание комплексной системы оценки пациентов. InterRAI – стандартизованная оценочная система, предназначенная для анализа потребности в помощи [32, 33]. Она содержит минимальные необходимые данные (MDS), чтобы быть с одной стороны минимизированной в своих пределах, а с другой достаточно надежной и достоверной. Сведения собираются в установленном порядке. Заносятся в программу, которая обрабатывает данные и выдает результаты на 3 уровнях. 1 уровень «индивидуальный»: программа алгоритмизирует все проблемы пациента и выдает его биопсихосоциальный профиль, а так же дает индивидуальный план лечения и ухода. Второй уровень – «подразделения и учреждения» – анализ совокупности всех больных дает показатели качества, которые можно изучать в динамике. Третий уровень –

финансово-экономический, позволяет рассчитать затраты на содержание пациента, аффилированного к одной из 23-47 (количество групп зависит от типа учреждения) ресурсно-затратных групп пациентов.

InterRAI MH (система оценки психического здоровья) – стандартизированный инструмент для оценки потребностей, сильных и слабых сторон, преимуществ и предпочтений взрослых с психическим заболеванием, как в стационарном психиатрическом учреждении, так и в системе оказания помощи по месту жительства. Этот инструмент включает оценку основных областей функционирования, психического и физического здоровья, социальной поддержки и использования медико-социальных служб. Особое значение придается определению проблемных областей пациента с целью планирования дальнейшей всесторонней помощи и поддержки больного. Основными задачами полученной стандартизированной оценки является предотвращение риска дальнейшего снижения, и улучшение функционирования в рамках индивидуализированного подхода [32, 33].

Оценочная система interRAI, которая основывается на минимальном наборе данных (MDS) пациента для определения качества и эффективности работы учреждения. Выполнение оценки персоналом учреждений требует минимального обучения. Оценочные инструменты interRAI предназначены для использования работниками, оказывающими медицинскую и социальную помощь: социальными работниками, медицинскими сестрами, врачами и т.д. Метод interRAI обеспечивает достаточно легкий сбор данных, а также мониторинг качества и результатов помощи. При использовании этого метода исследования качества услуг достаточно просто определить и стоимость оказания помощи.

Оценочные инструменты interRAI могут выполнять следующие задачи:

- определение функциональных возможностей пациента/клиента,
- определение состояния здоровья пациента (по органам и системам),
- определение психического состояния пациента,
- определение реабилитационного потенциала, т.е. возможности реабилитации пациента,
- определение наиболее «эффективного» пакета помощи в каждой конкретной ситуации,
- контроль и корректировка эффективности проводимых действий,
- извлечение аналитических данных, необходимых для принятия управленческих, экономических и политических решений.

Система оценки потребностей interRAI впервые была разработана в США в результате комплексных исследований, задачей которых было создание единой всесторонней системы оценки пожилых потребителей услуг, постоянно проживающих в учреждениях социального обеспечения, в целях повышения качества получаемого ими лечения и ухода. Этот инструмент состоит из трех элементов. Первый элемент – полный набор стандартизированных параметров, MDS (минимальный набор данных), используемый при оценке слабых и сильных сторон потребителей услуг, а также лечения и ухода, полученного ими в стационарах. Второй элемент – Протоколы Оценки состояния пациентов учреждений (RAP), которые представляют собой рекомендации по оптимальному



методу планирования лечения и ухода с точки зрения существующих проблем, рисков и возможности улучшения состояния по 18 направлениям, определяемым на основе критериев оценки. Каждый RAP содержит уникальный набор данных, называемых «триггерами», изучение которых позволяет эксперту более полно оценить весь круг вопросов, связанных с проблемами данного потребителя услуг, рисками и возможностями улучшения ситуации, выявленными на основе данного параметра. Например, в случае если оказывается, что у пациента нарушено социальное функционирование, то ему предлагается алгоритм обследования и помощи по параметру RAP «нарушении социального функционирования», которое стандартизировано для данного учреждения. Таким образом, Протоколы оценки состояния пациентов учреждений представляют собой систематический метод, который могут использовать врачи-клиницисты при выборе оптимального способа оценки, планирования лечения и ухода с учетом широкого круга комплексных проблем, с которыми сталкиваются пациенты, нуждающиеся в длительном курсе лечения и ухода. Третий элемент – использование руководства в качестве инструкций, когда и как нужно применять interRAI.

Необходимо отметить, что interRAI – это широкий комплекс разнообразных элементов единой интегрированной системы для оценки и мониторинга статуса пациента, нуждающегося в уходе. В настоящее время разработаны следующие инструменты для оценки и выявления проблем: система оценки interRAI HC для медицинского ухода на дому, система оценки interRAI PAC для реабилитации после экстренной медицинской помощи, система оценки interRAI MH для психиатрической помощи в стационаре, система оценки interRAI LTCF для долговременной стационарной помощи, система оценки interRAI CMH для амбулаторной психиатрической помощи, система оценки interRAI PC для паллиативной медицинской помощи, система оценки interRAI AC для экстренной медицинской помощи в стационаре и система оценки interRAI ID для медицинской помощи лицам с умственной отсталостью.

Система оценки потребностей interRAI была введена в США в 1991 г. и в обязательном порядке применяется ко всем пожилым потребителям услуг, постоянно проживающим в учреждениях социального обеспечения, практически в масштабе всей страны. Сегодня система interRAI применяется более чем в 20 странах мира, в том числе в США, Канаде, Японии, Исландии, Финляндии, Эстонии и др. В России с 2003 г. ведется работа по изучению и апробации данной системы, и в настоящее время адаптирован interRAI LTCF (Long-Term Care Facilities / система оценки долговременной стационарной помощи), как наиболее востребованный в связи с развитием потребности в стационарных услугах [33].

Постепенно интерес к системе оценки потребностей interRAI возникает и у отечественных специалистов [3, 13, 33], что позволяет использовать в работе наиболее эффективные средства диагностики и помощи, уже зарекомендовавшие в себя в области здравоохранения и социального обслуживания.

Понимание биопсихосоциальных потребностей и ресурсов индивида даст возможность принятия решения об оказании наиболее эффективного «пакета» восстановления. Стандартизация обеспечит контроль эффективности проводимых действий, а так же возможность их корректировки в случае необходимости. Так

же, устанавливая объективные и субъективные возможности для реабилитации конкретного клиента, мы поддерживаем и содействуем самостоятельности человека. В конечном итоге, большая база данных даст плодотворную почву для принятия управленческих и политических решений. Помощь в восстановлении должна быть адресной, дифференцированной и конкретной для каждого пациента с его нуждами и потребностями.

## Литература

1. Бабин С.М. Интернет-форум «Шизофрения — лечение общением» // Социальная и клиническая психиатрия. — 2011. — Т.21, № 4. — С. 111-115.
2. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Исследование качества жизни пациентов реабилитационных отделений психиатрических стационаров // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье как основа национальной безопасности России». Казань, 13-15 сентября 2012 г. — СПб.: 2012. — С. 84-85.
3. Бабин С.М., Случевская С.Ф., Ульчева Т.А. Взаимосвязь социальной поддержки и внутренних ресурсов психически больных // Психическое здоровье. — 2013. — №5 (84) — С. 57-62.
4. Бабин С.М., Случевская С.Ф. Концепция «recovery» и нарративная медицина // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск II. — СПб: Изд-во «Таро», 2014. — С. 26-33.
5. Вилкен Ж.П., ден Холландер Д. Восстановление и реабилитация. Комплексный подход. Пер. с гол. Глобальная инициатива в психиатрии, 2011. — 297 с.
6. Власова О.А. Феноменологическая психиатрия и экзистенциальный анализ: История, мыслители, проблемы. — М.: Издательский дом «Территория будущего», 2010. — 640 с.
7. Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических расстройствах. Под ред. Weeghel J.van. Пер. с англ. — Киев: Сфера, 2002. — 600 с.
8. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция «recovery» // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 18, № 2. — С. 7-14.
9. 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.
10. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А., Голланд Э.В. Концепция выздоровления в системе психосоциальной реабилитации в психиатрии. Методические рекомендации // Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь. — М.: ООО «ИПУЗ», 2009. — С. 475-489.
11. Гурович И.Я., Шапкова Н.Г., Висневская Л.Я., Сторожакова Я.А. Recovery (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — Т. 23, № 2. — С. 89-95.
12. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 672 с.
13. Консон К. Роль медицинской сестры в гериатрической практике // Russian Family Doctor. 2017; 21 (1) — 45:53.
14. Лаувег А. Завтра я всегда бывала львом. Пер. с норв. — Самара: Бахрах-М, 2009. — 288 с.

15. Лехциер В.Л. «Нарративный поворот» в медицине: терапевтические практики, этические сообщества // *EXISTENTIA: психология и психотерапия. Спецвыпуск: Философия* — 2011. — С. 66-87.
16. Лехциер В.Л. Нарративная медицина: светлая утопия доктора Риты Шэрон? // *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В.Л. Лехциера*. — Самара, 2012. — С. 110-123.
17. Маттингли Ч., Гарро Л. Нарративные повороты // *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В.Л. Лехциера*. — Самара, 2012. — С. 277-289.
18. Михель Д.В. Медицинская антропология: фокусируясь на здоровье и болезни // *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В.Л. Лехциера*. — Самара, 2012. — С. 34-53.
19. *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под общ. ред. В.Л. Лехциера*. — Самара, 2012. — 296 с.
20. Преодоление: Люди с психиатрическим опытом и их близкие рассказывают о себе открытое и сокровенное. Под ред. Проф. И.Я. Гуровича / Состав. Н.Б. Левина, Е.Б. Любов — М.: ОООИ «Новые возможности», 2009. — 130 с.
21. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии: Роль пациентских организаций и профессионального сообщества в совершенствовании психиатрической помощи. Выпуск II. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. — СПб.: Таро, 2014. — 218 с.
22. Форум — модели «recovery» с точки зрения потребителя медицинской помощи: текущие вопросы и перспективы // *Всемирная психиатрия*. — 2012. — Т. 11, № 3. — С. 155-171.
23. Хайдеггер М. Цолликоновские семинары. Протоколы. Беседы. Письма. Издано М. Боссом. / Пер. с нем. яз. И. Глухой. — Вильнюс: ЕГУ, 2012. — 406 с.
24. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
25. Anthony W.A. Процесс восстановления при психическом заболевании: основная концепция психиатрической помощи в 1990-х годах // *Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических расстройствах*. Под ред. Weeghel J.van. Пер. с англ. — Киев: Сфера, 2002. — С. 79-86.
26. Bellack A.S., Drapalski A. Проблемы и пути развития концепции восстановления (recovery) с точки зрения потребителя медицинской помощи // *Всемирная психиатрия*. — 2012. — Т. 11, № 3. — С. 155-160.
27. Deegan P.E. Движение «За независимую жизнь» и индивиды, ставшие инвалидами вследствие психических заболеваний, возвращение контроля над собственной жизнью // *Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических расстройствах*. Под ред. Weeghel J.van. Пер. с англ. — Киев: Сфера, 2002. — С. 118-128.
28. O'Hagan M. «Recovery»: возможен ли консенсус? // *Всемирная психиатрия*. — 2012. — Т. 11, № 3. — С. 167-168.
29. Roberts G., Wolfson P. Новое понимание выздоровления: оно возможно для всех // *Обзор современной психиатрии*. Выпуск 28. — 2005.
30. Young Sh.L., Ensing D.S. Исследование процесса восстановления с точки зрения лиц, страдающих тяжелым психическим заболеванием // *Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация при тяжелых психических расстройствах*. Под ред. Weeghel J.van. Пер. с англ. — Киев: Сфера, 2002. — С. 15-29.
31. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services // *World Psychiatry*. — 2007. — Vol. 6, N 2. — P. 4-10.

32. Hirdes J.P., Ljunggren G., Morris J.N., Frijters D., Finne-Soveri H., Gray L.C., Bjorkgren M., Gilgen R. *Reliability of the interRAI Suite of Assessment Instruments: A 12-Country Study of an Integrated Health Information System. BMC Health Services.* – 2008. – 8:277.
33. Hirdes J.P., Sluchevskaya S.F. *Age Group Differences in Psychiatric Hospital Settings in Ontario: Evidence Based on the interRAI Mental Health (MH) // 19th European Congress of Psychiatry which will take place in Vienna, Austria, from 12-15 March, 2011.*

## **Использование танцевально-двигательной терапии в системе реабилитации пациентов психиатрического стационара**

Борисова Д.Ю.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»  
Санкт-Петербург

Танцевальная терапия в лечебных учреждениях психоневрологического профиля впервые стала применяться в 1940-е гг., после Второй мировой войны в США, когда стало очевидно, что многие пациенты нуждались как в физической, так и эмоциональной реабилитации. Танцевальная терапия применялась для лечения пациентов с потерей речи, а впоследствии стала дополнительным методом лечения пациентов, находящихся в психиатрических стационарах. Результаты этой работы были положительно оценены психиатрами, которые отмечали, что участие в творческой деятельности оказывает положительное влияние на состояние пациентов, сокращает время пребывания в стационаре [6].

В последние годы в нашей стране танцевально-двигательная психотерапия (ТДТ) находит все большее применение в программах психосоциальной реабилитации различных групп психически больных. Основой для использования ТДТ в психиатрических учреждениях Санкт-Петербурга служат методики Н.Ю. Оганесян [3, 4, 5].

Танцевально-двигательная терапия в Санкт-Петербургской психиатрической больнице № 1 им П.П.Кащенко проводится с 2008 года. Опыт этой работы, адресованной различным группам стационарных больных, представлен в нашей публикации.

Общая цель танцевальной терапии в психиатрическом стационаре заключается в минимизации патологической симптоматики за счет коррекции двигательных, эмоциональных, поведенческих и межличностных нарушений в результате психотерапевтического использования танца и движения [2].

В группы танцевально-двигательной терапии принимаются пациенты с различными психическими и поведенческими расстройствами - шизофренией, аффективными, органическими и неврологическими, соматическими

расстройствами. В связи с этим, в зависимости от основного диагноза, имеющихся расстройств, цели, длительность и особенности проведения танцевально-двигательной терапии в различных группах пациентов различаются. Далее приведем описание особенностей их моторики и невербальных коммуникаций.

### *I. Танцевально-двигательная терапия больных с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами.*

В 60% у пациентов с диагнозом шизофрения отмечается моторная скованность, неловкость, нарушение координации, ритма, стереотипии. Голова опущенная или с наклоном в сторону, вниз, взгляд в пол или «бегающий» или расфокусированный. Плечи опущенные, спина согнутая, «сутулая». Руки полусогнуты в локтевом суставе, ноги подогнуты или сниженный тонус ног; пациент стоит на одном месте; мелкая моторика затруднена. По качеству движения слабые, неактивные, «угловатые». Отмечается эмоциональная монотонность, ослабление выразительности мимики, жестикуляции, интонаций.

Особенности невербальных коммуникаций: трудности в установление зрительного контакта, преобладание бесконтактных импровизаций, в некоторых случаях избегание телесного контакта, отгораживание себя.

Особенности вербализации: обобщение, частичное раскрытие картины внутренних, телесных и психоэмоциональных состояний; некоторые пациенты чувственно описывают, анализируют.

Первоочередные задачи ТДТ для данной категории пациентов: двигательная, эмоциональная и речевая активизация, снижение телесного и эмоционального напряжения, коррекция нарушенных коммуникаций, установление и удержание зрительного контакта, установление адекватных контактов между участниками группы, развитие эмоционального интеллекта.

Роль танцевального терапевта: на первых этапах работы группы он - идеальный участник, образец поведения; затем занимает позицию координатора и наблюдателя, стимулирует собственную активность участник группы.

Рекомендована групповая форма работы, длительностью от 10 сессий.

### *II. Танцевально-двигательная терапия при биполярном аффективном расстройстве.*

При маниакальных состояниях отмечается усиление двигательной активности, суетливость, эмоциональная оживленность, повышенная жестикуляция, разговорчивость, неутомимость, дурашливость. Зачастую наблюдается нарушение ритма, танец исполняется в собственном ритме.

Телесная картина: подбородок параллелен полу или поднят вверх, грудь выставлена вперед, плечи приподняты, спина прямая; из частей тела в танце часто используются руки, ноги, бедра. Используются размашистые движения, пальцы напряжены. По качеству движения быстрые, активные, зачастую несвязанные, «слышимые/шумные движения», хлопки и т.д. Используется большое пространство вокруг себя. Часто пациент нарушает правила группы, зачастую не может имитировать движения в силу дефицита внимания, повышенной возбудимости.

Особенности невербальных коммуникаций: взгляд пристальный «глаза в глаза», долго фиксируется на партнере, в парном взаимодействии стремится установить телесный контакт, не чувствителен к эмоциональному состоянию партнера.

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

Роль терапевта: в начале работы группы он - наблюдатель (этап эмоционального и телесного отреагирования), далее - координатор, идеальный участник; включение участников в парное, групповое взаимодействие, работа по образцу и т.д.

Рекомендована групповая форма работы от 10 сессий.

### *III. Танцевально-двигательная терапия при биполярном депрессивных расстройствах.*

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

Цели ТДТ: стабилизация настроения, отреагирование эмоционального состояния, повышение самооценности через принятие и установления контакта с собственным телом, поиск ресурсов, жизненных ценностей.

Позиция танцевального терапевта: эмпатическое вчувствование, кинестетическое принятие, поддержка. Первоначально рекомендована индивидуальная форма работы с последующим включением в группу.

### *IV. Танцевально-двигательная терапия у пациентов с умственной отсталостью.*

Невербальные методы общения, такие как танец, музыка, рисунок с успехом используются в работе с пациентами, имеющими недостаточное речевое развитие и интеллектуальные ограничения.

В 60% для таких пациентов характерна неуверенность в движениях, вялость, они плохо включаются в любую деятельность. Зачастую движения рассогласованные, раскоординированные; отмечаются нарушения пространственного представления, моторная недостаточность, характеризующаяся слабыми, нечеткими движениями, нарушениями равновесия. Люди с умственной отсталостью испытывают выраженные затруднения в формировании "алгоритма движения", мелкой моторики (недоразвитие пальцевого праксиса; нарушена зрительно-моторная координация, выключение одной руки). Повторение движений происходит в более медленном темпе и с меньшей скоростью; нарушения ритма.

Пациенты, как правило, охотно вступают в невербальные коммуникации, идут на контакт, при этом испытывают трудности в удержании зрительного контакта, повторении и имитации различных танцевальных движений.

Акцент делается на развитие моторики (развитие координации, пространственной ориентации, освоение схемы тела), обсуждение и рефлексия

сведены к минимуму, в зависимости от степени выраженности интеллектуального нарушения. Когнитивные тренировки посредством разучивания танцевальных связок (память, внимание и т.д.). Отработка навыков коммуникации, парные, групповые танцы.

Роль терапевта: он – учитель.

Рекомендована как индивидуальная, так и групповая формы работы.

#### *V. Танцевально-двигательная терапия для пациентов геронтопсихиатрического профиля.*

В клинической картине у пациентов отмечается снижение интеллекта, рассеянность, нарушение социального функционирования, потеря трудоспособности, самокритики. Изменения когнитивного функционирования, хронические соматические заболевания, возрастные дегенеративные изменения.

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

Курс танцевально-двигательной терапии в геронтопсихиатрическом отделении подразумевает групповую форму работы в открытой группе, с постоянным основным составом; количество участников - до 12 человек. Курс - до 30 терапевтических встреч длительностью 40-60 минут, частотой сессий два раза в неделю. Продолжительность курса обусловлена длительностью пребывания пациентов в стационаре, а также наличием когнитивного дефицита, нарушениями памяти и т.д., что удлиняет вводный этап курса, знакомство участников, создание благоприятной атмосферы, а также подразумевает дублирование и повторения тем сессий в процессе работы.

У преобладающего числа пациентов (85%) отмечаются пассивные, стереотипные движения. Из частей тела, в основном, задействованы руки; ноги, корпус, плечи не используются. Танец выполняется, стоя на одном месте, что обусловлено страхом потерять равновесие, упасть или физическими ограничениями. Высокий уровень телесного напряжения, застревания; движения хаотичные по организации. При работе с предметами отмечается недостаток физической силы, скорости реакции: пациенты не могут поймать мяч, крепко удерживать в руках предметы, в связи с ограниченной амплитудой движения, работа с предметами (ткань, лента) затруднена. Они больше ориентированы на индивидуальное функционирование, чем работу в парах. Уровень вербализации - от алекситимии до уровня эмотивной лексики.

Роль терапевта: одобряющий, поддерживающий родитель.

#### *VI. Танцевально-двигательная терапия пациентов, находящихся на принудительном лечении.*

Цель ТДТ: коррекция избыточных психофизических состояний, укрепление душевного, социального и физического здоровья, формирование самодисциплины участников группы, повышение социальной адаптации.

В отделении принудительного лечения проводится продолжительный курс ТДТ, в среднем, 30 встреч, что обусловлено длительностью пребывания пациентов в отделении.

В связи с тем, что основанием для госпитализации в отделение является совершённое общественно опасное деяние, вне зависимости от нозологической составляющей, общая картина двигательных проявлений является разнородной [2].

Роль терапевта: партнер, консультант, предоставляет членам группы свободу выбора тем и направлений дискуссий, побуждает пациентов к активности и самостоятельности, не навязывает исполнение норм и правил.

Резюмируя, хочется отметить, что наблюдение за особенностями моторных проявлений и невербальных коммуникаций в процессе танцевально-двигательной терапии существенно дополняет клиническую картину заболевания, является дополнительным лечебно-реабилитационным воздействием на пациента [7].

## Литература

1. Борисова Д.Ю. Динамика психомоторных и эмоционально-личностных характеристик в процессе танцевальной психотерапии на примере больных шизофренией // Современный взгляд на проблемы психоневрологии XXI века: Сб. тезисов научно-практ. конференции молодых ученых, посвященной 150-летию со дня рождения В.М. Бехтерева / Под ред. Д.В. Захарова и А.Н. Чомского. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 82 с.
2. Борисова Д.Ю. Танцевально-двигательная психотерапия пациентов, проходящих принудительное лечение в психиатрическом стационаре // Проблемные вопросы теории и практики принудительного лечения: [Электронное издание]: / сборник статей и тезисов Межрегиональной научно-практ. конференции «Проблемные вопросы теории и практики принудительного лечения» (Санкт-Петербург, 03 декабря 2015 года) – СПб.: Альта Астра, 2015. – 1 электрон, опт. диск (CD-ROM) – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; дисковод CD-ROM, AdobeReader 7.0. – ISBN 978-5-905498-42-8. - С. 7.
3. Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств. Автореферат дис... к. псих. наук. – СПб., 2005.
4. Оганесян Н.Ю., Эйдемиллер Э.Г. Взаимовлияние психических процессов в системной танцевальной психотерапии больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского Университета. Сер. 12. – 2010. - Вып. 3. - С. 196-203.
5. Оганесян Н.Ю. Теоретико-методологические аспекты танцевальной терапии больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского Университета. Сер. 12. - 2009. - Вып. 2. Ч.1. – С. 206-214.
6. Oganasyan, N.Yu. The history and present use of motor therapy methods in Russia with patients diagnosed with schizophrenia // In: Adamkova Segard M., Hatlova B. (Eds.) Psychomotor Therapy in the Treatment of Schizophrenia - Usti nad Labem: University J.E. Purkyne, 2012. - P. 81-94.
7. Oganesian Natalia. Dance therapy as form of communication activating psychotherapy for schizophrenic patients // Body, Movement and Dance in Psychotherapy Routiedng. - Vol. 3, No. 2. - September 2008. – P. 97-107.



## **Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра**

Бугорский А.В.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** Интерес к проблеме психообразования был стимулирован принятием в 1975 г. Американской Больничной Ассоциацией (American Hospital Association) Декларации о правах пациента, в которой говорится, что каждый пациент, включая лиц с психическими расстройствами, имеет право на полноценную информацию о своей болезни. Психообразование рассматривается как реализация данного фундаментального права в процессе лечения и реабилитации. Предполагается, что такое понимание поможет пациентам с шизофренией более эффективно справляться с болезнью, и, тем самым, улучшит прогноз.

Активизация психообразовательной работы с родственниками пациентов, начиная с 1980-х гг., стала отражением значительных перемен в работе служб охраны психического здоровья [1; 2]. При этом психообразование, как и прочие психосоциальные подходы в психиатрии, давно уже не рассматриваются в качестве альтернативы биологическим подходам, а является частью единого терапевтического и реабилитационного процесса, одним из видов лечебно-реабилитационного вмешательства [3].

Десятилетиями на семьи, имеющие в своем составе психически больных людей, ученые, врачи и власти обращали мало внимания. Однако в настоящее время, благодаря реформам, которые происходят в отечественной психиатрии, многие семейные проблемы стали предметом изучения и обсуждения. Доказанным фактом является низкое качество жизни в таких семьях, повышенный, по сравнению с общим населением, стресс. На плечи родных ложится тяжесть моральных и материальных проблем, они страдают от отчаяния, гнева, страха и стыда [4].

Когда в семью вторгается серьезное психическое заболевание, это изменяет весь уклад ее жизни: необходимость поддерживать особый режим, изменять планы на будущее, перераспределять обязанности. По оценкам специалистов, от 50 до 80% психически больных с хроническим течением заболевания живут в семьях. Учитывая число лиц, страдающих хроническими психическими расстройствами, становится ясным, что опыт жизни с душевнобольными людьми имеет значительная группа населения.

Было установлено, что для многих семей, имеющих психически больного, характерен специфический стиль поведения, который проявляется в упорных, настойчивых попытках добиться восстановления его «полного здоровья». Эти

попытки часто сопровождаются завышенными ожиданиями, чрезмерной опекой, порицаниями, постоянной критикой поведения больного. Такой стиль поведения получил название *expressed emotion*. На несомненную его связь с рецидивированием психоза указывали А.В. Семке и S. Sota.

Например, в семье, где имеется больной шизофренией, характерно специфическое поведение родителей, выражающееся в контроле и гиперопеке со стороны матери и пассивности со стороны отца. Формируются симбиотические отношения с непредсказуемым чередованием эмоциональной близости и дистанцирования, конфликты между родителями. При этом эффективность семейного психообразования может зависеть не от количества участников или количества сессий, но от времени, затраченного на одного участника.

Социальная дезадаптация больных шизофренией ставит серьезные проблемы перед членами их семей, которым приходится совмещать функции обеспечения досуга, не имея конкретных знаний и опыта. Родственникам приходится брать на себя ведущие роли в жизни больных шизофренией. Они совместно проживают в одной квартире, становятся друзьями, принимают участие в лечении, трудоустройстве. Такая нагрузка часто становится настолько непосильной для членов семьи, что госпитализация в психиатрическую больницу становится их единственным спасением. Родственники больного шизофренией всегда испытывают потребность в поддержке. Они нуждаются в информации о психическом расстройстве их больного члена семьи, в возможности делиться своими переживаниями и своим опытом совместного проживания с больным, получать психологическую поддержку со стороны подобных семей, в том числе в плане обмена опытом. В свою очередь, больной должен понимать ситуацию и иметь возможность вносить положительный вклад в жизнь своей семьи. Стрессогенными часто оказываются конфликты в быту, влекущие эмоциональное напряжение в таких семьях.

К наиболее частым коммуникативным девиациям в семье больного шизофренией относятся частая смена поощрений и порицаний, смена эмоциональной близости и дистанцирования, пронизывающие весь семейный климат пустоты и бессмысленности. Некоторые авторы указывают на наличие в таких случаях механизма «двойной связи», при котором больной постоянно вынужден выбирать между двумя одинаково приемлемыми альтернативами с одновременным запретом обсуждения этой проблемы. Неблагоприятным фактором в адаптации больных шизофренией является стигматизация, которая тормозит обращение пациентов и их родственников за психиатрической помощью. Больные не могут найти себе работу, нарастает их социальная изоляция, развивается негативное отношение к себе и это повышает вероятность рецидива заболевания. О влиянии социальных факторов на развитие и течение шизофрении и биполярного расстройства указывается в ряде работ [5, 6, 7].

Известно, что до 60% всех пациентов, выписываемых из психиатрических стационаров, возвращаются в семьи, при этом подавляющее большинство из них сохраняют контакты со своими родными. Тысячи семей ежегодно сталкиваются с психическими расстройствами и вынуждены решать возникающие при этом проблемы [8].

Как правило, пациенты занимают в семье зависимое положение, а отношения с родственниками часто носят сложный характер. Тем не менее, семья оказывает лицам с психическими расстройствами максимально возможную поддержку, нередко в значительной степени маскируя их несостоятельность. Так или иначе, большинство семей оказывается вовлеченным в тесное общение со своими болеющими родственниками, поддерживает их и принимает активное участие в их судьбе [9, 10, 11].

Имеет огромное значение тот факт, что, в отличие от невротических расстройств, заболевание шизофренией влечет за собой хронические прогрессирующе усиливающиеся социальные последствия для пациента, которые обусловлены не только его дезадаптацией в наиболее важных сферах социальной жизни, но и специфическим отношением окружающих, которое выражается в негативном выделении пациента в обществе (этикетирование) с последующим стереотипным набором социальных реакций на него, то есть – стигматизацией. Несмотря на чрезмерность негативных реакций общества на больных, истоки этих реакций вытекают из вполне реальных обстоятельств – психическое расстройство несет в себе потенциальную опасность для окружающих и самого пациента, общение с душевно больным человеком зачастую обременительно и чревато неприятными неожиданностями для его ближайших родственников и знакомых. Эта «семейная нагрузка», связанная с контактом или проживанием с больным шизофренией, приводит к значительному эмоциональному напряжению, которое по принципу обратной связи отрицательно сказывается и на самом пациенте [12].

В зарубежной литературе психообразование представлено как один из самых важных подходов к обучению и психосоциальному лечению больных с психической патологией [18] и считается едва ли не наиболее значимой частью психосоциального вмешательства в многогранной системе психосоциальной реабилитации больных шизофренией и их родственников [19].

Эффективность психообразовательной работы показана на разных популяциях психически больных, но особое внимание в последние годы уделяется психообразованию больных шизофренией на различных этапах заболевания [13, 14, 15], причем имеются указания на предпочтительность возможно более раннего включения этого вида вмешательства в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий уже на этапе становления терапевтической ремиссии у больных, перенесших первый психотический эпизод [16], а также возможно более раннего предоставления психообразовательных программ родственникам пациентов [17, 16]. В целом, подчеркивается, что психообразование – это одна из составляющих психосоциальной реабилитации, наиболее соответствующая общей гуманистической направленности партнерской модели оказания психиатрической помощи.

Психообразовательные программы ставят перед собой две основные задачи, которые у психически больных-хроников особенно тесно связаны между собой. Это собственно «образование», когда пациент получает информацию о психическом заболевании, чтобы правильное понимание своего состояния вело если не к управлению своим заболеванием, его ходом и течением, то хотя бы к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и

симптомов. Вторая задача, которая по значимости не уступает первой, – обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа для больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в защищенных, эмоционально безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями. Кроме того, посредством участия в группе удовлетворяются потребности в общении[20].

Приказом Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» предусматривается не только разработка и реализация *психообразовательных программ* для пациентов и их семей, но также использование этих программ в деятельности медицинских и иных специалистов.

Это делает все более актуальной проблему эффективной семейной и социальной реабилитации. Семья психически больного функционирует в условиях реальности, изменяющейся в зависимости от динамики его психического состояния, меняющей в то же время его социальный и семейный статус.

Нами было проведено исследование, в ходе которого с использованием специально разработанной анкеты с вопросами, адресованными родственникам пациентов, была уточнена их потребность в информации и в овладении опытом помощи близкому, страдающему психическим расстройством.

**Целью** работы с семьями в используемой модели является:

- снижение бремени болезни и повышение качества жизни родственников больных;
- подготовка родственников к выполнению роли партнеров в лечении больного, оказании ему поддержки;
- развитие у членов семьи навыков эффективного решения их собственных социально-психологических проблем;
- повышение качества жизни родственников больных через формирование представления о понятности жизни, ощущения возможности влиять на свою жизнь и ощущения значимости жизни.

**Материалы и методы исследования.**

В 2011 г. в больнице была организована школа психиатрической грамотности для родственников пациентов, страдающих, преимущественно, шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, проходящих лечение, как в общепсихиатрических «острых» отделениях, так и в отделениях первого психотического эпизода. За основу нами была взята программа, разработанная НЦПЗ РАМН [21], в которую мы внесли некоторые изменения.

Модель заключается в комплексном подходе, учитывающем потребности семей (в информации, психотерапии, психологическом консультировании, выработке новых социальных навыков). Инновационные отличия, привнесенные нами в программу, заключаются в совмещении некоторых модулей (3 из 5), предложенных авторами, в единый процесс без их поэтапного проведения. При этом были сохранены следующие структурные элементы: 1) психообразование

родственников психически больных; 2) тренинг навыков; 3) участие родственников больных в работе общественной организации.

Данная модель психообразовательной семейной работы не является семейной терапией, но использует ее средства, поддерживающие семью. Используется комбинация различных мировых моделей психообразовательной работы с семьей, когнитивная терапия, нарративная, диалоговая и рефлексивная модели работы. Фундаментом служит опыт семьи и его объяснение. Демонстрация материалов (слайдов) на цикле психообразования служит подкреплением получаемых знаний (а часто даёт возможность начать высказываться и понимать историю семьи с момента заболевания одного из членов семьи).

Проведение данной модели психообразовательной семейной работы основывается на последовательном поэтапном проведении трёх основных компонентов:

1. Этап знакомства (встреча и интервью взрослых членов семьи);
2. Этап планирования (встреча по планированию работы с семьей, где происходит совместный анализ интервью с определением объёма имеющейся информации, компетентности членов семьи, их ресурсных и сильных сторон; определение личных целей членов семьи и их ожиданий). На этом этапе определяется, какая информация и какая поддержка нужна семье;
3. Этап непосредственной психообразовательной работы с направленным оказанием помощи и с завершающим интервьюированием семьи.

Материально-техническое обеспечение включает кабинет для групповой и индивидуальной работы, проектор для демонстрации слайдов и слайды.

#### **Методика ведения групп.**

Программа рассчитана на родственников или близких, вовлеченных в уход за родственником, страдающим психическим расстройством. Предпочтение отдается однородности группы по нозологии, но гетерогенной по социальным характеристикам (пол, возраст, образование и т.п.), с разными типами реагирования на возникновение болезни в семье. Ведущие групп должны быть так же представителями обоих полов, что позволяет улучшить взаимодействие участников.

Противопоказаниями для участия в групповых занятиях являются: наличие психического расстройства у самого родителя или тяжелое соматическое заболевание, категорический отказ от участия в группе, недоброжелательность в адрес ведущих или других участников группы, высокая степень родства с заболевшим родственником (близнецы, двойня).

Количество участников одной группы может варьировать от 7 до 15 человек. Программа рассчитана на 12 занятий, по окончании цикла всем участникам выдается необходимая литература. Продолжительность одного занятия 2 часа, проводятся занятия 1 раз в неделю. Первые три занятия группа является «открытой», после группу «закрывают». Основным требованием к участникам является строгое посещение занятий, соблюдение правил группы, которые принимаются на 4-м занятии. Групповые занятия проводятся врачом-психиатром.

Структура каждого занятия включает: приветствие, выявление запросов участников по теме занятия; основную часть в виде лекции; заключительную

часть, на которой подводятся итоги занятия и осуществляется повторение пройденного. Каждое занятие начинается с «проработки чувств» участников группы, проведения тренинговых упражнений. По завершении занятия дается домашнее задание, подводятся итоги.

Для оценки эффективности образовательных программ применялась рейтинговая шкала (оригинальная анкета), включающая такие показатели, характеризующие позицию пациента по отношению к психической болезни, как увеличение знаний о болезни, изменения в поведении, во взаимоотношениях с окружающими, в частности, в семье, следование медицинским рекомендациям, расширение знаний о мерах при urgentных обстоятельствах, связанных с внезапным обострением состояния, информированность пациента о психических расстройствах.

**Результаты.** В анкетировании приняло участие 202 родственника больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Наиболее активными пользователями образовательного цикла оказались женщины с высшим образованием, в возрасте от 41 до 60 лет, с хорошим социальным статусом (работающие, замужние и имеющие семью из 3- 4 человек). 97% респондентов являлись родителями пациентов и проживали совместно с ними.

На первом занятии создается наглядная таблица ожиданий и опасений, которые формируются самими участниками группы, на каждом последующем занятии каждый участник может дополнить свои опасения либо ожидания. При составлении наглядной таблицы опасений и ожиданий на первые места все участники групп ставили: – отсутствие знаний о методах лечения психических расстройств; – отсутствие знаний о причинах возникновения болезни; – отсутствие знаний о прогнозе и собственной роли в лечебном процессе; – отсутствие знаний об имеющихся службах и формах помощи при наличии психического расстройства. Также выявлялась недостаточная осведомленность о методах коррекции побочных эффектов, о симптомах заболевания.

В ходе исследования все семьи пациентов согласились с тем, что имеется информационный дефицит, касающийся многих вопросов связанных с психическими расстройствами и потребность в его восполнении, так же все отметили, что «болезнь» оказала влияние на их собственное самочувствие и на атмосферу внутри семьи (100%). Они указывали на появление сниженного настроения (8%), испуга (8%), страха, в том числе, жить в одной квартире (23%), тревожности (54%), растерянности (38%), утомляемости (8%), напряженности (30%). Среди изменений внутри семьи респонденты указывали на «отсутствии мира и тишины» (8%), уменьшение терпимости (8%), «повышение взрывоопасности» (15%), напряженности (38%), утрату общения (15%). Только 46% опрошенных считали, что отношения в семье остались на прежнем уровне. Кроме того, в исследовании подтвердился общеизвестный факт отсутствия у семей знаний о природе психических заболеваний, их лечении и современных лекарственных препаратах. На отсутствие достаточной информации о лечении психических расстройств указали все опрошенные семьи (100%).

Индивидуальное и семейное психологическое консультирование обычно предлагается родственникам после посещений занятий в рамках специальной

программы психиатрической грамотности. Психологическое консультирование направлено на более углубленное, по сравнению с психообразовательными занятиями, рассмотрение проблем конкретных семей. Целью консультирования является помощь родственникам в осознании проблем, понимании скрытых причин проблемы и конфликтов, обозначение путей для их решения. Тренинги навыков рекомендуются для родственников, которые проживают с больным, у которого рецидив заболевания случается чаще, чем 1 раз в год, который имеет многочисленные конфликты или проявляет физическое насилие, а также одиноким родственникам, занятым уходом за тяжело психически больным. Целью таких тренингов является гармонизация отношений и эмоциональной атмосферы в семье, повышение стрессоустойчивости.

При завершающем анкетировании члены семей указывали на повышение личной компетентности в области психиатрической грамотности (100%), улучшение коммуникативных навыков (100%), снижение груза субъективной тревожности (62,5%); «примирились и приняли болезнь близкого человека» (25%); «получили необходимую помощь и знания, как жить в новых условиях» (12,5%); сформировали представление о психическом расстройстве как о болезни, которую нужно обязательно лечить (100%).

## Литература

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Семейная психотерапия. - Л.: Медицина, 1990. - 188 с.
2. Циркин С.Ю., Кулыгина М.А., Бобров А.Е. Диагностика семейных проблем в практике профилактической психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. - Т.6. - № 2. - С.115-120.
3. Гажа А.К., Раю Н.А. Психосоциальная реабилитация больных в Тамбовской областной психиатрической больнице // Социальная и клиническая психиатрия. - 2003. - Т. 13. - № 2. - С. 94-95.
4. Корпусева Е.Н., Кучина В.Г., Проблемы семей и опыт их преодоления // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии, 2014.
5. Положий Б.С., Посвянская А.Д., Хруленко-Варницкий И.О. Социальные факторы в формировании психических расстройств, связанных со стрессом // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. - М., 2000. - Вып.2. - С. 176-181.
6. Гурович И.Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. - Т.17. - № 1. - С.5-9.
7. Петров Д.С., Коновалов О.Е. Медико-социальные аспекты качества жизни больных шизофренией // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2011. - № 1. - С.19-21.
8. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001г. // Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда – М.: Весь Мир, 2001. – С. 215.
9. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сальникова Л.И. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных – М.: Медиапрактика, 2002. – 180 с.
10. Шмуклер А.Б., Немиринский О.В. Проблемы взаимодействия психиатра, психолога и социального работника // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – №3. – С. 97-101.

11. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2007. – 492 с.
12. Зайцев В.В., Зотова А.В. Базовые принципы семейной психотерапии при шизофрении // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Таро, 2013. – С. 58 – 64.
13. Goldstein M.J. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder // Psychopharmacol. Bull. - 1992. - Vol. 28 N 3. -I. 237-240.
14. Herz M.I., Lamberti J.S., Mintz J. et al. A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study // Arch. Gen. Psychiatry. - 2000. - Vol. 57. - P. 277-283.
15. Thornicroft G., Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia (Editorial) // Br. J. Psychiatry. - 2001. - Vol. 178. - P. 2-4.
16. Series of Early Psychosis Manuals: Manual 1. Psychoeducation in early psychosis / M. Mooney, St. Haines (Eds.); Manual 2. Working with families in early psychosis. – Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), Melbourne, Australia.
17. Hinrichsen G.A., Lieberman J.A. Family attributions and coping in the prediction of emotional adjustment in family members of patients with first-episode schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. – 1999. - Vol. 100. - P. 359-366.
18. Buchkremer G., Klinberg S., Holle R. et al. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: results of a 2-year follow-up // Acta Psychiatr. Scand. – 1997. - Vol. 96. - P. 483-491.
19. Dixon L., Adams C., Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. – 2000. – Vol. 26, N1. -P. 5-20.
20. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе. Методические рекомендации. Пособие для врачей. / Сальникова Л.И., Семенова Н.Д., Сторожакова Я.А., Висневская Л.Я., Шмуклер А.Б., Мовина Л.Г., Давыдов К.В., Дароднова А.С., Есянц Ж.Л. (под ред. Гуровича И.Я.), 2003.
21. Солохина Т.А., Ястребов В.С., Цапенко А.И. и др. Организация социально-психологической помощи родственникам психически больных // Методические рекомендации. – НЦПЗ РАМН. – М., 2010. - С. 3-25.

## **Синдром Кандинского-Клерамбо у пациента с нейросифилисом. Клинический случай**

Голосов Е.А.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко»  
Санкт-Петербург

В настоящее время весь мир, в том числе Российская Федерация находится на этапе «подъема заболевания» нейросифилисом. Увеличение заболеваемости нейрролюиса, особенно его поздними формами, обусловлено отдалёнными последствиями последней эпидемии сифилиса в середине 1990-х гг.



(заболеваемость сифилисом в 1997 г. составила 277,6 человека на 100 тыс. населения), во время которой часть больных либо уклонялась от терапии, либо получала недостаточное лечение. Зарубежные исследователи связывают увеличение распространённости нейросифилиса с учащением агрессивного течения сифилиса, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией. Психические отклонения, наблюдаемые при нейролюисе, крайне полиморфны, могут «маскироваться» под течение аффективных, шизофренических, органических психозов, однако в любом случае, при тщательном анализе анамнеза, психопатологической симптоматики выявляется определенная последовательность в развитии и прогрессировании заболевания.

#### **Описание клинического случая.**

Пациент И., 54 года. Наследственность отягощена, отец страдал алкоголизмом много лет, избивал жену, повесился через 2 месяца после смерти матери пациента. Мать по характеру деятельная, активная, скончалась от инсульта, когда пациенту было 18 лет. Родился срочными родами, от нормально протекавшей беременности в полной семье, единственным ребёнком. Рос и развивался нормально. ДДУ не посещал, в школу пошёл со сверстниками, с 7 лет. С 3 по 10-й класс проживал в интернате, обучаясь в сельской школе в соседней деревне (в связи с закрытием школы в родном селе). До 8 класса учился отлично, затем успеваемость снизилась, стал меньше времени уделять учёбе. 4 года с 7 класса занимался самбо. Школу окончил с посредственными результатами. В период обучения из предметов выделял точные науки. После окончания школы поступил в техникум. В период летней сессии на первом курсе у пациента умирает мать, через 2 месяца – отец. В течение 4 месяцев после этого переносил эпизод сниженного настроения, сопровождавшийся тоской, адинамией, «не мог плакать». Окончив первый курс, был призван в армию, проходил службу в Средней Азии, где аффективный фон выровнялся. В период службы часто ходил в «самоволку», распивал местные спиртные напитки. Демобилизован на общих основаниях, в срок. Продолжил обучение в техникуме, получил специальность техник-электрик по силовому оборудованию. В возрасте 24 лет переехал в Ленинград, где жил его дядя, в течение 7 лет работал на крупном предприятии. Параллельно окончил заочное отделение технического вуза, получил профессию инженер-электрик судостроитель. Женится, от брака имеет сына, в возрасте 22 лет. На предприятии получил повышение, работал на должности контролёра отдела автоматики. В период перестройки попал под сокращение. Пытался заниматься бизнесом – безуспешно. Алкоголизировался, имели место беспорядочные половые связи. Запойные состояния не переносил, к наркологам не обращался. В дальнейшем в течение 15 лет работал кровельщиком. В возрасте 38 лет под влиянием жены, которая покупала соответствующую литературу, увлёкся «лечением доктора Малахова», стал читать книги по восточной медицине, практиковать дыхательные практики, «когда необходимо интенсивное глубокое дыхание и параллельная концентрация внимания на месте, которое нужно вылечить». Соблюдал определённую диету - без мяса и сала, «чистил печень», для чего выпивал стакан растительного масла и стакан лимонного сока, после чего вызывал рвоту. Например, в один из таких сеансов «из печени с матами вылетел демон», видел его

«на энергетическом уровне», в виде «чёрного аморфного существа, которое ругалось матом и улетело в астрал». Регулярно практиковал медитации, когда целенаправленно концентрировал внимание «на точке в мозге», настолько интенсивно, «что все мысли пропадали», «сам становился точкой», «видел яркий свет, который медленно расширялся». В таком состоянии чувствовал «все семь чакр», «потoki энергии инь и янь, между задним проходом и причинным местом». Посещал секции восточных единоборств, общался с тренерами на тему нетрадиционных духовных и оздоровительных практик.

В возрасте 49 лет, без внешнего провоцирующего фактора в течение 3 месяцев состояние стало ухудшаться: снизилось настроение, возникла тоска, адинамия, апатия, снизился аппетит, появились расстройства сна в виде гиперсомнии. В это время работал охранником, спал на рабочем месте, за короткий период сменил несколько мест работы, в связи с тем, что увольнялся за ненадлежащее исполнение обязанностей. Дома ничем не занимался, большую часть дня лежал на диване, перестал следить за собой. Год провёл в таком состоянии, к специалистам не обращался, практически не работал, лишь на короткое время устраивался в различные места (охранник на автостоянке и т.п.).

Через полтора года стал обнаруживать дизартрию, заметно нарушилась артикуляция, говорил смазано, «жена не понимала, что говорю». Параллельно нарастала активность, самостоятельно стал искать места работы, нашёл несколько подходящих вариантов, занялся получением лицензии охранника. Появились нелепости в поведении: покупал в магазине ненужные продукты в большом количестве (например, купил 6 банок сметаны, 6 пакетов молока, 6 десятков яиц), ползал по полу в маршрутном такси, собирая мелочь. Перестал следить за внешним видом, ходил в грязных и рваных вещах, не брился, одевал по несколько трико вместо брюк, шорты на штаны, ходил в таком виде по улице. Стал рассеянным, забывал различные мелкие вещи – потерял несколько шапок, трудовую книжку, ключи от дома. Просил у супруги деньги, которые тратил без остатка. Собирался брать кредит под большие проценты. Обнаруживал расстройства пищевого поведения – дома смешивал несколько блюд в одной тарелке, доедал за сыном и женой, вылизывал тарелки. Обратился в ателье с просьбой обшить всю куртку бобровым мехом и пришить на всю поверхность карманы. Стал безразлично относиться к сыну. Был раздражительным, суетливым. Дома, не имея специальных навыков, взялся чинить газовую плиту, после чего последовал взрыв. В связи с таким состоянием по настоянию жены впервые обратился к психиатру по месту жительства.

Был направлен в дневной стационар, где получал терапию нормотимиками. В ДС сохранялись нелепости – ходил в туалет в ванной комнате, спал в не предназначенных для этого местах, терялся, заходил в чужие палаты. В поведении был агрессивен, дома угрожал сыну палкой, дрался с женой. Отмечалась обедненность мимики, гримасничал, на вопросы отвечал стереотипными фразами, создавал впечатление интеллектуально-мнестически сниженного, обнаруживал конкретно-ситуационный характер мышления, эмоциональное огрубление. На МРТ выявлялись явления наружно-заместительной гидроцефалии, очаговые изменения головного мозга дистрофического характера. В нерабочие дни являлся в

дневной стационар с просьбой его покормить, лежал на стульях в коридоре, бегал по этажам, не узнавал лечащего врача. В связи с несоблюдением режима был переведён в отделение психиатрической больницы. В отделении состояние оставалось неустойчивым, определялось континуальной сменой аффекта от эйфорически-гипертимного до тревожно-суетливого, снижение чувства дистанции, в беседе часто использовал жаргонизмы. Обнаруживал неврологическую симптоматику в виде дизартрии, сенсомоторной афазии, нарушения зрительно-пространственного гнозиса, ночью регистрировались эпизоды дезориентировки, становился суетливым, не мог найти свою кровать, терялся. При экспериментально-психологическом исследовании выявлялась нейродинамика с признаками выраженной органической стигматизации; демонстрировал нарушения зрительно-пространственного гнозиса; IQ=79 баллам (уровень «низкой (плохой) нормы»); кратковременная память – без снижения; выявлялись явления амнестической афазии лёгкой степени выраженности, аграфии 2-го порядка, акалькулии 2-го и 3-го порядка, нарушения функций пальцевого гнозиса, основная локализация органических нарушений по результатам нейропсихологических проб, в лобных и теменно-затылочных отделах правого полушария ГМ; был склонен к обстоятельности и ригидности мыслительного процесса; имели место структурные нарушения операциональной сферы мышления по типу искажения. Обнаруживал лёгкость формирования экстрапирамидной симптоматики в виде лекарственного паркинсонизма и акатизии на приём галоперидола, клопиксола, сафриса, в меньшей степени оланзапина, резистентность при терапии кветиапином. В ходе выполнения стандартных лабораторных исследований у пациента впервые выявлен лейкоцитоз 9,9 на 10<sup>9</sup>, увеличение СОЭ до 25 мм/ч, положительные результаты серологических проб сифилис: Ig сумм. +, микрореакция 2+, РПГА 3+, РИФ абс IgG 4+, РИФ 200 IgG 4+.

Стабилизации состояния удалось добиться после проведения трёхкомпонентной терапии: антипсихотики (зипрекса МСД 20 мг) + нормотимики (энкорат-хроно МСД 1800) + антибиотикотерапия (получал натриевую соль пенициллина в/в 12 млн в 400 мл физраствора 2 раза в день, двукратным курсом по 20 дней с перерывом в 2 недели). На момент выписки в состоянии обнаруживался субэйфорический аффект, неврологические знаки.

Повторные две госпитализации в ПБ были связаны с утяжелением поведенческих нарушений на фоне нерегулярного приёма поддерживающей терапии. Наблюдались расстройства пищевого поведения, ел неразборчиво, всё подряд, в большом количестве, чувство насыщения было резко притуплено. Был безразличен к жене, сыну, который в это время находился на реабилитационном этапе после пережитой автомобильной катастрофы. К трудоустройству попыток не предпринимал, высказывал надежду об «установлении бессрочной группы». Фон настроения был близок к эйфорическому, был беззаботен, вне стен больницы много бесцельно гулял. Интересы были представлены сугубо витальными потребностями. Выявлялись нарушения когнитивных функций, снижение мнестических способностей, например, помнил даты основных государственных праздников, однако с трудом вспоминал дни рождения сына и жены, некоторые важные факты из своей биографии. Не интересовался текущим социально-

экономическим положением в стране, не смотрел телевизор. В период пребывания в стационаре обнаруживал отстраненность от окружающих, большую часть дня проводил в одиночестве, «ставил рекорды», когда ходил по территории (около 40 км в день), загорал обнаженным посреди больницы. «Медитировал», с явным удовольствием посвящал в свои «знания» лечащего врача. Сообщал, что способен «улавливать энергию Инь и Янь», рисовал подробные схемы, на которых изображал Витрувианского человека с входящими «векторами энергии Инь около родничка» (в области *fonticulus anterior*), которая «в дальнейшем обволакивает череп... спускается по трахее... дальше в бронхи... обволакивает печень, почки и выходит между копчиком и анусом...», энергию Янь описывал аналогично, с местом «входа» через пятки, «поднимающуюся по ногам и выходящей через пенис». Данную энергию описывал, как «приятные ощущения покалывания... щекотки... как-будто кто-то языком лижет по коже...». Ухудшение состояния происходило постепенно. Ночами почти не спал, в туалет ходил с кружкой, пил мочу, другие пациенты жаловались, что больной неоднократно мастурбирует в течение ночи, оголяется. На замечания со стороны персонала и врачей реагировал кратковременно, в следующую ночь подобные инциденты повторялись. При беседе с лечащим врачом сообщал, что «научился управлять энергией... полностью подчинил её себе», предлагал «почувствовать ее вибрации», подержав руки между его расставленных ладоней. Днём персонал обнаруживал пациента стоящим в неестественной позе – стоя сгибался в пояснице под определенным углом, через некоторое время разгибался, менял положение, снова застывал в неестественной позе. Сообщал, что таким образом «включает и выключает энергию», что «всего позиций 10» (каждая зависит от угла наклона по отношению к полу, пять вперед и пять назад). В это же время стал обнаруживать галлюцинаторную симптоматику. «Слышал в голове голоса 20 человек» (локализовал несколько голосов в области обеих теменных областей и несколько в области скуловых костей). Мог «мысленно общаться с лечащим врачом, заведующей отделением, старшей сестрой, женой, сыном, пациентами из отделения, выписанными или на тот момент пребывающими в отделении». Различал их по тембру, силе звучания, некоторые слышал в виде отголосков, «как-будто издалека», некоторые достаточно ясно и разборчиво. Сообщал, что способен «насылать энергию на лечащего врача, приказывать лечащему врачу включать и выключать её силой мысли...». При приёме лекарств вечером, сообщал, что «лечащий врач сказал идти в свою палату... я должен идти...», пил лекарства в определенной последовательности, «там мне сейчас врач сказал...». Отмечал чувство «сделанности настроения» в зависимости от того, «что сказал врач». При расспросе обнаруживал идеи переоценки собственной личности, считал, что «данная возможность управлять энергией доступна только ему, что ему позволяют это всевышние силы...», сообщал о «планах нести данное учение в люди... возможно каким-то образом применить это для лечения человечества...». Параллельно данной симптоматике выявлялся эйфорический фон настроения, пытался шутить, постоянно посмеивался, улыбался. Обнаруживал снижение когнитивных функций, например не мог пояснить выражение «отец брата и брат отца», диффузное снижение памяти, счет по Крепелину выполнял с ошибками, почти во всех действиях, однако правильно трактовал поговорки,

пословицы. В течение 3 недель получал максимальные дозировки препарата сафрис – безрезультатно. Симптоматика постепенно трансформировалась: «голоса» сообщали больному о том, что «его жена была изнасилована врачом...», «сына хотели убить, залезли на третий этаж диспансера, где он находился, сестры из отделения и врач, душили его, но он отбил...», «лечащий врач думал о том, чтобы соблазнить его жену», «пациент М. задумал отобрать у него энергию, однако Всевышний защитил его...». Тут же сообщал, что «хочет оформить сыну первую группу инвалидности...» Данные «фаты» проецировал в прошлое, как «реально происходившие события». крайне противоречиво, сбивчиво излагал эти «видения», ежедневно данные «факты» меняли своё содержание, и несмотря на то, что носили скорее негативный характер, связанный с «убийствами, изнасилованиями, соблазнами...» какого либо отрицательного эмоционального ответа со стороны пациента не носили. Своё настроение характеризовал, как «очень хорошее».

### **Анализ случая**

В преморбиде – мозаичная личность, с циклоидными, аутистическими чертами. С подросткового возраста обнаруживает аффективные фазы обоих полюсов: реактивные депрессивные фазы, длившиеся 3-4 месяца, с чертами эндогенности (с тоской, адинамией, «не мог плакать»), преобладающими многолетними гипоманиями. В зрелом возрасте, индуцируемый супругой, большое внимание уделяет аутистическим увлечениям – практиковал восточную и нетрадиционную медицину, медитацию. Изменения сознания сопровождались квазипсихотическими состояниями (тактильными, зрительными, слуховыми), близкими по своей природе галлюцинациям воображения Дюпре. В последующем на фоне относительного благополучия, трудоустроенности, возникли нарушения сна по типу гиперсомнии, снижение работоспособности, повышенная утомляемость, апатия, истощаемость, снижения памяти, элементы слабодушия, которые в настоящий момент можно трактовать, как дебют нейросифилитического процесса по типу «общеорганической психической слабости», «неврастенической стадии». Далее отмечается смена аффекта, представленная монотонным субэйфорическим, гипертимно-дурашливым фоном настроения, нелепыми поступками, совершаемыми пациентом, нарастающими органоидными чертами, в виде нарушения внимания, до достаточно выраженной рассеянности. Активность носила характер хаотичной суетливости, выявлялось интеллектуальное снижение, в особенности нарушения социального интеллекта. Параллельно возникли отдельные неврологические знаки (дизартрия). На фоне лечения нейролептиками, нормотимиками, антибиотиками состояние стабилизировалось, по выписке обнаруживал дефицитарную симптоматику органической природы.

В последующем сохранялся эйфорично-монотонный, псевдопаралитический симптомокомплекс, с дурашливостью, неустойчивостью внимания, персеверативностью и обстоятельностью мышления, снижением критических и прогностических способностей, нарушений аппетита по типу булимии, сексуальной расторможенностью, расстройствами социального поведения. Изначально состояние расценивалось в рамках циркулярной формы нейросифилиса (депрессивная форма + маниакальная). В дальнейшем ухудшение в

виде возникновения параноидной симптоматики, представленной множественным вербальным галлюцинозом, явлениями идеаторных, сенсорных и, возможно, кинестетических автоматизмов, в виде явлений «открытости мыслей», «звучания мыслей», сделанности настроения, чувств, ощущений «движения энергии» по телу, которую «по команде» могут «включать» посторонние люди, вызывающей приятные ощущения. Данные переживания нельзя в полной мере отнести к сенестопатиям, в широком понимании этого слова; т.к. они носят, как правило, неприятный характер. В данном случае мы можем говорить о «патологических телесных сенсациях», близких по своей природе к гиперестезиям. Стоит отметить, что, в отличие от классических случаях сенсорных автоматизмов, данные ощущения пациент может вызывать самостоятельно. Обращает на себя внимание присутствие инвертированного варианта синдрома Кандинского-Клерамбо, когда пациент сам может совершать подобные «действия». Учитывая наличие идей собственной переоценки, а также высказывания, близкие к идеям величия, и эйфоричный фон настроения, можно говорить о парафренизации процесса, что является достаточно типичным для течения «прогрессивного паралича». В дальнейшем в структуре психоза отчетливо прослеживаются конфабуляторные переживания, которые требуют отдельного внимания. В нашем случае мы можем говорить о смешанной природе: наблюдались т. н. паралитические конфабуляции (учитывая нелепость высказываний пациента, и природу самого заболевания), а также, учитывая псевдогаллюцинаторный характер воспоминаний - «факт», узанный в галлюцинаторном переживании («убийство сына... изнасилование жены»), фиксировался памятью как реальное событие и проецировался в прошлое, где в действительности места не имел), можно говорить о галлюцинаторных воспоминаниях Кальбаума (Кандинский называл их фанторемиями или апперцептивными галлюцинациями), их абстрактной форме.

В рамках дифференциальной диагностики целесообразно разграничение с шизофреническим процессом. Психиатр Плаут обращает внимание, что при сифилитических шизофреноподобных психозах эмоциональное отупление и падение инициативы не являются продуктом постепенного развития, а наступают сразу в начале болезни. В нашем случае стоит говорить даже о «псевдопаралитическом типе дефекта». По данным Молчанова и Гулямова, при сочетании шизофрении и люэса галлюцинации носят «несформированный характер», никогда не принимают форму ясно очерченных вербальных галлюцинаций, близки по своей структуре к акоазмам. Явления психического автоматизма отличаются бедностью содержания, элементарностью и абортивностью. Гиляровский подчеркивал, что органические изменения, связанные с нейролюэсом, «смывают» шизофреническую симптоматику, делают её бедной и уплощённой. В нашем случае мы такого не наблюдаем.

Важным диагностическим критерием также может послужить дальнейшее изменение состояния пациента и его динамика. В большинстве описанных в литературе случаев «чистого» сифилитического психоза он проходит чётко очерченные стадии: 1. Церебрастенический продромальный период (с возможными псевдопаралитическими, маниакальными или депрессивными явлениями в длиннике). 2. Вербальный галлюциноз с явлениями психических

автоматизмов. 3. Ипохондрическая стадия (сенестопатиями, обонятельными галлюцинациями, ипохондрическим бредом)

По замечанию Леонгарда, такого рода психозы (сифилитические) могут быть диагностированы только после длительного многолетнего наблюдения, в течение которого у больного не развиваются никакие признаки шизофренического дефекта.

#### **Выводы.**

Таким образом, данный клинический случай имеет не только важное клиническое, но и практическое значение для клиницистов. Он наглядно показывает, что синдром Кандинского-Клерамбо, привычно рассматриваемый как признак заболеваний преимущественно эндогенного спектра, также встречается и при экзогенных расстройствах.

#### **Литература**

1. *Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении: руководство для врачей* / А. В. Самцов, И. Н. Теличко, А. М. Иванов и др. / Под ред. А. В. Самцова. – СПб.: СпецЛит, 2006.
2. *Гулямов М.Г. Диагностическое и прогностическое значение синдрома Кандинского.* - Душанбе: Ифрон, 1968.
3. *Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях.* - Н. Новгород: «Издательство НГМА», 2001.

## **Клинические и терапевтические подходы к тревожным состояниям: нестандартное мнение о типовой проблеме**

Дмитриев М.Н.

Ростовский государственный медицинский университет  
Ростов-на-Дону

Не существует людей, никогда не испытывавших тревогу. За последние десятилетия во всем мире отмечается постепенный рост диагностики тревоги, как патологического состояния, который достигает уровня 5-6% взрослого населения [1, 6, 7]. С сомато-вегетативными, поведенческими и психическими проявлениями этого расстройства сталкиваются специалисты самого разного профиля – от психологов и социальных работников до врачей различных специальностей, прежде всего психиатров и неврологов [10]. Это неизбежно приводит к проблемам, заключающимся в понимании генеза, структуры, динамики и прогноза этого достаточно неспецифичного биопсихосоциального феномена [1, 2, 3]. Именно эти аспекты будут предопределять эффективность оказания помощи пациентам.

В настоящее время распространено мнение о т.н. спектре тревожных расстройств, в котором наиболее часто выделяют пароксизмальные формы – эпизодическая тревога или панические атаки и перманентные формы – генерализованное тревожное расстройство [7, 9, 10], хотя часто подчеркивается перекрещиваемость (общность) симптоматики этих диагностических единиц.

В зависимости от медицинских школ и взглядов существует целый спектр мнений, как на преморбидные особенности пациента (включающие наследственно-генетические факторы, микроанатомические изменения отдельных структур головного мозга, личностные и характерологические особенности, тонус, реактивность и обеспеченность вегетативного реагирования организма), так и дополнительные факторы predisпозиции (астенизацию, наличие сомато-неврологического заболевания, стереотип реагирования в стрессовых ситуациях, и т.п.), и на акценты клинических проявлений (наличие ситуационного конфликта, собственно структура патологии, последующей динамики симптомов и т.д.) [1, 2, 3, 5, 9, 10].

Пришедшая с Запада модель многоосевой диагностики, и акцент на формализованных психометрических опросниках [3, 6, 7, 10] привели к достаточно простому выявлению и типированию психовегетативных феноменов, являющихся основными составляющими тревожных состояний, людьми, могущими не иметь достаточного уровня психиатрической подготовки. При этом наиболее активными проводниками западных ментальных диагностических алгоритмов в нашей стране выступили как раз неврологи [7], поставившие т.н. психовегетативный синдром в центр всех диагностических моделей. При этом происходила и происходит важная для понимания сущности страдания подмена – априори непсихотический уровень тревожных расстройств зачастую смыкается с их типированием как невротического, т.е. психогенного или стрессиндуцированного, заболевания. И тогда акцент на изучении особенностей паники связывается с поиском невротической астенизации, личностных конфликтов, присоединении дополнительных обсессивно-фобических симптомов и реакций [3, 5]. А поскольку начало тревожных пароксизмов все более смещается в сторону молодого возраста, то и типовые социально обусловленные стрессорные факторы (через которые проходят практически все люди) при относительной слабости или неразвитости в этом возрасте копинг-стратегий, объявляются причиной формирования патологии [6, 7, 10].

Такая позиция приводит к тому, что акцент в оказании помощи этим пациентам смещается в сторону психотерапевтических методик [3, 5, 10]. Действительно, сейчас наиболее часто применяют поведенческую и когнитивно-поведенческую психотерапию, которая входит во многие руководства и стандарты оказания помощи [6]. Возможно применение релаксационных методик, суггестивных методов, а также психоанализа.

При этом существует точка зрения [10], что такое психологическое консультирование и психокоррекция может проводиться даже врачами общей практики, специально обученными медицинскими сестрами, психологами. Если смотреть на тревожные состояния как на самостоятельный клинический феномен, то такое мнение представляется логичным в виду большого потока пациентов,



которые как раз идут в неспециализированные (непсихиатрические) медицинские учреждения в связи с наличием различных т.н. паникоассоциированных сомато-вегетативных и функциональных неврологических симптомов [1, 2, 6, 7].

Следующим логичным шагом предоставляется возможность использования т.н. альтернативных методов лечения (мануальной терапии, рефлексотерапии, рейки, гомеопатии, исцеление кристаллом, биоэнергетических методик и т.п.) [10]. Несмотря на то, что эти экзотические способы целительства не входят ни в какие стандарты, они распространены в различных странах – от Великобритании до России. При обсуждении таких дополнительных методик с пациентами существуют рекомендации прямо не запрещать посещения таких занятий, но при отсутствии эффекта после нескольких сессий советовать их не продолжать.

Дискутабельным является вопрос об адекватности использования ноотропно-метаболических (церебропротективных) препаратов (фенибут, пантогам, мексидол, цитофлавин, кортексин и т.п.), которые очень широко применяются неврологами и терапевтами в нашей стране, для «борьбы» с якобы существующими гипоксическими или иным метаболическим звеньями патогенеза тревоги. Очевидным является лишь факт, что все эти препараты являются лекарственными средствами с недоказанной эффективностью. Тем более что практически никакими параклиническими способами невозможно подтвердить «клеточную гипоксию», «транзиторное сужение сосудов» (без гемодинамически значимого стеноза у молодых и зрелых людей) и иные бытующие легенды по поводу этиопатогенеза проявлений тревоги. Пациенту проводится не тот алгоритм терапии, который был бы адекватен его текущему статусу и анамнезу, а тот, который легче всего отвечает установочным псевдостандартам неврологического или терапевтического отделения.

В специальной литературе на момент написания статьи не удалось найти литературных обзоров, посвященных прямым негативным последствиям таких психолого-невролого-парамедицинских подходов к терапии тревожных состояний. Но на практике приходится регулярно сталкиваться с тремя их проявлениями. Во-первых, это потеря времени жизни пациента (снижение качества жизни) и пропуск того оптимального терапевтического окна, когда еще нет вторичных невротических фиксаций, нет ятрогенной псевдорезистентности. Во-вторых, это рост стигматизации психолого-психиатрической помощи и медицинской помощи в целом, разочарование в возможности выздоровления пациентами. Тем более что такие нестандартные терапевтические мероприятия часто являются весьма дорогостоящими. В-третьих, это индуцированное ухудшение психического состояния, в т.ч. появление более «кристаллизованных», тяжелых психопатологических проявлений. Наиболее наглядным здесь может быть примеры манифестации аутохтонных расстройств аффективного или шизофренического спектра после рефлексотерапии или ноотропов.

Почему такое оказывается возможным? Корень проблемы лежит как раз в понимании места тревожных расстройств в диапазоне психических заболеваний. Существующий феноменологический подход [6, 9, 10] привел не просто к упрощенному, но достаточно одностороннему пониманию как самих тревожных психовегетативных синдромов, так и их связи с другими психопатологическими

синдромами и заболеваниями. Была принята своеобразная «паникоцентрическая» модель [6, 7] в рамках которой любые иные психические расстройства рассматривались как вторичные по отношению установленному диагнозу панических атак. Когда временные критерии или стереотип развития тревожных симптомов и других психических расстройств не укладывались в концепцию первичности (доминирования) психо-вегетативного синдрома, то эти заболевания рассматривали как проявления коморбидной патологии [6, 7, 8].

По отдельности описывались особенности проявления тревоги при неврозах [5], особенно при конверсионном (истерическом) неврозе [1, 5, 7]. Описаны особенности течения тревоги при личностных расстройствах [1, 5, 7]. А вот при эндогенных (аутохтонных) заболеваниях тревожные расстройства чаще всего трактуются как коморбидная патология [8]. Или же возникновение депрессии расценивают как своеобразную динамику панического расстройства [6], т.н. «вторичную депрессию». При этом, обобщая понятие «депрессия» и как синдрома и как заболевания, не выделяя критериев ее отличия от аутохтонной депрессии дистимического уровня. Анализ современной литературы [8] показывает, что тревога может входить в структуру по сути всех синдромальных проявлений спектра аутохтонных аффективных расстройств – от «большой» монополярной депрессии до биполярного расстройства I и II типов. Панические атаки могут быть началом развития эндогенной депрессии [1], тревога может быть индикатором развития смешанного аффективного состояния. Психовегетативные пароксизмы могут не только сочетаться с истинными эпилептическими припадками, но быть и собственным проявлением эпилептической активности [4]. Накапливаются данные [цит. по 2, 8], что некоторые тревожные расстройства поддаются терапии только атипичными антипсихотиками, что ставит вопрос об истинном диагнозе таких «паник», тем более, что описаны особенности течения тревоги в рамках шизофрении [1].

Вышеизложенное приводит к точке зрения о целесообразности изменения взглядов на систематику тревожных приступов/расстройств [2]. С учетом преобладания пароксизмальных форм дебюта психовегетативных нарушений за основу была взята классификация эпилепсии. В качестве модели предлагается принцип деления по происхождению пароксизмов на первичные (идиопатические) и вторичные (симптоматические) формы, исходя из структурно-динамического анализа статуса и анамнеза. Так, к *первичным* (идиопатическим) будут относиться те, которые совпадают с понятием классического панического или генерализованного тревожного расстройства и являются самостоятельной формой нервно-психической патологии. *Вторичные* (симптоматические) представляют собой компонент более сложного психического заболевания на различных этапах его развития, т.е. синдромотаксиса [2]. Среди симптоматических форм преобладают *аффективные*, когда психовегетативные пароксизмы являются элементами рекуррентного депрессивного или биполярного аффективного расстройства. Тревожные пароксизмы могут быть *шизофренического* генеза. Они возникают как проявление шизотипического расстройства, часто сочетаясь с разнообразными вычурными сенестопатически-алгическими феноменами и ипохондрией, обсессивно-компульсивными расстройствами. Необходимо

учитывать возможность появления тревожных приступов на этапах развития шизоаффективных психозов и при приступообразно-прогредиентном типе течения шизофрении (аффективно-бредовые приступы и шубы). К симптоматическим можно отнести *эпилептические* (варианты аур) и *органические* (пароксизмы при наличии структурных поражений мозга неэпилептической природы) формы.

Отдельно целесообразно остановиться на видах *невротических* тревожных пароксизмов. Они могут быть представлены несколькими вариантами: декомпенсаций существующей акцентуации личности, истерическими (диссоциативными, конверсионными) неврозами, а также иными невротическими расстройствами (например, неврастенией).

Допустимо рассматривать *смешанные* формы. Примером может служить сосуществование у одного пациента панических атак двух видов: как парциальных эпилептических припадков (соматосенсорных или вегето-висцеральных аур) и как невротической реакции личности при стрессовой ситуации (факт генерализованного припадка в людном месте) [4].

Предложенный подход, безусловно, требует большего уровня знаний проявлений и закономерностей развития психической патологии, более глубокой подготовки специалиста, чем типирование синдромов по опросникам. Понятно, что в новых моделях DSM и МКБ с факторным анализом психопатологических феноменов в крупных популяционных исследованиях вряд ли кто-то будет утруждать себя тонкостями клинического анализа форм тревожных пароксизмов у конкретного пациента.

Однако типирование панических атак или генерализованной тревоги по предложенной классификации в повседневной практике врачами позволяет добиться значимых результатов: значительно оптимизировать алгоритмы клиничко-параклинических исследований и выявить приоритет тех или иных терапевтических стратегий: от выбора базовой психотерапевтической методики, до обоснованного выбора антидепрессанта, нормотимика или атипичного нейролептика. Также будут более понятны алгоритмы поддерживающей терапии и прогноз болезни. В научном плане – выделение клинических форм тревожных расстройств позволит делать более точные и репрезентативные научные исследования по изучению их биомаркеров и установлению истинной коморбидности, котимии или соподчиненности с иным психическим заболеванием.

## Литература

1. Баранов П. А. *Паническое расстройство (клиника, диагностика, терапия). Пособие для врачей (электронная версия)*, <http://www.psychiatry.ru/stat/56>. (дата обращения 10.12.2016г).
2. Дмитриев М.Н. *О понимании сущности пароксизмальных психовегетативных расстройств // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. – 2014. – Т. 6. № 3. – С. 61-64.*
3. Зиньковский А.К., Юров И.Е. *Клинико-психологические, гемодинамические и патобиохимические аспекты тревожных расстройств в динамике их лечения. – Тверь, 2006. – 304с.*

4. Калинин В.В. *Аффективные и тревожные расстройства у больных эпилепсией: вопросы феноменологии и адекватной терапии // Вестник эпилептологии. – 2008. – № 1. – С. 13-17.*
5. Ковалев Ю.В. *Клиническая типология и динамика тревога при невротических расстройствах. – Ижевск, 2012. – 279 с.*
6. МакГлин Т.Дж., Меткалф Г.Л. *Диагностика и лечение тревожных расстройств / Руководство для врачей – “Анджон Кампани”, 1993: Копия под ред. Ю.А. Александровского, из Am. Psychiatric Press, 1989. – 119 с.*
7. *Панические атаки / Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В. и др. – СПб: 1997 – 304 с.*
8. Петрова Н.Н. *К вопросу о коморбидности биполярных аффективных и тревожных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т.26. №2 – С.106-110.*
9. *Психиатрия и психотерапия: справочник/ Лукас Г., Мёллер Х.-Ю. – М., 2011 – 512с.*
10. *Turner Trevor /Тёрнер Т. Тревога: Ответы на ваши вопросы. –Будапешт, 2003. – 192с.*

## **Уровень экспрессии мРНК рецепторов нейротрансмиссии на лимфоцитах периферической крови как возможный биомаркер антипсихотик-индуцированного увеличения массы тела**

Ершов Е.Е.<sup>1,2</sup>, Тараскина А.Е.<sup>1,3</sup>, Заботина А.М.<sup>1,2</sup>, Насырова Р.Ф.<sup>1,2</sup>,  
Сосин Д.Н.<sup>1</sup>, Грунина М.Н.<sup>3</sup>, Крупицкий Е.М.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ

<sup>2</sup> СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 имени П.П. Кашенко»

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский ГМУ им. акад. И.П.Павлова» МЗ РФ  
Санкт-Петербург

**Введение.** Антипсихотики второй генерации, «атипичные», являются одними из наиболее эффективных лекарственных препаратов для стабилизации различных симптомов расстройств шизофренического спектра. В отличие от типичного профиля своих предшественников, атипичные антипсихотики влияют на ряд рецепторов нейротрансмиссии, включая адренергические, гистаминовые и серотониновые рецепторы, с меньшим антагонистическим эффектом к дофаминовым рецепторам 2 типа. Именно поэтому, они значительно реже вызывают экстрапирамидные побочные эффекты [1].

Однако следует отметить, что прием атипичных антипсихотиков нередко сопровождается клинически значимым увеличением массы тела / ожирением, которое может приводить к дальнейшим осложнениям, таким как инсулинорезистентность, диабет, нарушение липидного метаболизма, сердечнососудистые патологии. Кроме того, ожирение является социальной проблемой, ассоциируемой с низким качеством жизни, а именно депрессией, низкой самооценкой и отказом от приема антипсихотиков. Метаболические

перестройки под действием препаратов могут развиваться как за короткий период (4 недели), так и за длительный срок (спустя 6 месяцев терапии) [1-3].

Группа антипсихотиков второй генерации включает препараты с различной химической структурой, различными «мишенями» воздействий и профилем риска развития метаболических побочных эффектов. Оланзапин – это атипичный антипсихотический препарат, который широко используется в клинической практике из-за своей высокой эффективности и хорошей переносимости. Но, несмотря на то, что оланзапин улучшил качество жизни миллионов пациентов с расстройствами шизофренического спектра по всему миру, он имеет высокий риск увеличения массы тела (около 30% случаев) по сравнению с традиционными антипсихотиками, и рядом его атипичных аналогов [5, 6].

Антипсихотик-индуцированный набор веса частый, но не постоянный, побочный эффект антипсихотической терапии. До конца не ясно, почему при приеме антипсихотиков второй генерации у некоторых пациентов развиваются побочные метаболические расстройства, тогда как у других нет. К сожалению, надежных биомаркеров увеличения массы тела (или других негативных побочных эффектов) в настоящее время не существует, и, следовательно, персонафицированная терапия, направленная на снижение риска, остается недостижимой целью [1].

Научная основа развития метаболических побочных эффектов, вызываемых приемом атипичных антипсихотиков, пока еще полностью не раскрыта, это объясняется сложными взаимодействиями между системами, вовлеченными в регуляцию энергетического баланса и широким профилем рецепторного связывания атипичных антипсихотиков.

Рецепторы нейротрансмиссии на лимфоцитах периферической крови (ЛПК), аффинные к оланзапину, могут играть роль в патогенезе побочных негативных метаболических расстройств, а их характеристики показатели (уровень экспрессии генов, количество белка) могут являться предикторами развития данной патологии. Несмотря на некоторые ограничения, определенно доказано, что ЛПК являются суррогатными маркерами для изучения дисфункций нейротрансмиссии при психоневрологических патологиях, а также для мониторинга фармакологических последствий [9-11].

**Цель исследования** – определение количества белка гистаминового H1, серотонинового 5-HT<sub>2A</sub>, дофаминового рецептора 2 типа и анализ экспрессии генов *HRH1*, *5HTR2A*, *ADRA1B*, *DRD2* и *DRD4*, кодирующие рецепторы нейротрансмиссии аффинные к оланзапину. Мы предполагаем, что эти показатели помогут охарактеризовать особенности периферической нейротрансмиссии при терапии антипсихотическими препаратами пациентов с расстройствами шизофренического спектра и определить их роль в феномене антипсихотик-индуцированного набора веса на примере оланзапина.

**Материалы и методы.** После получения письменного информирования согласия в исследование были включены мужчины, европеоидной расы, славянской внешности, постоянно проживающие на территории Северо-Западного региона России, не связанные между собой узами родства, с первым психотическим эпизодом в актуальном психическом состоянии. Данный факт

исключал возможность лекарственно индуцированных перестроек в изучаемых показателях рецепторной нейротрансмиссии. В исследование было включено 57 пациентов в возрасте от 18 до 53 лет с первично поставленным диагнозом расстройство шизофренического спектра (F2 МКБ-10) одной из рубрик: подавляющее большинство пациентов (94,7%) имели нозологии «Шизофрения параноидная» F20.0 (35 человек) или «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении» F23.1 (19 чел). Пациенты в период обследования находились на стационарном лечении в отделении первого психотического эпизода СПб ГБУЗ «ПБ №1 им. П.П. Кащенко» (главный врач - д.м.н. Лиманкин О.В.) с июня 2014 по апрель 2016 года.

Путем рандомизации пациенты были отнесены к одной из двух групп терапии: оланзапин (антипсихотик II генерации (атипичный)) (n=29) и галоперидолом (антипсихотик I генерации (типичный)) (n=28) (группа сравнения) в режиме монотерапии. Выбор препарата, назначаемым пациентам, осуществлялся методом рандомизации. Суточная доза препарата, демографические характеристики и индекс массы тела (ИМТ) пациентов включенных в исследование были сопоставимы ( $p > 0,05$ ). Статистически значимых различий в приведенных показателях между терапевтическими группами не было обнаружено ( $p = 0,166$ , непарный Т-тест Студента, с двумя степенями свободы). Эффективность терапии была оценена с помощью шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS). При наличии у пациентов антипсихотик-индуцированных экстрапирамидных нарушений, существенно снижающих качество жизни, допускалось применение тригексифенидила.

Психометрическая оценка, контроль веса и взятие крови у пациентов осуществлялись в трех точках: до начала приема антипсихотика, через две недели (14 дней) через месяц (28 дней) от начала антипсихотической терапии.

Материалом для исследования служила периферическая венозная кровь, забранная в вакуумные пробирки с 0.5 М ЭДТА (pH 8.0) в качестве антикоагулянта. ЛПК получали центрифугированием с использованием градиента плотности Фиколл-верографин (GE Healthcare Life Sciences), доводили до конечной концентрации  $2 \times 10^6$  клеток/мл.

Выделение лимфоцитарной мРНК проводилась с использованием наборов Qiagen (Германия). Проведение реакции обратной транскрипции осуществлялось с использованием реактивов «Fermentas» (Литва) на амплификаторе марки «Bio-Rad Laboratories» (США).

Уровень экспрессии генов оценивался методом количественной полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени в системе ABI7000 (PE-Applied Biosystems) с использованием флуорогенного зонда TaqMan. ПЦР проводили в 50 мкл реакционной смеси, содержащей 67 мМ Tris-HCl (pH 8.8), 16.6 мМ  $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4$ , 0.1% Triton X-100, 2.0 мМ  $\text{MgCl}_2$ , 5 мкл смеси четырех dNTP (25 мМ), по 15 пмоль каждого праймера и 2,5 пмоль флуорогенного зонда, 5 ед. термостабильной Taq ДНК полимеразы фирмы «Fermentas» (Литва) и 1 мкг кДНК, в 96-луночных планшетах при температурном режиме,  $94^\circ\text{C}$  в течение 15 секунд и  $60^\circ\text{C}$  – 60 секунд, 45 циклов. Реакцию для каждого образца дублировали как

минимум три раза. Эндогенным контролем служил ген *GNB2L1* (guanine nucleotide binding protein (G protein), beta polypeptide 2-like).

Уровень мРНК изучаемых генов выражен в произвольных единицах и был рассчитан с использованием следующей формулы:  $qr = 2^{-\Delta\Delta Ct}$  ( $\Delta\Delta Ct = \Delta Ct \text{ Sample} - \Delta Ct \text{ calibrator}$ ,  $\Delta Ct = Ct \text{ Target gene} - Ct \text{ GNB2L1}$ ).

Белковая фракция была получена путем лизиса лимфоцитарных клеток в буфере, содержащем 1% Triton X-100, 0,5% дезоксихолата натрия, 0,1% SDS, 150 mM NaCl, 50 mM Tris (pH 8.0) и смесь ингибиторов протеаз (#P8340, Sigma-Aldrich, Germany), в течение 20-30 минут на льду, и очищена центрифугированием при 10000 rpm. 15 минут при 4°C. Концентрация общего белка выделенной фракции была измерена с помощью Pierce BCA Protein Assay Kit (Thermo Scientific, USA). Количество белка исследуемых рецепторов была определена в 20 мг общей белковой фракции иммуноферментным методом с использованием коммерческих наборов ELISA kit (Cloud-Clone Corp, USA) согласно инструкции производителя, и представлена в нг/мл.

Статистическая обработка данных была проведена с использованием пакета программы SPSS версия 19 (IBM, USA): сравнение уровня экспрессии между исследуемыми группами, производилось при помощи непараметрических критериев (Краскела-Уолиса и Манна-Уитни); корреляционные зависимости – критерия корреляции Спирмена.

**Результаты и обсуждение.** Определение биомаркеров предикторов безопасности и эффективности антипсихотической терапии обеспечит базу для персонализированных подходов к лечению психических расстройств широкого спектра. Независимыми от полиморфных вариантов генов «маркерами» ответа на антипсихотическую терапию являются экспрессионный профиль генов и количество белка, которые можно использовать как предикторы эффективности и безопасности антипсихотической терапии [10].

Мы в своей работе сосредоточили внимание на изучении показателей, в качестве биомаркеров безопасности, которые, с одной стороны, вовлечены в регуляцию энергетического баланса, с другой, являются мишенями действия фармакологического препарата, индуцирующего метаболические перестройки, приводящие к набору веса.

Статистически значимых различий в уровне экспрессии генов рецепторов нейротрансмиссии перед началом лечения между группами пациентов, определенными путем рандомизации, различающиеся по фармакотерапии (оланзапин/галоперидол), не выявлено ( $p > 0,05$ ). В ходе работы был зарегистрирован интересный факт: несмотря на широкий меж индивидуальный разброс данных, для всех генов, включенных в исследование, на ЛПК отмечалась совместная ко-экспрессия - уровень м РНК генов положительно линейно коррелировал при уровне значимости  $p < 0,01$ , причем достоверная значимость корреляции уровня экспрессии изучаемых генов сохранялась на фоне терапии как на 14, так и на 28 день для пациентов двух фармакотерапевтических групп. В данном исследовании мы впервые показали ко-экспрессию пяти генов рецепторов нейротрансмиссии на ЛПК, сохраняющуюся на фоне экзогенного воздействия, вне зависимости от профиля действия антипсихотического препарата. Ранее нами была

показана ко-экспрессия генов дофаминовых рецепторов двух типов у пациентов с синдромом алкогольной зависимости и здоровых доноров; следовательно, ко-экспрессия генов нейротрансмиссии на ЛПК является стабильным фактом, вне зависимости от нозологии психических расстройств и экзогенного воздействия.

Ранее было показано, что терапия оланзапином приводит к уменьшению плотности гистаминовых рецепторов H1 в вентромедиальном ядре гипоталамуса и снижению уровня экспрессии мРНК соответствующего гена [4]. В ходе нашего исследования достоверных различий в уровне мРНК на фоне терапии антипсихотическими препаратами: до терапии, на 14 и 28 день, не установлено ( $p > 0,05$ ), следовательно, либо периферическая нейротрансмиссия менее подвержена экзогенным воздействиям, либо эти воздействия должны иметь более продолжительными.

Клинически значимым увеличением массы тела за 28 дней терапии считалась прибавка равная или больше, чем 7% веса от исходного показателя. В зависимости от изменения массы тела в ходе терапии, пациенты были разделены на группы: 1 – изменение менее 7% от исходной, 2 – набор веса более 7%. Процент пациентов с достоверным увеличением массы тела, индуцированном антипсихотической терапией, в нашей работе согласуется с клиническими данными краткосрочных испытаний (4 недели) изучаемых препаратов: при терапии галоперидолом он составил 10,7% (3 чел), оланзапином - 27,6% (8 чел).

В качестве предикторов антипсихотик-индуцированного увеличения массы тела были оценены показатели уровня экспрессии и количества белка рецепторов, аффинных к оланзапину, на ЛПК до начала терапии. Для уровня экспрессии генов *HRH1*, *ADRA1B*, *DRD2* и *DRD4* показаны статистически достоверные различия между группами пациентов с различным набором весом при антипсихотической терапии, для гена *5HTR2A* различия были отмечены только на уровне тенденции ( $p = 0,077$ ). Значимые различия практически для всех генов, включенных в исследование, можно объяснить их совместной ко-экспрессией приведенной выше. Причем увеличение массы тела ассоциировалось с пониженной экспрессией генов рецепторов нейротрансмиссии вне зависимости от класса антипсихотического препарата (спектра его рецепторного аффинитета). Для показателей количество белка достоверных различий не зарегистрировано.

### **Выводы.**

Антипсихотик-индуцированное увеличение массы тела сопровождается пониженной экспрессией генов нейротрансмиссии на ЛПК, что должно учитываться при назначении больному антипсихотической терапии, особенно препаратов второй генерации. Но следует отметить, что прежде чем внедрить показатели уровня экспрессии генов рецепторов нейротрансмиссии на ЛПК как диагностический биомаркер безопасности антипсихотической терапии в клиническую практику, необходимо проведение дополнительных исследований для определения четких критериев «низкий»/«высокий» уровней мРНК, применяемых для разделения групп пациентов с различным клиническим ответом на антипсихотическую терапию.



*Работа поддержана грантом РФФ № 14-15-00904 «Антипсихотические средства: разработка персонафицированных подходов к терапии на основе индивидуальных особенностей рецепторной нейротрансмиссии лимфоцитов»*

## Литература

1. Moore T.R., Hill A.M., Panguluri S.K. // *Recent patents on biotechnology* 2014, 8: 152-159.
2. Rojo L.E., Gaspar P.A., Silva H. et al. // *Pharmacological Research*. 2015. 101: 74-85.
3. Gao K., Fang F., Wang Z. et al. // *J Clin Psychopharmacol*. 2016. 36(6): 637-642.
4. Deng C., Weston-Green K., Huang X.-F. // *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 2010. 34: 1-4.
5. Balt S.L., Galloway G.P., Baggott M.J. et al. // *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2011. 90(1): 179-183.
6. Godlewska B.R., Olajossy-Hilkesberger L., Ciwoniuk M. et al. // *The Pharmacogenomic Journal*. 2009. 9: 234-241.
7. Xu S., Gullapalli R.P., Frost D.O. // *Schizophr Res*. 2015. 161(0): 452-457.
8. Singh S.P., Burns T., Amin S., et al. // *Br J Psychiatry: J Ment Sci*. 2004. 185: 452-459.
9. Rollins B., Martin M.V., Morgan L., et al. // *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2010. 153B(4): 919-36.
10. Buttarelli F.R., Fanciulli A., Pellicano C., et al. // *Current Neuropharmacology*. 2011. 9: 278-288.

## Генетический полиморфизм МТНFR677C>Т при шизофрении: эпидемиологические и клинические аспекты

Жиляева Т.В.<sup>1</sup>, Сергеева А.В.<sup>1,2</sup>, Благодравова А.С.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Нижегородская государственная медицинская академия

<sup>2</sup> НИИ профилактической медицины

Нижний Новгород

**Актуальность проблемы.** При шизофрении чаще, чем в общей популяции, выявляются дефицит фолатов, биохимический маркер нарушений обмена фолатов - гипергомоцистеинемия, а также полиморфизмы в генах фолатного цикла (Kinoshita M., 2016). Генетический полиморфизм МТНFR677C>Т наиболее изучен: полиморфный аллель Т (в отличие от дикого аллеля С) делает носителя чувствительным к дефициту фолатов и способствует развитию биохимических нарушений. Согласно отдельным мета-анализам (Muntjewerff J., 2006), носительство Т-аллеля МТНFR677C>Т при шизофрении встречается чаще, чем в общей популяции; при наличии генотипа МТНFR677ТТ вероятность заболевания шизофренией на 36% выше, по сравнению с носительством генотипа СС. Однако

результаты исследований в различных географических областях различаются; по данным E. Zintzaras (2006), ассоциация дефекта гена MTHFR677C>T с шизофренией более выражена среди представителей монголоидной расы, чем европеоидной. В России аналогичных исследований не проводилось.

Согласно J. Roffman (2011), носительство аллеля T гена MTHFR677C>T ассоциировано с большей выраженностью негативных симптомов и исполнительного функционирования при шизофрении. A. Sazci et al. (2005) выявили ассоциацию носительства T-аллеля с мужским полом при шизофрении, у женщин же достоверной разницы со здоровым контролем не обнаружили.

При носительстве аллеля T полиморфизма MTHFR677C>T биохимические нарушения обмена фолатов поддаются коррекции. Поэтому выявление ассоциации этого генетического полиморфизма с шизофренией и различными ее аспектами ставит вопрос о возможности влиять на отдельные характеристики заболевания. Так, J. Roffman et al. (2013) впервые продемонстрировали способность фолатов (витамина B9) улучшать негативные симптомы шизофрении при приеме в дополнение к основной фармакотерапии. Сведений о влиянии фолатов на когнитивные симптомы шизофрении не встречается.

**Целями и задачами** данной работы было:

- изучение ассоциации генетического полиморфизма MTHFR677C>T с шизофренией в российской популяции путем сравнения с группой здоровых доноров крови;
- сравнительный анализ выраженности психопатологических симптомов, особенностей личностного и социального функционирования, соматических особенностей, а также особенностей течения заболевания у больных шизофренией, носителей различных аллелей в полиморфном локусе гена MTHFR 677C>T;
- оценка динамики когнитивных функций на фоне аугментации антипсихотической терапии фолатами у пациентов с носительством дефектного аллеля T.

**Материалы и методы.** 493 пациента с шизофренией, пребывающих в круглосуточном стационаре, и 413 здоровых доноров крови обследованы методом ПЦР на носительство аллелей полиморфизма MTHFR677C>T (пациенты в возрасте от 18 до 65 лет, европеоидной расы, проживающие на территории Нижегородской области).

У 150 пациентов (первых, включенных в исследование) изучена медицинская документация, проведен сравнительный анализ особенностей клиники и течения заболевания у носителей аллеля T (n=77) и генотипа MTHFR677CC (n=73). Часть пациентов обследована с помощью психодиагностических шкал: PANSS (n=52), SANS (n=64), личностного и социального функционирования (PSP, n=76), Калгари для оценки депрессии при шизофрении (CDSS, n=62) и прошли тестирование с помощью батареи когнитивных тестов («Заучивание 10 слов», тесты Струпа, «тэппинг», вербальной беглости, упорядочивания букв и чисел, Мюнстерберга, «башня Лондона» и «шифровка» Векслера, n=66). 118 пациентов обследованы на наличие синдрома недифференцированной дисплазии соединительной ткани (СНДСТ). После

формирования групп сравнения выборки были нормированы по полу, возрасту и длительности течения заболевания методом блоковой рандомизации.

24 пациентам с носительством аллеля MTHFR677T к текущей антипсихотической терапии была добавлена фолиевая кислота per os (0,5 мг/сут). Начало аугментации производилось после редукции острых психотических симптомов. До назначения фолиевой кислоты и через 3-5 недель ее приема производилось тестирование когнитивных функций. 16 пациентов, находившихся в тех же условиях, которым фолиевая кислота не назначалась (n=16), были протестированы дважды с интервалом в 3-5 недель с помощью той же батареи тестов (группа контроля).

Распределение пациентов в основную и контрольную группы осуществлялось по результатам лабораторного анализа (носители аллеля T vs. носители генотипа CC MTHFR677C>T), достоверных различий средних показателей когнитивных функций между двумя группами на момент начала аугментации не отмечалось.

**Результаты.** Носительство аллеля T генетического полиморфизма MTHFR677C>T у больных шизофренией встречается достоверно чаще (253/493, 51,3%), чем у здоровых доноров (173/413, 41,9%), ( $p=0,0057$ ;  $OR=1,462$ ;  $95\%ДИ=1,124-1,903$ ), независимо от пола и возраста. Обнаружено, что носительство дефектного аллеля T у пациентов, обследованных в зимне-весенний период, встречается достоверно чаще, чем у пациентов, обследованных в летне-осенний период (56%, 150/270 против 46%, 103/223 соответственно,  $p=0,0476$ ,  $\chi^2=3,92$  с поправкой Йетса на непрерывность).

Анализ данных об обострении заболевания, отраженных в медицинской документации, подтвердил выявленную закономерность. У 139 из 150 пациентов был идентифицирован месяц обострения заболевания по анамнезу - по последнему году с единственной госпитализацией за год в результате обострения заболевания (исключались госпитализации по социальным показаниям): среди больных с обострением в зимне-весенний период носителей дефектного аллеля T также достоверно больше (36/59, 61%), чем среди пациентов с обострением в летне-осенний период (34/80, 42,5%):  $p=0,047$ ,  $\chi^2=3,95$  с поправкой Йетса на непрерывность.

Носительство дефектного аллеля T изучаемого генетического полиморфизма способствует развитию биохимических нарушений именно в условиях недостаточного поступления фолатов с пищей. Большое число обострений у носителей дефектного аллеля в зимне-весенний период (период наиболее вероятного гиповитаминоза по фолатам в России) позволяет предположить роль дефицита фолатов в качестве фактора, способствующего развитию обострения хронической шизофрении у носителей дефектного аллеля T; в таком случае, дополнительное назначение фолатов в зимне-весенний период данной категории больных может оказывать противоречивый эффект, что требует специального изучения.

Пациенты с носительством дефектного аллеля T, в отличие от пациентов с нормальным генотипом CC, имели достоверно более высокие суммарные баллы по шкалам негативных синдромов (31,4 против 24,4 баллов,  $p=0,035$ ) и общей

психопатологии PANSS (57,0 против 46,0 баллов,  $p=0,0039$ ), SANS (88,75 против 73,3 баллов,  $p=0,042$ ), большую сумму баллов когнитивного кластера PANSS (28,7 против 22,2 баллов,  $p=0,014$ ), большую выраженность отдельных симптомов PANSS и SANS, по данным литературы относящихся к кататонии, и суммарную оценку кататонических симптомов PANSS (26,0 против 20,3 баллов,  $p=0,013$ ), а также меньший уровень личностного и социального функционирования по шкале PSP (37,2 баллов против 45,5,  $p=0,048$ ). Различия не связаны с полом и возрастом пациентов, длительностью течения заболевания, выраженностью депрессивной симптоматики (6,9 против 6,3 баллов по CDSS,  $p=0,62$ ; 12,4 против 11,9 баллов кластера PANSS «тревога-депрессия»,  $p=0,71$ ). Когнитивные нарушения, выявленные с помощью батареи когнитивных тестов, более выражены у носителей дефектного аллеля, но не достоверно.

Пациентов с носительством дефектного аллеля от пациентов с нормальным генотипом также достоверно отличает более частое течение заболевания по непрерывному типу с момента манифестации: 59/76 против 41/68 случаев в группе сравнения ( $\chi^2=4,3$ ;  $p=0,038$ ), более частое наличие в преморбиде диагнозов психопатологических расстройств и неврологических синдромов, специфических для детского возраста: 30/65 против 18/66 ( $\chi^2=4,25$ ;  $p=0,039$ ), большая вероятность наступления недееспособности при сопоставимом возрасте и длительности течения заболевания: 17/71 против 7/71 в группе сравнения ( $\chi^2=4,06$ ,  $p=0,0439$ ). Клинически значимый СНДСТ чаще выявлялся у пациентов с носительством T-аллеля (42/60 против 24/58;  $\chi^2=9,8$ ,  $p=0,0017$ ). У пациентов с СНДСТ генотип TT встречался более чем в 3 раза чаще, а гетерозиготное носительство аллеля T – в 1,7 раз чаще, чем у пациентов без дисплазии.

На фоне приема фолатов отмечалось достоверное улучшение у пациентов ( $n=24$ ) показателей кратковременной слуховой памяти ( $p=0,045$ ), фонетической вербальной беглости ( $p=0,011$ ), проблемно-решающего поведения ( $p=0,013$ ), зрительно-моторной координации ( $p=0,0060$ ) и моторной скорости ( $p=0,040$ ); чего не наблюдалось в группе контроля ( $n=16$ ).

**Заключение.** Результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

- носительство аллеля T полиморфизма MTHFR677C>T у больных шизофренией в российской популяции выявляется чаще, чем у здоровых доноров и ассоциировано с сезоном обострения заболевания;
- наличие T-аллеля у больного шизофренией является предиктором развития ряда неблагоприятных характеристик заболевания (негативных и кататонических симптомов, непрерывного типа течения, социальной дезадаптации);
- при наличии аллеля T на фоне приема фолатов отмечается улучшение когнитивного функционирования, что свидетельствует о необходимости дальнейшего исследования возможностей аугментации фолатами дефицитарной симптоматики шизофрении;
- при носительстве дефектного аллеля T у пациентов достоверно чаще выявляется синдром соединительнотканной дисплазии, а в преморбиде – синдромы психопатологических расстройств и неврологических синдромов,

специфических для детского возраста, что может служить маркером нарушений фолатного обмена уже при первом психотическом эпизоде.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости персонализированного подхода при изучении шизофрении и внедрении результатов исследований в клиническую практику.

## Литература

1. Kinoshita M., Numata S., Tajima A., Nishi A., Muraki S., Tsuchiya A., Ohmori T. *Cumulative effect of the plasma total homocysteine-related genetic variants on schizophrenia risk. // Psychiatry Research, 2016, 246, 833–837.*
2. Muntjewerff J.W., Kahn R.S., Blom H.J., den Heijer M. *Homocysteine, methylenetetrahydrofolate reductase and risk of schizophrenia: a meta-analysis. // Molecular Psychiatry, 2006, 11, 143–149.*
3. Roffman J.L., Brohawn D.G., Nitenson A.Z., Macklin E.A., Smoller J.W., Goff D.C. *Genetic Variation Throughout the Folate Metabolic Pathway Influences Negative Symptom Severity in Schizophrenia. // Schizophr Bull. 2011, Oct, 39 (2): 330-338.*
4. Roffman J.L., Lamberti J.S., Achtyes E. et al. *Randomized Multicenter Investigation of Folate Plus Vitamin B 12 Supplementation in Schizophrenia. // JAMA Psychiatry, 2013, 70(5), 481.*
5. Zintzaras E. *C677T and A1298C methylenetetrahydrofolate reductase gene polymorphisms in schizophrenia, bipolar disorder and depression: a meta-analysis of genetic association studies. // Psychiatr. Genet. 2006; 16(3):105-15.*

## **Роль минимальной мозговой дефицитарности и особенностей функциональной межполушарной асимметрии головного мозга в дифференциальной диагностике невротических расстройств**

Жукова Д.И.

СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского»  
Санкт-Петербург

**Актуальность проблемы.** В последнее десятилетие в зарубежной клинической психологии и психиатрии интенсивно дискутируется связь депрессивного реагирования с «перфекционизмом» – дисфункциональной личностной чертой, стремлением личности устанавливать чрезмерно высокие стандарты и как следствие – невозможность испытывать удовлетворение от результатов.

Теоретические разработки в этой области были сделаны в середине прошлого столетия социальными психоаналитиками К. Horney и А. Adler. В настоящее время такие ученые, как А. Beck, S. Blatt, D. Quinlan, P. Hewitt, G. Flett,

R. Frost, R. Heinberg, А.Б. Холмогорова и Н.Г. Гаранян убеждены в том, что чрезмерное стремление к совершенству сопряжено с хроническим субъективным дискомфортом, высоким риском психических расстройств и сниженной продуктивностью деятельности [6, 11, 12].

Популяционные исследования и немногочисленные исследования перфекционизма в клинических выборках продемонстрировали его связь с расстройствами аффективного спектра: депрессиями, тревожными расстройствами, нарушениями пищевого поведения [9]. В исследованиях студенческой популяции выявлена связь перфекционизма с переживаниями безнадежности и суицидальной готовностью [10].

В работах С. Sadler и L. Sacks продемонстрировано деструктивное влияние перфекционизма на продуктивность деятельности; установлена его тесная связь с избегающим поведением в форме прокрастинации, т.е. откладывания начала деятельности [7, 8]. По данным многолетней программы Национального института психического здоровья США, сравнивающей эффективность трех видов краткосрочного лечения депрессии, дисфункциональная личностная черта перфекционизма обозначена как «главный деструктивный фактор, снижающий эффективность лечения» [1].

Минимальной мозговой дисфункцией называют церебральную патологию, которая имеет полиэтиологический характер, то есть возникает по многим причинам – под видом нарушений в функционировании мозга. В основном, эти неврологические расстройства обратимы и с возрастом исчезают. Возникает это патологическое состояние вследствие разнообразных болезней во время беременности и при родах. Ещё одна причина – плохой уход в младенческом возрасте, разнообразные инфекции. Существует факторы, влияющие на появление подобной дисфункции, такие как разнообразные вредные воздействия, влиявшие на плод во время его развития в утробе матери. Среди них инфекции, которыми болела мать, токсикоз, отравление алкоголем на позднем сроке беременности, полученные во время родов повреждения, инфекции, которым подвергся ребёнок в первые 3 года жизни. Подобные нарушения могут привести к поражению коркового отдела мозга или его подкорки. Локализация повреждения может быть самой разнообразной. От места поражения зависит также и то, каким конкретно внешним признаком в дальнейшем проявит себя заболевание.

**Цель исследования.** Наше исследование направлено на анализ психологической составляющей невротических расстройств, в котором имеет место невротический перфекционизм. Изучение феноменологии перфекционизма может производиться различными путями, но перфекционистские установки всегда сопряжены с личностью человека, с его «Образом Я». На сегодняшний день нет однозначности при выделении составляющих и факторов перфекционизма, большую полемику вызывают также инструменты, тестирующие различные параметры и формы перфекционизма. В нашей работе мы рассматриваем автобиографическую память как особую психическую составляющую, позволяющую обратиться к опыту личности, тесно связанную с «Образом Я», раскрывающую индивидуальный стиль деятельности и позволяющую, в связи с

этим, стать опорой для исследования генеза и стабилизации перфекционистских установок.

Доказано, что структурно-функциональной единицей организации материала в автобиографической памяти является «автобиографическое событие», выступающее в зависимости от целей и условий воспроизведения в различных формах: «яркий момент жизни – эпизод», «важное событие жизни» (и его особый вариант «переломное событие»), «характерное для личности событие», «жизненный период», «личностная эпоха» [3]. Таким образом, можно не только проследить связь перфекционизма с депрессией, но и рассмотреть феномен перфекционизма с позиций теории мотивации достижения, соотнести это понятие с более традиционными (мотив «стремление к успеху», мотив «избегания неудачи»; уровень притязаний, защитные тактики целеполагания). Клинические наблюдения показывают, что лицам с высоким уровнем перфекционизма присущи выраженный страх перед ошибкой и неудачей, преимущественная ориентация на блестящий результат при невозможности получать удовольствие от процесса деятельности [4, 5], что позволяет предположить доминирование мотива избегания неудачи и активацию защитных тактик целеполагания [13]. Важный пробел зарубежных исследований перфекционизма заключается в отсутствии экспериментальных подходов к анализу этого феномена. Необходимо также отметить, что особое значение перфекционистские установки приобретают в критические периоды жизни человека, при планировании будущего, что определило выбор нами лиц поздней юности в качестве исследуемой группы. Таким образом, мы полагаем необходимым изучение особенностей автобиографической памяти у лиц поздней юности с высоким уровнем перфекционизма.

В контексте обозначенной нами проблемы исследования нами были сформулированы гипотезы:

Гипотеза 1: Для склонных к депрессии лиц поздней юности характерен высокий уровень перфекционизма;

Гипотеза 2: У лиц поздней юности с высоким уровнем перфекционизма и склонностью к депрессии имеются особенности автобиографической памяти, касающиеся образа собственного «Я», идеального «Я» и Другого, и иные перцептивные искажения, типичные для пациентов с клинической депрессией. Также данным лицам присущи неразвитые, примитивные механизмы психологической защиты.

Гипотеза 3: Перфекционистские установки у лиц поздней юности являются результатом искажения в структуре мотивации и фрустрации иных неудовлетворенных потребностей.

**Материалы и методы.** С целью проверки сформулированных нами гипотез было использовано 6 методик: 1) опросник депрессивности А. Бека (Beck Depression Inventory– BDI); 2) опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогоровой; 3) клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (разработан в 1978 г. К.К. Яхиным и Д.М. Менделевичем); 4) автобиографическое интервью В.В. Нурковой; 5) метод экспертной оценки рассказов; 6) запись изменений электрической активности мозга (ЭЭГ)

испытуемых во время продукции свободных ассоциаций без нарочитых внешних речевых воздействий и при таких воздействиях на базе учебной лаборатории психофизиологии СПбГУ.

Наше исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского» (неврологическое отделение). Первоначально в исследовании принимали участие 140 человек в возрасте 18–25 лет. Из них было отобрано в основную группу 30 человек с высоким уровнем перфекционизма и 10 человек в контрольную группу с низким уровнем перфекционизма.

Обработка полученных результатов производится с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows, Standard Version 19.0, Copyright SPSS Inc., 2010.

Работа коры головного мозга взаимосвязана с работой подкорковых механизмов. Одной из особенностей темперамента является пониженная или повышенная эмоциональность. В протекании эмоциональных состояний всегда принимают участие подкорковые механизмы. Надежность деятельности личности определена не только качеством выполнения работы, но и функциональными изменениями, развивающимися в организме в процессе выполнения данной деятельности. В.И. Медведев трактует функциональное состояние как целый комплекс наличных характеристик тех качеств и функций индивида, которые косвенно или прямо обуславливают выполнение индивидуального стиля деятельности [2].

Невротическое расстройство – психогенное расстройство, возникающее в результате внутренних конфликтов. Невротическое расстройство относится к группе функциональных психогенных расстройств, которые являются обратимыми, но имеют тенденции к затяжному течению. В настоящее время по МКБ-10 к невротическим расстройствам относятся F40-F48: тревожные расстройства; фобические тревожные расстройства; обсессивно-компульсивное расстройство; реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации; диссоциативные (конверсионные) расстройства; соматоморфные расстройства.

**Результаты.** Мы можем отметить, что при ЭЭГ исследованиях пациентов, страдающими невротическим расстройством, наблюдались более низкие значения мощности альфа-ритмов в правом полушарии во всех отведениях за исключением лобных. Преобладание альфа-ритмов наблюдалось в левом полушарии головного мозга.

После обработки диагностических данных, полученных в ходе эмпирического изучения личностной сферы лиц поздней юности, мы перешли к количественному и качественному анализу полученных результатов.

При рассмотрении уровня депрессии в выборке лиц поздней юности, мы получили следующие результаты: у 41,4% лиц поздней юности отсутствует депрессивные симптомы; 54,3% испытуемых имеют умеренно выраженную степень депрессии; у 2,9% испытуемых наблюдается критический уровень депрессии и у 1,4% – явно выраженная депрессивная симптоматика.

При анализе уровней депрессии была выявлена одна особенность: критический уровень депрессии и явно выраженная депрессивная симптоматика



наблюдались только у лиц женского пола. Можно утверждать, что девушки более подвержены депрессивным расстройствам, чем юноши (по крайней мере, в этом возрасте и в нашей выборке).

Анализируя данные по опроснику перфекционизма, видим, что число лиц с высоким и низким уровнем перфекционизма составляет по 7,1% от всех испытуемых в выборке (большая часть которых – лица мужского пола), 85,8% лиц поздней юности обладают средним уровнем перфекционизма.

Взаимосвязь депрессии и перфекционизма выявлена благодаря существованию статистически достоверной корреляции общего показателя перфекционизма с показателями депрессии. Это говорит о том, что лица поздней юности, имеющие умеренную и ярко выраженную депрессивную симптоматику, одновременно могут быть определены как лица, обладающие чертами перфекционизма.

Между отдельными параметрами перфекционизма и депрессией также выявлены множественные корреляционные связи. Самые высокие корреляционные связи фиксируются между депрессией и такими когнитивными показателями перфекционизма как: восприятие людей как делегирующих высокие требования, селектирование информации о неудачах, поляризованное мышление, высокие стандарты при ориентации на полюс самых успешных, контроль над чувствами. Кроме того, было выявлено отсутствие корреляции между депрессией и показателями: завышенные притязания и требования к себе и чрезмерное требование к другим людям.

Это говорит о том, что лица поздней юности, склонные к депрессии, допускают только два варианта выполнения деятельности – полное соответствие высоким стандартам или полный крах. Они полагают реальными чрезмерно высокие стандарты, которые, как им кажется, требуют от них окружающие, и которым они стремятся соответствовать. Также и для них характерно постоянное стремление к совершенству, с ориентацией на мнение и оценку авторитетных лиц.

Автобиографический подход в изучении случая предоставляет возможность лучше понять внутренний мир человека, а в нашем исследовании дает возможность изучить механизмы стабилизации депрессивного состояния у лиц поздней юности с высоким уровнем перфекционизма. К работе по выделению слов в тексте привлекались 3 независимых эксперта. Экспертами выступили магистры, обучающиеся по программе «Клиническая психология» (2 человека) и преподаватель факультета психологии, имеющий опыт работы с проективными методами. В протоколах рассказов учитывались «Образ Я»; «Я»-идеальное; «Образ Другого»; характер отношений «Я» – «Другой»; ведущая потребность (цель) автора; успех – неуспех в достижении поставленной цели; реакция собственного «Я» на успех или неуспех; чувства; способ совладания с чувствами; механизмы психологической защиты и возраст автора в период описываемого события. В каждом протоколе автобиографических воспоминаний у лиц поздней юности подсчитывалось число совпадений. Таким образом, по результатам обработки экспертной оценки автобиографических рассказов в основной и контрольной группах были подсчитаны совпадения. Полученные в результате упорядочивания

«сырых» данных значения для всех показателей были переведены в проценты и представлены в сводной таблице.

Всего обрабатывались 120 протоколов опроса: 90 протоколов автобиографических рассказов испытуемых с высоким уровнем перфекционизма и 30 протоколов автобиографических рассказов испытуемых с низким уровнем перфекционизма.

В нашей работе были выделены в структуре «Образа Я» и оценки «Образа Другого» три стороны: содержательная, характеризующая смысл оценки, ее позитивность и социальную желательность; уровневая, показывающая ее адекватность и точность; и стилевая, представляющая оценочную стратегию личности через такие характеристики как вариативность, экстремальность, амбивалентность и т.п.

На основании анализа изучения особенностей автобиографической памяти у лиц поздней юности с высоким уровнем перфекционизма можно сделать следующие выводы:

1. В исследуемой выборке лиц поздней юности обнаружена значимая корреляционная связь между депрессией и различными параметрами перфекционизма, невротизации и психопатизации. Таким образом, можно считать доказанным значение перфекционистских установок для возникновения депрессивных расстройств в поздней юности.
2. «Образ Я» лиц с высоким уровнем перфекционизма в своей концептуальной части очень нечёток, неуловим, ситуативен, содержит фрагментарные, необъединённые части, как в зеркале отражающие разнообразные внешние факторы и события. Границы «Я» размыты, нет достаточной автономности.
3. «Я»-идеальное лиц с высоким уровнем перфекционизма непроработанное, неиерархизированное, состоящее из разнородных и подчас противоречивых фрагментов. Вследствие чего идеалы, которые данные лица ставят перед собой, нереалистичны, чреватые фрустрациями, повышают вероятность негативных аффективных переживаний.
4. «Образ Другого» у лиц с высоким уровнем перфекционизма обезличен, непроработан, сливается иногда с «Образом Я». Сам «Другой» – есть не что иное, как объект удовлетворения внутреннего запроса «Я» на эмоциональное донорство, отношение к нему сугубо потребительское, азтическое, без истинной эмпатии.
5. Ведущей потребностью лиц с высоким уровнем перфекционизма является запрос на аффиляцию, симбиотический контакт. При этом в качестве значимых и ярких событий выступают события младшего школьного, подросткового и юношеского возраста, связанные с переживанием успеха и неуспеха. Можно утверждать, что данную группу характеризуют противоречивый характер мотивации и компенсаторная роль стремления к успеху и признанию, призванная смягчить переживания фрустрации базовой аффилятивной потребности.
6. Для исследованной выборки характерно отсутствие субъективного переживания успеха из-за полярных, недифференцированных суждений о результатах собственной деятельности. Неуспех в достижении поставленной цели

преувеличивается, успех – обесценивается или приписывается внешним, не зависящим от испытываемого обстоятельствам.

7. В качестве механизма перцептивного искажения у лиц с высоким уровнем перфекционизма выявлено негативное селективное предпочтение – преимущественная сосредоточенность на неудачах и ошибках при игнорировании реальных удач и достижений. Когнитивные процессы, обеспечивающие социальное взаимодействие лиц исследованной группы, пронизаны и наполнены нестабильными, флуктуирующими, изменчивыми, преимущественно отрицательными переживаниями, проекциями внутренних переживаний и, соответственно, многочисленными субъективными искажениями.
8. Среди механизмов психологических защит доминируют незрелые; проекция, вытеснение и отрицание некоторых важных реальностей, многочисленные и взаимоисключающие идентификации, а также используется дистанцирование, отказ от активности, аутоинфантилизация и аутоинвалидация в предвидении неуспеха, иногда есть признаки расщепления и проективной идентификации при восприятии других людей.
9. Выбранная нами проективная методология исследований депрессивных проявлений и перфекционизма с опорой на автобиографические воспоминания и их последующий анализ доказала свою адекватность задачам исследования и проблематике выбранной группы.

**Выводы.** Полученные эмпирические результаты могут быть использованы психотерапевтами и практикующими психологами в консультативной и психологической помощи.

## Литература

1. Бобров А.Е., Головин С.А. *Агорафобия: клинические проявления и личностные расстройства*. В сб.: *Депрессии и коморбидные расстройства*. – М., 1997. – С.63-71.
2. Богдан М.Н. *Генерализованное тревожное расстройство: клиника, диагностика и лечение* // *Социальная и клиническая психиатрия* – 2003. - №3. – С.89-96.
3. Бодаев А.А., Столин В.В. (ред.) *Общая психодиагностика*. – М.: МГУ, 1987. – 304 с.
4. Бороздина Л.В. *Исследование уровня притязаний*. – М.: МГУ, 1986.
5. Борисова О.А. *Особенности доманифестных состояний у больных аффективным психозом* – Дисс... канд. мед. наук, 1989.
6. Ветроградова О.П., Поляков С.Э., Степанов И.Л., Довженко Т.В., Лессер А.Г., Вельтицев Д.Ю. *Распространенность и структура аффективных расстройств, выявленных при эпидемиологическом исследовании лиц работоспособного возраста*. В сб.: *Ранняя диагностика и прогноз депрессий*. – М.: МНИИ психиатрии МЗ РФ. – 1990. – С. 5-16.
7. Akiskal H. *An adjective still in search of a noun* // *Handbook of borderline disorders*. Madison, International University Press, 1992. – pp 155-176.
8. Akiskal H. *The distinctive mixed states of bipolar I, II, III* // *Cur Opin Psychiatry*. – 1995. – N 8. – pp 93-97.
9. Bastiani A., Rao R., Weltzin T., Kaye W. *Perfectionism in anorexia nervosa* // *International Journal of Eating Disorders* – 1995. – N 3. – vol. 17. – pp 147-152.
10. Baumeister R. *Suicide as escape from self* // *Psychological Review*. – 1990. – N 1. – vol. 97. – pp 90-113.

11. Blatt S., Brenneis C., Schimek J., Glick M. *Normal development and psychopathological // J. Abnorm Psychol.* – 1976. – N 85. – pp 364-373.
12. Blatt S. *The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: The Menniger Psychotherapy Research Project Revisited // J. Am Psychoanalytic Assoc.* – 1992. – vol. 40. – pp 691-724.
13. Brantley P., Mehan D., Americanes S., Jones G. *Minor stressors and generalized anxiety disorders among low income patients attending primart care clinics // J. Nerv Ment Dis – 1999.* – vol. 187. – pp 435-440.

## Комплаентность без клейма

Зайцев. В.В.

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

Диагноз – это классификация с практическими задачами [7]. Диагноз является для нас той реперной точкой, от которой мы отталкиваемся и начинаем выстраивать систему измерений и действий в рамках конкретного лечебного плана. Точный клинический диагноз, несомненно, является необходимым условием развития успеха терапии, но в ситуации, когда наше заключение подразумевает возможность смерти или инвалидности, диагноз обретает свойства очень жестко сформулированного экзистенциального вызова пациенту. Для нас, как психиатров, важно сознавать и то, что реакция человека на факт психического расстройства будет иметь существенные отличия от реакции на факт соматического заболевания, и разница связана не со степенью тяжести симптомов.

Например, после установления онкологического диагноза жизнь пациента начинает форматироваться напряжением таких естественно возникающих динамических оппозиций, как «личность – болезнь» и «страдающая личность – общество». Энергия этого напряжения позволяет на индивидуальном уровне актуализировать личные усилия мужества, а на общественном уровне пробудить солидарную сплоченность, которая в крайней своей форме проявляет себя борьбой за право на эвтаназию. В случае же психического расстройства ситуация выглядит иначе, напряжение оппозиций «личность – больная личность» и «странная личность – общество», наоборот, сковывает ресурсы, утяжеляет поведенческую гибкость, создает конфликт идентичности и генерируют отклики страха и ксенофобии; при этом пациент лишается не только права на осознанное самоубийство, но даже права на рассуждения о нем.

А вместе с диагнозом феномены стигмы и комплаенса в своих семантической и коммуникативной ипостасях, влияют друг на друга и создают устойчивые ассоциации когнитивных оценок, импульсов, мотивов и реакций. При

этом субъективная семантика каждого из феноменов у пациента и врача не просто не совпадает, а формируется из совершенно разных источников смысла и ценностей. В приведенной ниже таблице я попытался обобщить свой личный взгляд на *конфликт восприятия* диагноза, стигмы и комплаенса пациентом и психиатром, конфликт, который закономерно возникает по мере продвижения от момента установления диагноза к конструированию стратегий терапии и реабилитации.

Используя слово «мир» для обозначения позиций пациента и психиатра, я хотел подчеркнуть, что речь идет не об отдельных разногласиях рабочего момента, а о принципиальном несовпадении мировоззренческих позиций по отношению к ситуации психоза и дефицитарности. Это несовпадение создает две параллельные системы рассуждений, конфликт между которыми сглаживается в основном за счет демонстрации формального согласия пациентом и соответствующим инженерно-патерналистским поведением психиатра.

По большей части мы формулируем диагноз с убеждением, что воспроизводим в частной ситуации терапии общий мир достижений интеллекта, высоких технологий и социальной зрелости. Но у пациента, фактически, аутохтонно, так как неестественность становится новым естественным условием его жизни, создается совсем другой мир. Этот мир, рождающийся во вспышке психоза, существует независимо от того, хотим мы его замечать или нет, и он к нам враждебен. Враждебность, проявляющаяся прямо или косвенно и рационализируемая нами в терминах защит, совладания или дефекта, на самом деле, вполне этически оправдана и вовсе неслучайна.

В технологиях наведения транса используется так называемый принцип идеодинамики, согласно которому идеи могут трансформироваться в динамические проявления (образы, поведение, ощущения, и т.д.) независимо от волевых сознательных процессов [3]. Симптоматика психотического уровня – это, прежде всего идеи недоверия, негативного воздействия, преследования, и именно их мы постоянно подтверждаем *идеодинамикой социального ответа* через культурные клише, навязчивую социальную озабоченность ради озабоченности, и вроде бы естественные ограничения в правах. Формулируя диагноз для пациента, мы не даем ему инструмент, мы объявляем о его новой реальности, а затем включаемся в психообразовательную и социальную активность, чтобы разрушить нами же созданный мир. Даже непонятно, что вселяет в нас надежду на то, что «идиот», как в античные времена, вновь обретет значение не умственной отсталости, а социальной позиции человека, или что неадекватное поведение будет восприниматься окружающими с тем же сочувствием, что и физическое страдание.

Таблица 1.

Конфликт восприятия психического расстройства у пациента и психиатра

	<b>Мир пациента.</b>	<b>Мир психиатра.</b>
<b>В нем диагноз, прежде всего...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оглашается</li> <li>• Является новой онтологической ситуацией.</li> <li>• Является причиной стигматизации.</li> <li>• Представляет собой удар по идентичности</li> <li>• Создает иллюзию подчинения</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Формулируется</li> <li>• Является привычной инструментальной ситуацией.</li> <li>• Является интеллектуальным достижением.</li> <li>• Представляет собой рационально удобный концепт психотической дезорганизации.</li> <li>• Создает иллюзию власти.</li> </ul>
<b>В нем стигма, прежде всего...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Позор</li> <li>• Социальная инвалидность или смерть.</li> <li>• Препятствие к достойной жизни.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невежество или неизбежное зло.</li> <li>• Мишень для психотерапии и социальной реабилитации.</li> <li>• Препятствие к фармакологическому комплаенсу.</li> </ul>
<b>В нем комплаенс, прежде всего...</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Это новые образ жизни и условий деятельности.</li> <li>• Предполагает страдание от побочных действий.</li> <li>• Поддерживает переживание клейма и отчуждения.</li> <li>• Создает финансовые проблемы.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Это условие оптимального применения инструмента.</li> <li>• Предполагает допустимые издержки ради благой цели.</li> <li>• Свидетельствует о здоровом смысле пациента.</li> <li>• Поддерживает финансовую стабильность/выгоду.</li> </ul>

Феномены стигматизации выглядят социально непреодолимыми, как в развитых, так и слаборазвитых странах; общественные процессы сохраняют свою инертность, даже в условиях технологического ускорения. Несомненно, уровень комфорта повышается, разнообразие развлечений поражает, скорость установления коммуникации ужасает, восприятие тонет в невообразимом количестве знаков и образов, многозадачность становится навязчивой потребностью, бесконечно видоизменяется внешняя атрибутика, и все это очень эффективно и красочно маскирует, но не отменяет вечную природу экзистенциальных ужасов «человека одинокого» [4]. К этому следует добавить тот факт, что за счет средств современных мультимедиа и интернета слово «шизофреник», по словам британского психиатра Г. Рахмана «преобразуется в масштабе реального времени в воспринимаемый зрением стереотип, который является более конкретным и более непосредственным, чем семантический

стереотип, потому что «фото- и кинокамеры не лгут» [8]. Исключение, пожалуй, представляют собой отдельные небольшие глубоко патриархальные сообщества, способные до сих пор утилизировать дезорганизованный психический мир сородича через ритуальные практики и любознательное удивление, свойственное естественной установке *mindfulness* в мире медительности, тишины и простых предметов.

Что же можно сделать практически, то есть в конкретной ситуации конкретного пациента? И здесь, с моей точки зрения, мы сталкиваемся с воодушевляющим парадоксом, заключающимся в том, что ситуация отдельного пациента, формулирующаяся его языком, изложенная на основе его ценностей и помещенная в контекст его уникальной жизни, а не в контекст обобщенного, «доказательно измеренного» больного, никак не координируется с внешней социальной стигматизацией в принципе. Что я имею в виду? Активная прицельная общественная стигматизация именно психически больных, определяемая, как тенденция к негативному их выделению и отчуждению [6], существует только в качестве фантома статистической выборки и объективно соотносится лишь с разного рода социологическими и медицинскими теориями. Другими словами, стигматизация, в том виде как она представлена в научной и популярной литературе – это лишь семантический, подтверждающий сам себя, неконкретный и неуправляемый феномен. К тому же, подтверждение стигматизации на индивидуальном уровне органично вплетено в психопатологическую симптоматику – «Общество вас ненавидит? Да! Отвечает параноидный пациент. Общество вас презирает? Да! Отвечает депрессивный пациент».

Стигматизация – это не реакция на лицо больного с синдромом Дауна и не страх перед соседом с эпилептической дисфорией, это вообще не реакция на эстетически неприятный или угрожающий симптом. Стигматизация – это, прежде всего общественный миф, созданный и поддерживаемый психиатрами [8], и с их подачи воплощаемый пациентами и родственниками в психообразовательных сессиях и в организованных в соответствии с мифом социальных и киберсоциальных дискуссиях. Прежде чем кого-то негативно заклеить в современном мире, его надо предварительно профессионально описать, придать описанному оттенок кошмара, а все остальное доделает иррациональный ум и социологические опросники. А когда профессиональное сообщество, в нашем случае в лице представителей антипсихиатрии [2], предприняло попытку поставить вопрос о сумасшествии как о естественном состоянии, самым умным решением Администрации стало решение возглавить и нейтрализовать инакомыслие. Эффективнейший, проверенный способ самозащиты любой Администрации в 20-м веке – это создать симулякр [1], переименовать неприемлемую стигматизацию диагнозом в приемлемую анонимную статистически подтвержденную стигматизацию, осуществляемую от лица общества, сместить акцент с конкретного психиатра на неконкретное социальное явление, которое начинает лечиться соответствующей социальной пилюлей – «дестигматизацией».

Слово дестигматизация вообще начинает иметь для нас почти сакральное значение, все, что сочетается с этим словом, становится для нас неким фетишем,

которому мы ритуально поклоняемся. Любое, даже самое бессмысленное терапевтическое или социальное решение нормально нами воспринимается, если оно предпринимается ради дестигматизации. Таким образом, симулякр выполняет свою главную функцию – делает нереальное реальным и продлевает жизнь своего создателя. Поэтому, когда я вижу книги со словом шизофрения в заголовке и с главами, посвященными стигматизации и дестигматизации, я смеюсь, к сожалению, в том числе и над собой, так как авторы, следуя словам профессора Преображенского, «должны бить себя по затылку».

Методические рекомендации по преодолению социальной стигматизации пациентов с диагнозом шизофрения – это методические рекомендации по преодолению ненависти к солдатам «СС» или «УПА» у евреев, родившихся в 20 веке. Кстати, в тот момент, когда я пишу эту статью, по центральному каналу ТВ идет ток-шоу «Импичмент в США или шизофрения», и я уверен, что ни одного радателя за дестигматизацию это не только не возмутит, он даже не заметит факта стигматизации носителей диагнозом, ведь действительно нельзя увидеть то, чего не существует. Мы устанавливаем диагноз шизофрения, используя слово, которое в обыденной речи остается оскорбительным, а затем начинаем бороться со стигмой, семейным и личным стрессом, некомплаентностью, депрессивной реакцией на диагноз, суицидами, разводами и т.п.

Современное общество, увы, продемонстрировало единственный пример удавшейся этической и психиатрически ассоциированной дестигматизации – это исключение из списков психической патологии, уголовного кодекса и общественного презрения гомосексуального поведения. Антипсихиатрическому движению это не удалось и, слава Богу, ибо тогда было рано и возможно несвоевременно и сейчас. Но другого пути нет. И это не новость. Всемирный день людей с пищевыми расстройствами и другие подобные дни, социальные сети в которых спонтанно организуются группы пациентов с различной психической патологией и где происходит активный диалог пациентов между собой, все это свидетельствует о процессах аналогичных «гей-либерализации».

Правда, стоит заметить, что это движение тоже было своевременно возглавлено Администрацией от политики и превратилось в экспресс-тест уровня демократичности. Но речь, в данном случае, идет не о будущем включении психических нарушений в дифференцированные разряды неврологической или общесоматической патологии, что было бы идеологически адекватно современным бригадным формам работы и практике организации психиатрических отделений в пространствах открытых многопрофильных клиник. Нет, речь идет о том, что увлекшись макросоциальным анализом и приблизительно доказательной медициной, мы перестали рассматривать конкретного пациента как статистически стопроцентно достоверную модель того, что мы пытаемся найти в облаке больших цифр. Не подлежит сомнению необходимость в совершенствовании современных технологий и методов исследований, но при этом нам не стоит забывать тот факт, что психотропные препараты начали свое шествие по больницам не благодаря просеиванию данных, а исключительно вследствие клинической наблюдательности их создателей.



Мы живем в анонимном, атомизированном, напуганном и ритуально выхолощенном обществе, в котором традиционные регуляторы демонтированы, а технологически новые только проходят испытания. Мы живем в постоянном предчувствии прошлой войны. Западные оазисы «гражданской микросолидарности и умиления внешними дефектами» слишком быстро, для полноценной амнезии, оторвались от шоу уродов, клеток с неграми в зоопарках, холокоста, ГУЛАГА, большой колониальной крови и публичного гильотинирования. Сброс напряжения стыда и ненависти с помощью легальной эротизации жестокости и отклонений в национальных порно, добровольного обезображивания тела, поощрения аддиктивной ненасытности и прогрессистского возбуждения от ожидания второго «пришествия Сингулярности», не может быть бесконечно эффективным.

А стигматизация, хоть и провозглашенный, но вполне катектирующий социальную энергию феномен, является таким же полноправным участником этого карнавала фетишей, отреагирования и сублимации. А вот для конкретного больного в моем кабинете негативный ярлык не приходит в виде иррационального фантома социологии, для него – это повторяющийся набор уникальных коммуникативных ситуаций и оценочных суждений конкретных людей, которые *именно Им* переживаются как позор и угроза отчуждения. Иначе говоря, у нас нет проблемы стигматизации, но реально возникает периодическая проблема *личного переживания стигмы* и, следовательно, ее разрешение возможно только на индивидуальном психологическом и локальном коммуникативном уровнях. Схожую логику рассуждения, можно обнаружить в концепциях когерентности Антоновского [5], с точки зрения которого, направленные к здоровью усилия становятся эффективными, если формируются исходя из обстоятельств восприятия, стереотипов и ценностей конкретной *persona*, а не абстрактного Номо.

Исходя из вышеописанной идеи **отсутствия стигматизации** как некой социальной данности и **естественности индивидуального переживания стигмы** в обществе, где диагноз представляет собой антиномию научного термина и морального оскорбления, наиболее важными представляются две проблемы. Во-первых, это проблема *коммуникативной неудачи*, подразумевающая недостижение пациентом, как инициатором общения, коммуникативной цели, предполагающей кроме взаимопонимания, реализацию его прагматических устремлений, в том виде, в котором они приемлемы для него с точки зрения самоуважения и безопасности. Во-вторых, это проблема *актуализации мотивированных на комплаентное поведение целей* пациента, предполагающая, что приверженность к терапии возможна только в ситуации, в которой результаты терапии не фетишизируются на уровне шкальной редукции симптомов, а представляют собой подцель в системе иерархии намерений, потребностей и смыслов пациента.

Специфика проблемы коммуникативной неудачи в отношениях между врачом и пациентом обуславливается в первую очередь описанной выше разницей в целостном восприятии ситуации психоза. Эта проблема создается через последовательность коммуникативных ошибок. Первая ошибка – это **нарушение коммуникативного замысла пациента**, которая заключается в том, что врач не предоставляет пациенту возможность изложить свою точку зрения в виде спонтанного рассказа полностью и до конца. Недопустимо на первом этапе

общения, исключая urgentные ситуации, принудительно структурировать рассказ пациента о своем состоянии или начинать общение с формального шкалирования состояния и заполнение опросников. Конечно, спокойные, четкие, инженерно-научнообразные действия врача могут иметь успокаивающий характер, но при этом они не создают условия для раскрытия первичной экзистенциально-психологической реакции пациента на мир своего психотического состояния.

Вторая ошибка – это **семантическая дискоординация**. Она обусловлена параллельным переводом жалоб пациента в медицинские термины. Врач всегда автоматически стремится профессиональными терминами обозначить предъявляемые жалобы и наблюдаемое поведение. Это происходит вследствие того, что у врача терминологический перевод происходит неосознанно, а пациенты зачастую не склонны задавать уточняющие вопросы. Такие семантические лакуны в картине психоза у пациента впоследствии могут заполняться нереалистическим, тревожным, сверхценным и бредовым содержанием. Поэтому уточняющие вопросы, в обратной форме как бы от пациента, врач должен задавать сам, всякий раз, когда использует терминологию, ссылается на научные исследования, пытается объяснить этиологию и т.п.

Третья ошибка – это **диссонанс логической структуры**. Кроме терминологического перевода, врач привычно интерпретирует ответы и формулирует вопросы соответственно психопатологическим шаблонам и схемам этиопатогенеза. Но у пациента нет когнитивного навыка для структурирования информации соответственно медицинской модели диагностики. Внутренняя схема восприятия психического нарушения у пациента, в первую очередь, покоится на двух простых группах жалоб – это жалобы дискомфорта и дисфункции. Именно так расставленные акценты в вопросах и уточнениях помогают пациенту создать первую наиболее очевидную разграничительную черту в осознании своих нарушений. Такая группировка жалоб позволяет легче разобраться со степенью их важности и приоритетности с точки зрения самого пациента. Далее проясняются жалобы мотивационного дефицита, которые пациент, как правило, располагает внутри двух первых групп. Симптомы должны формулироваться так, чтобы быть максимально близкими к их субъективному переживанию. Это осуществляется легче, если терапевт использует метафорическую форму для уточнения жалоб, которая позволяет уйти от абстрактности языка и привязать описание к сенсорным ощущениям хотя бы через языковую образность.

### **Типология жалоб пациента.**

#### **I. Жалобы на дискомфорт (боль, эмоции, общее страдание).**

- Переносимый дискомфорт, *«тем не менее, сохраняю лицо»*.
- Непереносимый дискомфорт *«не могу больше терпеть»*.

Сформулированные жалобы приводят к постановке вопроса о приемлемой для пациента длительности и смысла страдания.

#### **II. Жалобы на дисфункцию.**

- Дисфункция вследствие уровня дискомфорта.
- Дисфункция инструментальной деятельности.
- Дисфункция социального поведения.
- Дисфункция саморегуляции.

- Дисфункция перераспределения энергии.

Сформулированные жалобы приводят к постановке вопроса о приемлемости и комфортности дисфункции.

### **III. Жалобы мотивационного дефицита.**

- В самообслуживании.
- В работе.
- В творчестве.
- В общении.
- В развлечении.
- В сублимации.

Сформулированные жалобы приводят к постановке вопроса о доминирующих желаниях, качестве жизни и счастье, что позволяет естественно перейти к прояснению целей пациента потенциально зависящих от его приверженности к лечению. COMPLAINTное поведение пациента не должно быть причиной переживания им любой формы фрустрирующего отчуждения, возникающего вследствие:

- формы предложения терапии (*акцент на типе нозологии, а не дискомфорте и дисфункции*),
- отсутствия выбора (*право пациента на ошибку, свою инаковость, предпочтение психотической реальности, размышления о суициде*),
- поведенческой токсичности препаратов,
- стиматирующего содержания аннотации к препарату,
- выпадения из социального пространства (*условия госпитализация*),
- выпадения из социального времени (*длительность терапии*).

Но самое главное – это сама логика принятия COMPLAINTного решения пациентом, в которой краеугольным камнем рассуждения становятся доминирующие мотивы и цели, а не уровень выраженности симптомов или тип заболевания. В такой системе координат используется не алгоритм «болезнь → лекарство», а алгоритм «цель → препятствие (*дисфункции, дискомфорт, мотивация*) → подцель (*комплаенс*)». Симптомы сами по себе не должны идентифицироваться как главная проблема, они оцениваются как проблема в контексте угрозы для социальной адаптации, качества жизни и счастья. Предъявляемые в процессе коммуникации жалобы пациента иерархически соотносятся с будущими целями и гетерархически координируются с достигнутым социальным уровнем и качеством жизни. Ниже приводятся варианты COMPLAINTной мотивации пациента, в том числе и ее пассивные формы, которые имеют большое значение на начальном этапе терапии и в случае социального снижения, дезорганизации, ангедонии.

#### **Типология COMPLAINTной мотивации пациента.**

##### **I. Активные формы COMPLAINTной мотивации.**

###### **Мотивация как подцель:**

- Иерархически встроенная мотивация («я хочу этого достигнуть – придется потерпеть издержки лечения», «без терапии я этого не смогу»).

- Гетерархически встроенная мотивация («симптомы ставят под угрозы мой образ жизни и мои достижения»).

**Мотивация как самоцель:**

- Мотивация здравого смысла («есть болезнь – значит надо лечиться»).
- Мотивация надежды («надо постараться потерпеть, а вдруг поможет»).
- Мотивация подражания («ему же помогло»).
- Мотивация вызова («есть препятствие надо преодолеть»)

**II. Пассивные формы мотивации комплаентного поведения:**

- Мотивация внушения и доверия («доктору виднее»).
- Мотивация подчинения («я от них зависим»).
- Мотивация страха («я их боюсь»).
- Мотивация отчаяния, суицида и апатии («наплевать, все уже потеряно», «скорей бы все закончилось», «какая разница, как поступать, лишь бы отстали»).

Если внимательно не относиться к миру восприятия болезни, структуре коммуникации, организации жалоб пациента и соотношению целей пациента и эффектов фармакотерапии, то некомплаентная мотивация пациента будет организовываться по тому же принципу, что и комплаентная.

**Типология некомплаентной мотивации пациента.**

**I. Активные формы некомплаентной мотивации:**

**Мотивация как подцель:**

- Иерархически встроенная мотивация («я хочу этого достигнуть – лечение не позволит, разрушит и т.п.»).
- Гетерархически встроенная мотивация («лечение ставят под угрозы мой образ жизни и мои достижения»).

**Мотивация как самоцель:**

- Мотивация здравого смысла («у меня нет этой позорной болезни – значит надо лечиться»).
- Мотивация надежды («пройдет само собой, как любой стресс»).
- Мотивация подражания («они отказались, и ничего не случилось»).
- Мотивация вызова («я справлюсь сам»).

**II. Пассивные формы мотивации комплаентного поведения:**

- Мотивация подозрительности и недоверия («психиатрам лишь бы лечить»).
- Мотивация страха («превращусь в овоща»).
- Мотивация неподчинения («я от них независим»).
- Мотивация отчаяния, суицида и апатии («наплевать, все уже потеряно», «скорей бы все закончилось», «какая разница, как поступать, лишь бы отстали»).

А если в систему рассуждений ввести еще и мотивацию к приверженности протоколу терапии самого психиатра, то мы возвращаемся к тому, с чего начались мои рассуждения – и семантика и ценности, имеющие отношение к одному и тому же процессу комплаентности находятся в разных системах координат для пациента и терапевта.

## **Предикторы мотивации приверженности терапевтическому протоколу врача-психиатра.**

### ***Инструментальные предикторы мотивации приверженности.***

- Профессионализм.
- Творчество.
- Субординация.
- Финансовая заинтересованность.

### ***Персональные предикторы мотивации приверженности.***

- Альтруистические установки личности (*социальная ответственность, жертвенность и т.п.*).
- Романтические установки личности (*клятва Гиппократа, медийный образ врача.*).
- Упрощение принятия терапевтического решения.
- Облегчение усилий терапевтических действий.
- Перераспределение личной ответственности за результат терапии на поведение пациента, качество лекарств, уровень технологий, социальную политику государства и т.п.
- Уклонение от эмоционального контакта с дезинтегрированной частью личности пациента.
- Преодоление экзистенциальной растерянности перед фактом безумия.
- Солидарность с концептом социальной стигматизации.
- Стремление к власти.
- Жестокость.

Таким образом, подводя итог вышесказанному, позволю себе сделать несколько выводов:

1. Без достижений психофармакологии были бы невозможны современные методы психотерапии, так как ни психодинамическая, ни КПТ-терапия, ни экзистенциальная терапия, не вышли бы за пределы задач личностного роста просто вследствие отсутствия полноценного психотерапевтического окна. Но при этом и фармакологическая терапия столкнулась с симметричной проблемой – недостижимость полноценного окна комплаентности и осязуемого социального эффекта без психотерапии и психологической поддержки.
2. В исследованиях по психофармакологии, психиатрии и социологии отсутствует практическая концепция того, что делать с доказательным исследованием в конкретном случае, если доказанного эффекта или закономерности не наблюдается. Другими словами нет инструментов для создания осязаемой связи между статистикой, предполагаемой закономерностью и персональным случаем. Создание такой связи отдано либо на откуп случайной компетентности врача, либо подчинено нестигаемому алгоритму.
3. В области фармакологии, нейронаук, социологии появилась тенденция гипостазировать человека до уровня объектов исследования, вследствие чего печальный человек превращается в стигматизированного гомункула с дефицитом серотонина в нейрональных сетях, ответственных за уровень mindfulness.

Я думаю, что пришло время, навести порядок в хаосе идей и экспериментов, и отделить красивые семантические конструкции от предметной реальности нашего поля деятельности. Нам пора заново учиться видеть и слушать наших пациентов.

### Литература

1. Бордияр Ж. *Симулякры и симуляция.* – М.: ПОСТУМ, 2017. – 320 с.
2. Власова О.А. *Антипсихиатрия: становление и развитие. Монография.* – М.: Изд-во РГСУ "Союз". 2006. – 221 с.
3. Гиллиген С. *Терапевтические транссы.* – М.: Психотерапия. – С. 63.
4. Фромм Э. *Человек одинок.* // *Иностранная литература.* – 1966. – №1. – С. 230-233.
5. Antonovsky A. *Health, Stress and Coping.* – San Francisco; London: Jossey-Bass, 1979. – 255 p.
6. Goffman E.. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* – N.Y.: Prentice-Hall, 1963. – 168 p.
7. Kendell R, Jablensky A. *Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses.* // *Am J Psychiatry* – 2003 – 160: P. 4-12.
8. Rahman H. *A unitary theory of stigmatization. Pursuit of self-interest and routes to destigmatisation* // *The British Journal of Psychiatry* – Mar 2001 – 178(3) p. 207-215.

## Некоторые вопросы транскультуральной психиатрии

Зислин И.

Иерусалим, Израиль

*Пока невозможна доказательность,  
бывает возможна убедительность  
М.Л. Гаспаров*

В широком смысле все душевные заболевания суть заболевания личности. Нет и не может быть внеличных душевных нарушений. Однако использование термина «личностные нарушения» (Personality Disorder) в клинике является узкофункциональным и анализа личности не подразумевает, точно так же, как использование в психиатрии чисто неврологического термина «сознание» не подразумевает анализа философских глубин сознания. Одним из способов изменения данной ситуации является попытка переосмыслить базовые концепты транскультуральной психиатрии и включить основные ее понятия в ткань клинических и антропологических исследований.

Опираясь на клинический опыт, принимая и развивая тезис Дж. Хонигмана – «личность есть культура, отраженная в поведении» [6], можно выделить несколько актуальных аспектов проблем транскультуральной психиатрии.

**Первый аспект** связан с исследованием путей переработки и переосмысления языков и символов культуры в душевной болезни. Основным подходом здесь является анализ содержательной стороны текста / нарратива болезненных переживаний, как то: содержание бреда, содержание обсессивных или фобических переживаний, соматические симптомы депрессий и т.п.

Нам уже приходилось писать, что, анализируя содержательную сторону бреда, нужно учитывать существующий в коллективном и индивидуальном сознании набор сюжетов – как универсальных, так и локальных, присутствующих в данной культуре [2]. Владение таким сюжетным списком, являющимся одним из признаков вхождения в культуру, происходит у ребенка в определенном возрасте и позволяет продуцировать бред при возникновении болезни. При этом само содержание бреда строится с учетом и на основании приобретенного сюжетного багажа. Внимание к сюжетному репертуару может приблизить нас, например, к пониманию самой возможности возникновения культурно обусловленных синдромов и причины возникновения эпидемических вспышек таких болезненных явлений.

Другим примером, позволяющим проанализировать роль культурных аспектов в клинике, может стать рассмотрение тактик симулятивного поведения, столь хорошо знакомых психиатру. В клинической практике использование языковых культурных кодов наиболее выпукло проявляется при построении тактик симулятивного поведения. Используя эту тактику, симулянт с максимальной успешностью реализует свои культурные представления о сущности и проявлениях душевной патологии, правильном встраивании собственного поведения в контекст диагностической процедуры.

Выстраивая свой облик, симулянт намеренно или невольно опирается на стереотипический образ душевнобольного, формируемый в культуре анекдотами, популярными поверьями, медицинскими фактами, наивными понятиями о психиатрии, литературными и жизненными сюжетами. Кроме конечного ориентира в виде образа умалишенного культурный фон обеспечивает симулянта представлением о том, какого характера, какой продолжительности и остроты презентация требуется для убедительного отображения психического расстройства. Значительная вариативность обнаруживается в том, какому из источников отводится главенствующее место в сотворении облика душевнобольного. Эта область простирается от нерелексивного следования штампам «сумасшествия» до использования профессиональных знаний и советов [1]. Невозможно симулировать то, что больному неизвестно, то, что не входит в его культурный багаж.

Анализируя эту грань душевных нарушений, мы говорим о «проблеме выбора индивидуальных траекторий в смысловом пространстве культуры» [5]. Главным для нас является упор на концепт «смысловое пространство», ведь культура в семиотическом понимании – это и есть наследуемая обществом память и механизмы порождения текстов. То есть порождение смыслов.

«<...> Понимание культуры как способа смыслополагания позволяет дотянуться до наиболее фундаментального пласта – того “механизма”, который отвечает за формирование осмысленности, понимаемой, прежде всего как связность и единство» [4]. Именно категория «смысл» стягивает в единый узел все проблемы культуры, соединяя смысл в языковом понимании – смысл в понимании личностном – и смысл как центральное звено слома при психотическом нарушении. Данный подход позволил нам предложить определение бреда как «совокупности связанных текстов / нарративов, в которых больной наделяет “особыми качествами” (особым смыслом) либо себя самого, либо кого-то или что-то из окружающего мира, произведенных на основании кардинального слома индивидуального смысла личности и имеющих устойчивость ко всем базовым смыслам, существующим до такого перелома» [2].

**Второй аспект** – собственно анализ транскультуральных феноменов, т.е. сравнительный типологический анализ проявления симптомов / синдромов / болезней в разных культурах. Примером такого рода может стать анализ локальных культурных феноменов (например, синдром Коро, психотические религиозные феномены, олицетворение себя с библейскими или историческими фигурами и т.д.) или сравнительная типология аналогичных симптомов, развивающихся в определенном географическом локусе: иерусалимский синдром, синдром Стендаля (флорентийский синдром), парижский синдром, синдром Белого Дома и т.п.

Транскультуральная психиатрия имеет более чем столетнюю историю начиная с классических исследований, проведенных на Яве Э. Крепелиным, с целью доказать реальность выделенных им нозологических единиц, в основном шизофрении и биполярных нарушений [8].

В последние восемьдесят лет транскультуральная психиатрия описывала множество так называемых культуральных синдромов (Коро, Амок, Дхат, арктическая истерия, Shenjian Shuaiquo, Shenkui и др.), но общей типологии таких феноменов не создано. Отсутствие единой типологии данных расстройств, по нашему мнению, есть следствие отсутствия единой методологии описания и классификации. Такое отсутствие проявляется, например, в том, что при описании клинических случаев транскультурального плана базовые антропологические характеристики пациентов (этническая или конфессиональная принадлежность; родной или второй язык при клиническом интервью и т.д.) практически не учитываются. Основные усилия последователей транскультурального направления были сосредоточены на маркирование подобных болезненных проявлений как уникальных и экзотичных.

По сути, выделение и описание экзотических психотических проявлений подменило собой описание «обычного психоза». Но в том-то и проявилась парадоксальность – подчеркивание уникальности редких синдромов в экзотических (по западным меркам) культурах вывело, по умолчанию, все остальные синдромы за рамки такого влияния, маркируя их в лучшем случае как бizarные / странные [9].

Необходимо отметить, что утверждение о влиянии культуры на содержание болезненных переживаний вообще и бреда, в частности, для клинической



психиатрии является довольно общим и вполне тривиальным. Бред отражает и перерабатывает именно ту реальность, в которой существует пациент. Но реальность эта чрезвычайно многослойна и включает в себя не только, а порой и не столько актуальное настоящее, сколько актуализированное прошлое. Для клинициста же важен скорее сам факт существования бреда, чем его содержание.

Уместно подчеркнуть, что ни с точки зрения феноменологической психиатрии, ни с практической точки зрения клинический вес таких транскультуральных синдромов невелик. Действительно, сколь уж важно для врача, слышит пациент голос Бога или голос соседа, считает ли себя ветхозаветным пророком, или генералом секретных служб; влияет ли на его мозг божественный луч или электромагнитное излучение скороварки?! А говорить о том, что выделение синдрома хоть как-то влияет на выбор лечения, в современную эпоху стандартизированных подходов и вовсе не приходится. На наш взгляд, именно незначимость синдрома в конечном итоге привела к размыванию самого понятия «транскультуральный синдром».

Следствием этого являются две современные тенденции: 1. Все больший отход от описания собственно транскультуральных явлений. 2. Все больший сдвиг в область политически корректного описания клиники у беженцев из стран Азии и Африки в европейские страны и все большее внимание аспектам психиатрии социальной [7].

**Третий аспект** – анализ культурных кодов диагноста. То есть вычленение и анализ тех культурных факторов, на основании которых врач выбирает и маркирует определенные формы поведения как аномальные и встраивает их в существующий классификационный канон.

Важно подчеркнуть, что этот аспект в современных исследованиях практически полностью игнорируется. Если некоторые аспекты культуры пациента, хоть и в усеченном виде, являются предметом анализа психиатров, то ауторефлексия этой грани врачебной личности практически полностью отсутствует. Создается впечатление, что субъект исследования – просто машина, хорошо знающая классификацию, но культурой не обремененная.

Моделью, позволяющей проиллюстрировать данное направление, может служить, например, билингвальная диагностическая ситуация, т.е. такая, при которой диагност в достаточной степени не владеет языком и культурными кодами пациента. При таком сценарии происходит «сшибка» двух линий поведения: культурно-языковой, которую можно охарактеризовать как спонтанную, неосознанную, и профессионально-языковой, являющейся более формализованной и более осознанной. Именно в данной ситуации мы сможем наблюдать расщепление этих двух линий в сознании врача. Именно такое расщепление, очень трудно выявляемое в обычной ситуации, дает нам возможность оценить каждый подход в построении диагноза.

Другим примером, помогающим понять роль культурных кодов врача, может служить анализ «эпидемий» распознавания новых болезней врачебным сообществом. Сразу же после их описания некоторые новые нозологии начинают обнаруживаться с необыкновенной частотой и во многом гипердиагностируются (например, посттравматическое расстройство, инцест, синдром хронической

усталости, фибромиалгия и т.д.). Все это можно было бы назвать врачебной модой, но проблема, скорее всего глубже – в когнитивно-культуральных стилях диагноста как индивида и культурном коде / каноне врачебного сообщества. Именно такая культурная предуготовленность лежит в основе принятия или непринятия врачом того или иного диагноза.

Признание наличия культурных кодов диагноста дает уникальную возможность сравнить развитие эпидемии культуральных синдромов (эпидемии синдром Коро, меряченье, кликушество и т.д.) и эпидемию / моду на постановку того или иного диагноза у диагностов. Уже самое поверхностное рассмотрение и сравнение этих явлений позволяет вычленить их некоторые общие черты. Подражание, внушаемость, столь характерные для массовых психозов, не менее, если не более характеризуют врачебную моду.

Сюда же можно отнести изыскания в области патобиографий. Хороший пример – сравнение патобиографий Н.В. Гоголя, выполненных на протяжении последних ста лет. Именно этот русский классик удостоился в русскоязычной литературе наибольшего внимания и получил самые разные диагнозы – от периодической меланхолии до шубообразной шизофрении и снова к биполярному нарушению. Сравнительный анализ трудов, посвященной исследованию одной и той же личности, показывает интересную закономерность: врачи обнаруживали у Гоголя именно ту патологию, которая была доминирующей для исследователей в определенное время (врачебная мода / врачебный канон), причем зачастую авторы использовали одни и те же биографические данные, но трактовали их совершенно по-разному.

В этом контексте уместно задать вопрос более общего порядка: какова правомерность и границы написания патографий реальных или мифологических личностей. Ведь, по сути, нет разницы между анализом личности Шерлока Холмса или личности Николая Гоголя. В обоих случаях мы анализируем не личность пациента через информацию, полученную в клиническом исследовании, а исторические / литературные данные, т.е. некоторую уже готовую репрезентацию.

«<...> В 70-х и 80-х гг. XX в. в этнографических исследованиях естественнонаучных лабораторий было показано, что ученые не имеют дело непосредственно с природой, а работают с многочисленными репрезентациями, которые зачастую выдаются за природу» [3]. Так и в психиатрии. В клинке мы работаем с различными интерпретациями и репрезентациями. Важно не только их различать, но и понимать разную степень их влияния на принятие диагностических решений.

**Четвертый аспект** – анализ обратного влияния нарратива болезни или содержания бреда на культуру. В этом ключе может рассматриваться, например, волна рассказов пациентов об инцестуальных эпизодах, перенесенных ими в раннем детстве, или эпидемия аутодиагностики депрессий, пронизывающая наше время. И в том и другом случае реальный психиатрический или психоаналитический термин стал широко употребительным, приемлемым в культуре и породил, с одной стороны, осознание общества, с другой, бумерангом, привел к само- и гипердиагностике таких состояний.

«Психоз вдвоем» (*folie a deux*) – моральные паники – массовые психозы – вот очень приблизительный победный путь распространения психотического нарратива и его влияния на культуру и общество.

Это происходит, в частности, потому что бредовой текст, как и текст фольклорный, подчиняется общим законам развития, распространения, ретрансляции и умирания, что еще раз подчеркивает общность их природы (но, безусловно, не происхождения). Рассматривая разные проявления болезни в семиотическом плане, мы соответственно включаем эти симптомы в рамки философии текста. В таком контексте этот вопрос можно считать частным вариантом вопроса о влиянии текста на культуру.

В заключение необходимо признать: ничуть не умаляя значения самого концепта «транскультуральная психиатрия», что все вышеозначенные проблемы этот подход решить не может в принципе. Транскультуральная психиатрия остается в парадигме психиатрической и за ее рамки выйти не может. Для выхода за рамки нам необходимо признать, что психиатрия транскультуральная является лишь частной областью психиатрии антропологической. И это не просто терминологическая игра. Если траектория развития транскультуральной психиатрии *предполагает* использование понятий культурологии в основном для своих утилитарных целей, то психиатрия антропологическая, наоборот, *предлагает включение* данных психиатрии в философско-гуманитарную область.

Но это уже задача будущего.

## Литература

1. Зислин И., Куперман В. *Симуляция психоза: семиотика поведения // Русская антропологическая школа. Труды. М., 2004. Вып. 2. – С. 267–287.*
2. Зислин И. *К вопросу онтогенеза бредового нарратива // Независимый психиатрический журнал. 2017 (в печати).*
3. Сивков Д. *Множественная реальность головного мозга. Рецензия на книгу Dumit J. (2004) Picturing Personhood: Brain Scans and Biomedical Identity. Princeton, Oxford: Princeton University Press // Социология власти. Т. 28 № 1. 2016.*
4. Смирнов А. *Субстанциальная и процессуальная картина мира (к вопросу о типологии культур и картин мира) // Философская антропология 2015. Т. 1. № 1. С. 62–81 // <http://iphras.ru/uplfile/root/biblio/phan/6.pdf>*
5. Христофорова О.Б. *Упавшая крыша и дочь колдуна, или о коллективности представлений и индивидуальности толкований // Запретное / допускаемое / предписанное в фольклоре. М.: РГГУ, 2013. – С. 228–248.*
6. Honigman T. 1954. *Culture and Personality. N Y., 1954. – P. 17.*
7. Kirmayer L., Minas H. *The Future of Cultural Psychiatry: An International Perspective // Can J Psychiatry. V. 45. 2000.*
8. Machleidt W., Sieberer M. *From Kraepelin to a Modern and Integrative Scientific Discipline: The Development of Transcultural Psychiatry in Germany // Transcultural Psychiatry 50(6). 2013.*
9. Zislin J. *Folk Concepts in Psychiatry and Cultural Bizzareness // 1st International Conference on Cultural Psychiatry in Medeterian Countries. Tel Aviv. Israel. 5–7 November. 2012.*

## **Миндалина как центр обеспечения эмоциональных реакций на стимулы: данные нейровизуализации**

Кашапов Ф.Ф.<sup>1</sup>, Хисматуллина З.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Республиканская клиническая больница

<sup>2</sup> Башкирский Государственный университет  
Уфа

Накопившиеся к настоящему времени экспериментальные и клинические данные позволяют считать бесспорным факт активного участия миндалевидного комплекса (МК) в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств, агрессивного поведения и эпилепсии.

Миндалина – симметричный комплекс ядер в медиальных височных долях, она является центральным звеном в формировании аффективных процессов – восприятия, переживания и выражения эмоции. МК предоставляет эмоциональную оценку внешних сигналов (стимулов, обрабатывающихся на уровне коры) и информацию об основных мотивационных потребностях индивида. Стимулы, получившие эмоциональную окраску, лучше запоминаются. Кроме того, МК обеспечивает отслеживание опасности и реагирование, например, на мимическое выражение ярости. Негативно окрашенные настроения и эмоции (ярость, страх, горе) перерабатываются корой правого полушария при участии миндалевидного комплекса (Ньюкиктьен Ч., 2009). Некоторые авторы утверждают, что миндалина, возможно, осуществляет прямой контроль деятельности гипоталамуса и оказывает патогенетическое влияние на работу системы физиологического стресса (Tebartz van Elstetal, 2003).

Необходимо кратко рассмотреть анатомию МК, без которой будет не вполне ясен процесс реализации функциональных ролей этой уникальной структуры. Амигдала - относительно небольшое (у человека 15мм/10 мм) образование, состоящее из нуклеоформных скоплений нейронов, слоистых структур и переходных между ними формаций. По мнению Л.Б. Калимуллиной, это территория, на которой впервые на основании ядер начали появляться примитивные корковые формации, сейчас относящиеся к палеокортексу (Акмаев И.Г, Каллимулина Л.Б. 1993). В свете концепции А.А. Заварзина о двух основных принципах морфофункциональной организации серого вещества (ядерное и экранное), МК можно рассматривать, как переходную форму от хаотической цитоархитектоники к упорядоченной (Заварзин А.А., 1986). В филогенезе амигдала проделала путь от небольшой, нечетко дифференцированной клеточной массы у миног (предшественник кортикомедиальной группы ядер) до отчетливо выделяемых двух больших ядерных групп млекопитающих с особо развитой базолатеральной группой (ввиду прогрессивного усложнения строения неокортекса).

На основе преимущественно функциональных различий Н. Koikegami в 1963 г. выделил две группы – базолатеральную (латеральное ядро, латеральная часть

базального ядра) и кортикомедиальную (медиальное, кортикальное, центральное ядра и мелкоклеточная часть базального ядра). Первая группа в опытах с электростимуляцией давала ответы, характерные для возбуждения парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и экстрапирамидной системы, вторая – реакции, свидетельствующие о возбуждении симпатического отдела (Koikegami H., 1963). A.J. Zolovick выяснил, что базолатеральный отдел доминирует над кортикомедиальным, оказывая на него тоническое тормозное влияние, которое может модулироваться при стимуляции медиальной амигдалы или при разрушении базолатерального комплекса (Zolovick A.J., 1972). В дальнейшем это было подтверждено С.А. Чепурновым (Чепурнов С.А., Чепурнова Н.Е. 1981) и М. Fonberg (Fonberg M., 1974). Методы визуализации мозга, к сожалению, пока могут отобразить только целостную картину нейрональной активности амигдалы, но не особенности функции ее подъядер (Adolphs R., 2003).

В числе наиболее хорошо изученных проявлений активности МК – обоснованное опасение (чувство страха) (Aupperle R.L., 2010; Davis M. 1992; Le Doux J., 1998), «выученная беспомощность» (Amat J.M., Baratta V., Paul E. et al., 2005; Marier S.F., 2006), и разрушение «материнско-младенческой связи» (Pardo J.V, Sheikh S.A., Schwindt G.C. et al., 2007). Эксперименты на животных показали, что при разрушении этой связи появляются изменения на молекулярном уровне – модулируется амигдаларная транскрипция к снижению экспрессии гуанилатциклазы  $1\alpha 3$  в латеральных и базальных подъядрах миндалины (Sabatini M.J., Ebert P., Lewis D.A. et al., 2007), что у приматов в клинике проявляется усилением депрессии и тревоги (Harlow H.F. 1959; Harlow H.F., 1974).

Исследования на здоровых добровольцах также выявили связь миндалины (и сенсорной коры) с ощущением и восприятием эмоций (Canli T. 2005; Canli T. 2000; Damasio A.R. 2000; Gotlib I.H. 2005; Hamann S.B. 1999; Morris J.S., 1999). Оказалось, что аверсивные обонятельные и звуковые стимулы активизируют МК и ассоциативную сенсорную кору, изменяя региональный мозговой кровоток более, чем на 10% (Zald D.H., 1998; Zald D.H., 1997), причем это изменение коррелирует с аверсивным стимулом (Liotti M., 2000; Liberzon I., 2006; Mayberg H.S., 1999; Shin L.M., 1999). Для депрессии специфичны изменения в амигдале, лобной коре и гиппокампе. Характер выявляемых изменений непостоянен. При монополярном депрессивном расстройстве в пожилом возрасте выявляются атрофия лобных долей и базальных ганглиев, при биполярном и униполярном аффективном расстройстве помимо атрофии гиппокампа, отмечаются изменения размера миндалины (Altschuler L.L., 1998; Aupperle R.L., 2010; Frodl T. et al., 2002; Sheline Y.I., 2001; Strakowski S.M., 1999). Схожие данные были получены при депрессии у больных с височной эпилепсией и генерализованными фобиями (Brenner J.D., 2000; De Bellis, 2001; Tebartz van ElstL 1999; Tebartz van ElstL. 2000; Tebartz van Elst, 2003).

Особый интерес, прежде всего в связи с полученными структурными данными об увеличении МК при униполярной и биполярной депрессии, представляет работа W.C. Drevets и сотрудников, которым удалось доказать усиление кровотока преимущественно в левой миндалине, как маркер состояния при семейной меланхолической депрессии (Drevets W.C., 2000). Усиленный

кровоток в миндалине сохранялся и после ремиссии депрессивного состояния; эти данные, по крайней мере принципиально, были подтверждены исследованиями другой рабочей группы (Abercrombie H. C., 1998). Группа W.C. Drevets повторила свою работу и получила сходные результаты. Также было уточнено, что схожие данные были получены также при биполярной депрессии, но не при неспецифических депрессивных синдромах (Drevets W.C., 2002; Drevets W.C., 1998). Далее им удалось показать связь между усилением потребления глюкозы в миндалине и повышением уровня кортизола в крови.

При депрессиях, помимо нарушений метаболизма в префронтальной и орбитофронтальной коре, отмечаются изменения в передней части поясной извилины, верхней височной извилине и МК (Beauregard M., 1998; Beauregard, M., 2001; Lane R.D., 1997; Soares J.C., 1997). У пациентов с ларвированной депрессией при проведении фМРТ на фоне антидепрессивной терапии наблюдается увеличение интенсивности BOLD-сигнала (Blood Oxygen ation Level Dependent) в области миндалины (Sheline Y.I. et al., 2001). Угнетение мозгового ответа на усложнение стимульного материала [интенсификация когнитивной нагрузки и формирование фрустрации] при проведении фМРТ у больных с депрессией обнаруживается билатерально: в телах хвостатых ядер (более выражено слева), в парагиппокампальных извилинах и миндалинах (ПБ 34, более выражено справа). Изменение чувствительности импульсной последовательности градиентного эха к изменению оксигенации крови в указанных областях оказалось наиболее достоверным, согласно Whole-Brain – анализу. Ответ миндалины достоверно ниже, а интенсификация ответа хорошо видна в процессе терапии. Эффект научения исключен проведением нескольких фМРТ-сканирований в течение одного дня. Угнетение активности МК вплоть до «функционального выключения» в исследовании отмечалось примерно в равной степени у больных с депрессиями различного генеза (реактивной (F43), органической (F06), эндогенными (F31-33, F20, F25) (Труфанов Г.Е., 2015).

В одном из первых больших нейровизуализационных исследований мозга M. Hornig с соавторами использовали гексаметилпропаноламин при изучении регионального мозгового кровотока с помощью ОФЭКТ у пациентов с фармакорезистентными и нерезистентными депрессивными расстройствами. Исследование интересующего региона посредством многократного сравнения с общей мозговой корковой активностью показало гиперактивностью миндалярно-гиппокампальной области у пациентов с фармакорезистентными депрессивными расстройствами по сравнению с больными курабельными депрессиями (Hornig M. 1997).

Методами ПЭТ активность мозга можно изучать не только в состоянии покоя, но при стимуляции мозговой деятельности. В отечественном исследовании Г.Е. Труфанова и соавторов (ПЭТ с 18-фтордезоксиглюкозой) выявлен гипометаболизм в миндалинах у больных с фармакорезистентными депрессиями, как до лечения антидепрессантами, так и после лечения.

В целом можно заключить, что по данным многочисленных исследований, патологические отклонения церебрального кровотока и уровня метаболизма глюкозы выявляются, главным образом, в различных областях префронтальной

коры и лимбической системы (в т.ч. миндалине) как при униполярной, так и при биполярной депрессии.

В исследованиях визуализации лигандов также есть определенные наработки. Состояние серотонинергической системы исследуют с помощью пробы с отменой триптофана. Синтез серотонина в нервной системе, как известно, зависит от присутствия триптофана. Эта незаменимая аминокислота является предшественником серотонина и поступает в организм только с пищей. В ходе пробы с помощью ПЭТ исследуют чувствительность серотонинергической системы к уменьшению поступления триптофана в пищеварительный тракт. При этом удалось показать, что у больных депрессией отмена триптофана приводит к ослаблению метаболизма в области таламуса, префронтальной коры (Bremner J.D., 1997), уменьшению кровотока в стволе мозга и миндалине. Один из известных дофаминергических трактов берет начало в ядрах вентральных отделов крыши среднего мозга (ventral tegmental area, VTA), откуда иннервирует миндалину, прилежащее ядро и префронтальную кору.

Исследования методом фМРТ очень популярны в экспериментах на здоровых испытуемых. Выявлено, что критически важными для обработки эмоционально значимой информации являются такие ареалы, как миндалина, островок, глазнично-лобная кора и таламус. Однако присутствие неконтролируемых в настоящее время привходящих переменных значительно осложняет применение метода у пациентов с психическими расстройствами и потому работ такого характера опубликовано немного (Keightley M.L., 2003). Siegle и сотрудники (2002) показали, что пациенты с депрессией реагируют на предъявление эмоционально значимых слов отчетливо повышенной и пролонгированной активацией миндалины. Это согласуется с результатами ПЭТ-исследований (Drevets et al., 1999; Drevets, 2002; Sheline, 2001).

В исследованиях, когда сравнивались здоровые испытуемые и больные с биполярной депрессией при их погружении в печальное состояние показом соответствующего материала, выявлен сниженная активация в дорсолатеральной префронтальной коре и повышена активация в миндалине (Yurgelun-Todd D.A., 2000). Повышенная активность в миндалине в ответ на предъявление печальных зрительных стимулов является характерной и обнаруживается в большинстве исследований, проведенных на больных с депрессией (Drevets, 1992; Drevets, 2002; Sheline, 2001; Thomas, 2001; Siegle G.J. & Hasselmo M.E., 2002; Siegle G.J., 2002; Siegle G.J., 2002). Следует отметить, что Thomas и сотрудники выявили такую реакцию у детей только при страхах, но не при депрессивных состояниях (Thomas K.M., 2001). ФМРТ-исследования, проведенные до и после применения антидепрессанта венлафаксина указывали на то, что после лечения у больных депрессией при положительной реакции на лечение происходит нормализация повышенной активности в миндалине (Sheline, 2001). Можно заключить, что во многих исследованиях было показано, что МК является центральным местом изменений, что подтверждается ПЭТ и структурной МРТ (Вальтер Х., 2010).

Агрессия не является самостоятельным психическим расстройством, более того, она может формой как нормального, так и патологического поведения. Одну из ключевых ролей в реализации агрессивного поведения играет амигдала. За

регуляцию враждебного поведения у приматов отвечает правая орбитофронтальная кора, которая оказывает на него тормозящее действие. Она имеет многочисленные связи с МК. В случае ее поражения или стимуляции переднемедиальных отделов височной области эмоции (гнев), которые генерируются миндалевидным телом и другими компонентами лимбической системы не подавляются и могут усиливать агрессивность. В противном случае возникает пассивность, как при синдроме Клювера-Бюсси (Tonsgard J.H., 1987). Повреждение височной области, особенно при локализации процесса в медиобазальных структурах левой гемисферы (миндалины, гиппокампа), может привести к эпилепсии. Медиальный височный склероз ассоциирован с височной эпилепсией. У детей с височной эпилепсией, особенно при локализации процесса в медиобазальных структурах, выявляется дисфункция структур, участвующих в регуляции агрессии. Tebartz van Elst и соавторы наблюдали интериктальное агрессивное поведение у 20% из 50 пациентов с височной эпилепсией и атрофией миндалевидного комплекса после перенесённого энцефалита. В другой группе (28%) отмечалась агрессия в сочетании с повреждением миндалевидного тела слева или периамигдаллярной области.

Большинство случаев эпилепсии, обусловленных резидуально-органическими нарушениями, относится к височно-долевым и в меньшей части к лобно-долевым с медиобазальной локализацией поражения, тесно примыкающей к ростральным медиобазальным отделам височной доли. Наиболее характерной находкой при хронической эпилепсии является медиальный склероз височной доли. Это обусловлено тем, что при прохождении родовых путей матери этот отдел мозга вследствие деформации черепа выдавливается через отверстие в тенториуме мозжечка и при неблагоприятных родах ущемляется вместе с питающими его сосудами между краем твердой мозговой оболочки и средним мозгом с возникновением здесь очагов деструкции ишемии, кровоизлияний и отека. Это приводит к закладке здесь фокусов гипервозбужденных нейронов.

Даже в норме образования гиппокампальной формации имеют самый низкий порог судорожной готовности (в 10 раз ниже, чем у сенсомоторной коры). Вероятно, это связано с наличием здесь максимальной плотности специфически чувствительных к эпилептогенным влияниям калиевых мембранных каналов. В сочетании с высокой частотой повреждения это делает гиппокампальную формацию важнейшим поставщиком фокусов эпилептической активности. Вовлечение в процесс обонятельных систем и миндалины объясняет высокую частоту обонятельной ауры при эпилепсии. Даже если первичный очаг находится вне гиппокампальной формации, ее свойства приводят к тому, что любая афферентная гиперсинхронная стимуляция или непосредственное возбуждение будут потенцировать процессы возбуждения и способствовать их дальнейшему распространению.

Отсюда известные эффекты вторичной темпорализации эпилептических приступов, имевших вначале невисочный или генерализованный характер, и в свою очередь тенденция к вторичной генерализации парциальных или комплексно-парциальных височных припадков. Очаги в миндалине обнаруживаются при простых парциальных припадках с обонятельными и



вкусовыми симптомами, простых парциальных припадках с вертигинозными симптомами, простых парциальных припадках с вегетативными симптомами, простых парциальных припадках с психопатологическими симптомами, комплексных парциальных припадках с нарушением сознания, комплексных парциальных припадках с автоматизмами, парциальных припадках развивающихся во вторично-генерализованные (Зенков Л.Р., 2010).

Таким образом, следует отметить важность, а по ряду мнений и центральную значимость миндалевидного комплекса в развитии указанных психопатологических расстройств. Вместе с тем возможности современной нейровизуализации пока не позволяют выделить разницу в активности разных подъядер и показывают только уровень возбуждения амигдалы в целом.

## Литература

1. Акмаев И.Г., Каллимулина Л.Б. Миндалевидный комплекс мозга: функциональная морфология и нейроэндокринология. - М.: Наука, 1993.
2. Заварзин А.А. Труды по теории параллелизма и эволюционной динамике тканей: к 100-летию со дня рождения. - Л.: Наука, 1986.
3. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология. – М.: МИА, 2010.
4. Труфанов Г.Е. Нейровизуализация депрессивных расстройств. - СПб.. 2015.
5. Ньюкиктьен Ч. Детская поведенческая неврология, том 1. - М.: Теревинф, 2009.
6. Чепурнов С.А., Чепурнова Н.Е. Миндалевидный комплекс мозга. - М.: МГУ, 1981.
7. Вальтер Х. Функциональная визуализация в психиатрии и психотерапии – М., 2010.
8. Abercrombie H.C., Schaefer S.M., Larson L.L., Oakes T.R., Lindgren K.A., Holden J.E., Perlman S.B., Turski P.A., Kraha D.D., Benca R.M. & Davidson R.J. Metabolic rate in the right amygdala predicts negative affect in depressed patients. // *NeuroReport*, 1998.
9. Adolphs R. Is the human amygdala specialized for processing social information? // *Ann. N.Y.Acad. Sci.*- 2003.
10. Altschuler L.L. Amygdala enlargement in bipolar disorder and hippocampal reduction in schizophrenia: an MRI study demonstrating neuroanatomic specificity / L.L.Altschuler, G.Bartzokis, T.Grieder et al // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1998.

## **Интегративное применение биоповеденческой терапии и имагинативных техник при восстановлении адаптационных ресурсов членов семей представителей опасных профессий**

Киворкова А.Ю.<sup>1</sup>, Соловьев А.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГКУ Санаторий «Жемчужина Кавказа»

Кисловодск

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России  
Архангельск

Повышенное внимание различных силовых министерств и ведомств к проблеме сохранения психофизиологического здоровья представителей экстремального профиля служебной деятельности приобретает все большую актуальность в условиях современной политической нестабильности и увеличивающегося числа вооруженных конфликтов и террористических актов во всем мире. Основным видом профессиональной направленности специалистов указанного профиля является служебная деятельность, отличающаяся от других видов по целям, мотивам, способам, условиям осуществления, эффективность которой в значительной мере (больше, чем любой другой) зависит от качества ее всестороннего психологического обеспечения [2].

Специфика их профессиональной деятельности характеризуется высоким напряжением адаптационно-приспособительных механизмов психики, ригидизацией личности, снижением нервно-психической устойчивости [6]. Лица опасных профессий, участвующие в специальных мероприятиях, испытывают интенсивное воздействие целого ряда стрессогенных факторов, отличающихся по своему содержанию от факторов привычной жизни, порой сверхсильных по своему воздействию [1]. Как следствие, возникают проблемы оптимизации способов совладания с этими профессиональными стрессорами, так как неадаптивное поведение в таких случаях приводит к развитию профессиональной дезадаптации, нервно-психических и психосоматических нарушений [4].

Трудности современной воинской среды сказываются на психологическом состоянии не только военнослужащих, но и членов их семей. У жен военнослужащих, наряду со значительными психологическими проблемами, такими, как тревога и нарушения взаимоотношений, могут возникнуть и сопутствующие нарушения соматического здоровья [5]. Семейные проблемы и неурядицы зачастую непосредственно наносят ущерб служебной активности военнослужащих и, как следствие, отрицательно сказываются на морально-психологическом состоянии воинского коллектива, в целом [8], что требует целенаправленного психотерапевтического сопровождения членов семей лиц опасных профессий.

Целью исследования явилось выявление эффективности сочетанного применения метода адаптивного биоуправления с имагинативными техниками у

жен военнослужащих, находящихся в условиях внутрисемейной стрессовой ситуации.

В проведенное нами исследование было включено 149 лиц женского пола в возрасте 22-48 лет (ср. возраст  $39,5 \pm 5,4$  лет) – жен военнослужащих, профессиональная деятельность которых связана с командированием в регионы со сложной оперативной обстановкой. Все обследуемые обратились за помощью в кабинет медико-психологической реабилитации в связи с нарушениями семейных отношений; у них преобладали жалобы на немотивированные колебания настроения, плохой сон с частыми пробуждениями, слезливость, безотчетные опасения, тревожность, вспыльчивость, раздражительность, конфликтность. Всем женщинам были присущи изменения, соответствующие аффективным клиническим нарушениям - субдепрессивным и тревожным синдромальным проявлениям или смешанным тревожно-депрессивным расстройствам, тесно связанным с вегетативными проявлениями.

Курс реабилитационных мероприятий, включал температурно-миографические тренинги биологической обратной связи (БОС) в сочетании с сеансами кататимно-имагинативной психотерапии. Для мониторинга параметров электроэнцефалограммы (ЭЭГ), интегрального электромиографического напряжения и температуры в форме бинарных, аналоговых, слуховых и визуальных сигналов БОС был использован программно-аппаратный комплекс «БОСЛАБ». Клиническое интервьюирование проводилось для уточнения выраженности невротического состояния с учетом анамнеза семейной жизни, особенностей внутрисемейных взаимоотношений, а также специфики профессиональной деятельности мужа. Субъективная оценка состояния объективизировалась данными, полученными после проведения психологической диагностики на аппаратно-программном психодиагностическом комплексе «Мультиспихометр».

Одним из эффективных средств психологической помощи лицам опасных профессий считается использование имагинативных техник психотерапии, опирающихся на представление воображаемых образов. Оставаясь на принципиальных психоаналитических позициях, много общего метод имеет с теорией архетипов и коллективного бессознательного К.Г. Юнга, а также с разработанным им методом активного воображения [7].

Символдрама, известная также как кататимно-имагинативная психотерапия, является глубинно-психологически ориентированным методом, клинически высоко эффективным при краткосрочном лечении, что немаловажно при проведении мероприятий медико-психологической реабилитации. Как правило, для снижения степени сопротивления к психотерапии бывает достаточно нескольких простых внушений, фокусирующих внимание на состоянии спокойствия, расслабленности, тепла, тяжести и приятной усталости последовательно в различных участках тела. После достижения пациентом состояния расслабления ему предлагается представить кататимный образ на заданную медицинским психологом тему, как правило, это мотивы основной ступени, а именно стандартный мотив «Цветок», позволяющий собрать данные глубинно-психологического анамнеза, а также несущий в себе множество

диагностических маркеров для дальнейшей работы. Представляя образы, пациентка с закрытыми глазами рассказывала о своих переживаниях, чувствах и ощущениях. Чтобы обеспечить наиболее полное и глубокое самораскрытие личности, необходимо было свести до минимума суггестивное воздействие специалиста.

Еще одним плюсом психотерапии по методу символдрамы явилось рисование, в котором важная роль отводится работе с рисунком, изображаемым пациентом после сеанса представления образов. Рисование пережитого в образе материала особенно полезно в работе с ближайшим семейным окружением представителей опасных профессий, порой испытывающих трудности вербального выражения, скованных внутренними запретами. Следует отметить, что в нашей практике встречались лица, которые в начале курса реабилитации были мало ориентированы на психотерапию из-за присутствия страха потери контроля, при этом все психологические мероприятия воспринимались ими как директивное вмешательство. На этом этапе нами выявлена целесообразность включения биоповеденческой терапии, сочетающей в себе психотерапевтические сеансы с технологией биоуправления. Основной задачей технологии биоуправления является обучение навыкам саморегуляции, а обратная связь облегчает процесс обучения физиологическому контролю, делая доступной информацию, в обычных условиях не воспринимаемую. Во время проведения сеанса пациенту удается достичь понимания интегративной связи между его физиологическими реакциями, мыслями, эмоциями и представлениями.

Результаты исследования показали, что у жен военнослужащих, находящихся в условиях перманентной стрессовой ситуации, обнаружены патопсихологические изменения, соответствующие аффективным клиническим нарушениям - самостоятельным субдепрессивным и тревожным синдромальным проявлениям или смешанным тревожно-депрессивным расстройствам, которые, в свою очередь, тесно «спаяны» с вегетативными проявлениями. Сочетание высоких показателей нейротизма и клинически очерченной тревоги позволили нам выявить вполне логическую взаимосвязь между конституциональной predisпозицией и клиническими признаками, способствуя формированию аномальной личностной изменчивости в условиях социально-семейного стрессирования [3].

Комплексное использование техник имажинации в сочетании с БОС способствовало обретению женами военнослужащих способности к тонкой дифференцировке соматических ощущений эмоциональных реакций. Наблюдалась положительная динамика психоэмоционального состояния. Позитивные эмоции, вызванные оптимальным решением семейного кризиса, снижение напряжения негативных эмоций свидетельствовали об успехе и завершенности психотерапевтического процесса. Улучшалось самочувствие, настроение, снижалась интенсивность жалоб на повышенную раздражительность и агрессивность супруга.

Клинические результаты подтверждались данными психофизиологического обследования, проведенными после окончания курса процедур с БОС. Динамическое исследование ЭЭГ-ритмов показало значимые изменения изучаемых параметров. У жен военнослужащих с выработанным в процессе

коррекционных сеансов БОС навыком произвольного увеличения альфа-ритма наблюдался положительный терапевтический эффект со снижением частоты депрессивных состояний и уровня тревожности. Отмеченное в процессе восстановительных мероприятий увеличение амплитуды альфа-ритма также свидетельствовало о снижении личностной тревожности.

При анализе отфильтрованных ЭЭГ-параметров отмечалось значимое повышение базового уровня амплитуды альфа-ритма с  $6,74 \pm 3,61$  мкВ до  $11,3 \pm 5,99$  мкВ и снижение тета-активности с  $8,44 \pm 3,63$  до  $5,15 \pm 1,98$  мкВ, что свидетельствовало о повышении устойчивости к стрессу, развитии навыков глубокой психической релаксации. К окончанию курса показатели интегральной электромиографического напряжения снизились с  $9,25 \pm 3,39$  мкВ до  $4,95 \pm 1,82$  мкВ ( $p < 0,001$ ). Изучение курсовой динамики регистрируемых параметров при проведении температурно-миографических тренингов показало достоверное повышение температуры по сравнению с исходной с  $88,7 \pm 4,661$  до  $94,0 \pm 1,779$  °F ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, включение в реабилитационную программу метода символдрамы и игрового биоуправления позволяет предотвратить возникновение и развитие у военнослужащих и членов их семей эпизодов дезадаптации, психосоматических расстройств, а также нарушений функционирования в сфере социальных контактов. Биоповеденческая терапия повышает качество диагностики нарушений психофизиологического состояния, способствует снижению уровня эмоциональной зависимости с одновременным развитием чувства самоэффективности, автономности, а также сокращает период установления доверительных отношений непосредственно между специалистом и участником реабилитационного процесса.

## Литература

1. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства / Учебное пособие. М.: Медицина. 2000. 339 с.*
2. Караяни А.Г. *Теоретические основы психологического обеспечения служебной деятельности // Юридическая психология. – 2013. – №3. – С. 22-26.*
3. Киворкова А.Ю. *Факторы риска и критерии эффективности психокоррекции аномальной личностной изменчивости жен военнослужащих / А.Ю. Киворкова, А.Г. Соловьев, И.В. Боев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2014. №1.*
4. Рыбников В.Ю., Матыцина Е.Н., Кобозев И.Ю. *Личностные и средовые копинг-ресурсы в профессиональной деятельности представителей профессий экстремального профиля / В.Ю. Рыбников, Е.Н. Матыцина, И.Ю. Кобозев // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2012. – № 3. – С. 73–75.*
5. Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю. *Коррекция психоэмоционального состояния жен военнослужащих с применением биологической обратной связи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015.– № 4.– С. 102-105.*
6. Шевченко Т.И., Макарова Н.В., Бохан Т.Г. *Стрессоустойчивость специалистов опасных профессий МЧС России / Т.И. Шевченко, Н.В. Макарова, Т.Г. Бохан // Вестник Томского государственного университета. – 2013. – № 369. – С. 164–167.*

7. Юнг К. Психология бессознательного. // Собрание сочинений. М., "Канон", 1994.
8. Солохина Л.В., Акимов И.В. Современные проблемы ведомственной медицины и их влияние на военную семью / Л.В. Солохина, И.В. Акимов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 113–117.

## **Опыт психосоциальной реабилитации лиц, находящихся на принудительном лечении в стационаре общего типа**

Кишка Т.Н.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко»  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** Целями применения принудительных мер медицинского характера, в соответствии со ст. 98 УК РФ, являются излечение или улучшение психического состояния лиц, совершивших в состоянии невменяемости общественно опасные деяния, а также предупреждение совершения ими новых общественно опасных. При этом принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа представляется наиболее ответственным этапом принудительного лечения. Это связано как с тем, что данный вид принудительной меры медицинского характера охватывает две трети всех пациентов, проходящих принудительное лечение и, чаще всего, непосредственно предшествует возвращению пациента в общество.

Работа с пациентами, находящимися на принудительном лечении одновременно осложнена несколькими факторами. Лечебно-реабилитационные мероприятия осуществляются общепсихиатрической службой, хотя очевидно необходима специфическая подготовка сотрудников. Также нет достаточной информации об эффективном лечении данной группы пациентов, а критерии выписки размыты [11]. В целом, считается, что аргументами в пользу выписки из психиатрического стационара является выраженная положительная динамика психического состояния, в результате проведенных лечебно-реабилитационных работ, исчезновение психопатологического механизма совершенного больным общественно опасного деяния (ООД), отсутствие девиантного поведения в стационаре в течение 6-12 месяцев, стойкость наступившего позитивного изменения психического состояния, появление критического отношения к совершенному общественно опасному деянию, осознание болезни, повышение адаптационных возможностей, отсутствие асоциальных тенденций [13].

Другой проблемой является достижение одной из основных целей принудительного лечения - профилактики совершения повторных общественно опасных деяний. Об этом свидетельствуют статистические данные: в 40-60% случаев пациенты после выписки совершают повторное ООД [1, 10]. Общий тренд

роста количества пациентов, попадающих на принудительное лечение (в том числе, повторно) отмечается и в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко: за последние 4 года их число увеличилось почти в два раза.

Спецификой принудительного лечения является и малая эффективность простой изоляции и медикаментозного воздействия, направленных, в основном, на психотические состояния. Эта проблема особенно актуальна, если речь идет о ООД, совершенных по негативно-личностным механизмам [13]. Принудительное лечение, особенно в завершении его стационарной части, требует особого реабилитационного подхода, сугубо специфичной работы с пациентами и особой подготовки персонала по вопросам, выходящим за пределы обычной лечебно-диагностической работы [11]. Ведущую роль при этом занимают социально-реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление утраченных ввиду болезни функций [2, 3, 4, 5, 6, 7].

Учитывая, что из психиатрического стационара общего типа пациенты переводятся на амбулаторный режим лечения и выходят в социум, вопрос качества психосоциальной реабилитации и лечения, в целом, становится наиболее важным. Отмечается значительная степень социальной дезадаптации данной категории пациентов, в связи с этим, их психосоциальная реабилитация, восстановление или развитие адекватных форм реагирования и приспособления требуют длительного времени. Во многом по этой причине принудительное лечение длится, в среднем, 2 года и более. Есть и негативная сторона этого процесса: долгосрочное пребывание в стационаре способствует развитию госпитализма, т.е. может углублять проблему инвалидизации и десоциализации пациентов.

До недавнего времени в Санкт-Петербурге принудительное лечение в психиатрических стационарах общего типа осуществлялось, как правило, в общих психиатрических отделениях. При этом данный контингент пациентов составлял незначительную часть в каждом из отделений, что приводило к тому, что лечебный процесс организовывался разрозненно; само принудительное лечение зачастую ограничивалось фармакотерапией; пациенты были ограничены в возможности принимать участие в общебольничных реабилитационных программах, а элементы реабилитации, в основном, сводились к оформлению группы инвалидности и восстановлению документов.

С 2013 г. в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко принудительное лечение в психиатрическом стационаре проводится в специально созданном мужском отделении. Основной целью его создания являлось повышение эффективности принудительного лечения, а в числе основных задач – выработка специфических реабилитационных методов и технологий для данной целевой группы, широкое применение реабилитационных ресурсов внутри отделения, выработка общих критериев оценки эффективности проведённых реабилитационных мероприятий.

К моменту организации отделения принудительного лечения мы провели скрининговое исследование удовлетворённости лечением пациентов, в рамках оценки качества оказываемой нами психиатрической помощи. Результаты показали недостаточный охват и вовлеченность пациентов в психокоррекционные

и психотерапевтические мероприятия, ввиду распределения их по разным отделениям, а удовлетворенность этим видом лечения не превышала, в среднем, 50% [9]. Эти результаты еще раз подтвердили актуальность создания общей базы для психосоциальной реабилитации пациентов и объединения их в одном отделении. Собрать всех пациентов не представилось возможным (часть продолжали лечение в инфекционном отделении, другая часть пациентов – женского пола - осталась в женских отделениях общего типа), они продолжали участвовать в общебольничной, неспецифической реабилитационной программе.

В целом, наша работа по созданию психосоциальной реабилитационной программы была построена на распространенной 4-х этапной модели психолого-психиатрической помощи и лечения [7]. Модель предусматривает индивидуальный подход при построении графика реабилитационных программ для каждого пациента [8]. Участие пациентов в той или иной программе обсуждается на ежемесячной встрече мультидисциплинарной бригады, в которую входят лечащие врачи, два медицинских психолога, врач психотерапевт, старшая сестра отделения и специалист по социальной работе. Возглавляет бригаду заведующий отделением. При назначении тех или иных мероприятий учитывается общее актуальное состояние пациента: от клинических до социально-экономических проблем. В настоящее время это распространённый стиль работы, сравнительно высокая эффективность которого описана в современной литературе [13].

Первоначально психосоциальная реабилитация была организована следующим образом: часть пациентов посещала групповые занятия, а большая часть из них была вовлечена в индивидуальную работу с психологом. Недостатком такой работы было абсолютно директивное формирование психологических групп (пациенты попадали в них по показаниям, без учета их собственного мнения). Часто это провоцировало демонстративные отказы посещать занятия, что демотивировало и других участников, срывало встречи и нередко служило причиной распада психологических групп. Другим минусом было несколько хаотичное, без определенной логической последовательности прохождение групп пациентами.

Индивидуальная психологическая работа была более востребована пациентами: они избегали напряжения от необходимости следовать правилам группы, откровенно общаться с другими участниками – строить межличностные взаимосвязи, перемещать фокус внимания со своих переживаний на других – развивать навык эмпатии. Это влекло отказ от групповой работы в пользу индивидуальной, но являлось малоэффективным, с точки зрения охваченного количества больных.

Первый год интенсивной работы принёс неоднозначные результаты, но большой практический опыт. Продолжая двигаться в данном направлении, мы совершили определённое усовершенствование программы. Во-первых, было проведено мотивационное интервью со всеми пациентами, находившимися на принудительном лечении в больнице, включая пациентов женских и инфекционных отделений. Нами было разработано «информированное согласие» на прохождение интенсивной психосоциальной реабилитации. Пациенты



подписывают его перед началом интенсивной психокоррекционной работы и после разъяснительной, мотивационной беседы. Этот подход дал ряд преимуществ. Специалист получает возможность работать с первично возникающим сопротивлением пациента ещё на этапе интервью, давать ему дополнительную информацию, что снижает негативизм и напряжение последнего. Пациент, попадая в ситуацию выбора и имея возможность высказать своё мнение, приобретает новый опыт «процедурной справедливости». Также это повышает его ответственность за процесс и результаты лечения.

Противопоказания к мотивационной беседе такие же, как и к психотерапии в целом. После интервью полученную выборку пациентов мы разделили по степени выраженности реабилитационного потенциала. Основными критериями оценки были мотивация и когнитивный статус пациента. В конечном итоге, получилась условная «рабочая» классификация: «высоко мотивированные», «средне мотивированные» и «мало мотивированные». Также была выделена четвертая когорта пациентов, которые отказались от участия в психосоциальной реабилитационной программе, хотя это было им рекомендовано; с такими пациентами периодически проводятся мотивационные беседы, часто их мнение меняется. Группы, которые мы составляем, состоят, как правило, из пациентов одного уровня мотивации и когнитивных способностей, при этом они являются разнородными по полу и нозологии, что увеличивает интерес пациентов к посещению занятий, у которых отмечается недостаток общения с противоположным полом.

Во-вторых, мы разработали ступенчатую - четкую, но гибкую очередность прохождения психологических и психотерапевтических групп. Первая ступень для всех пациентов – психообразование. У этой программы, в которую мы стремимся привлечь всех пациентов, есть несколько фокусов: формирование критики, информирование о лечении, включая важность психосоциальных мероприятий, ликвидация стигмы и освещение правовых аспектов принудительного лечения.

Далее, мы предполагаем, что пациент, обладая всей необходимой информацией, сможет сделать более осознанный выбор для продолжения активного участия в психосоциальной реабилитации. Если после психообразовательной программы пациент отказывается от продолжения, с ним вновь проводится мотивационная беседа, результаты которой обсуждаются на собрании мультидисциплинарной бригады.

Важным элементом программы является тренинг когнитивных и социальных навыков (ТКСН). Если группа пациентов нуждается в активации, то для лучшего усвоения материала он используется до прохождения психообразовательной программы. После ТКСН идет мотивационный тренинг, разработанный Н.Д. Семеновой и И.Я. Гуровичем [14]. Эта методика применяется нами в несколько расширенном варианте, помогая пациентам научиться ставить цели, анализировать возможные затраты, выгоду, вырабатывать оптимальные пути к ее достижению, использовать помощь специалистов и социального окружения.

Для пациентов, прошедших основные виды групповой психологической работы, при относительно сформированном понимании болезни, достаточном уровне активации и способности распознавать и делиться эмоциями,

переживаниями мы проводим авторский «Тренинг управления гневом» (Mindfulness approach, автор professor of Psychology Russel Kolts, Washington, USA). Методика углубляет знания пациента о происхождении и природе гнева, о его функциях, о путях совладания с ним и способах повышения осознанности в целом.

Дискуссионная группа, созданная как пространство, где можно делиться собственными, не навязанными проблемами и мыслями, проводится раз в неделю для сохраннных пациентов (преимущественно, прошедших все виды групп) в полузакрытом формате. Эта динамически ориентированная психотерапевтическая группа способствует вербальной разрядке пациента при проговаривании волнующих тем, развитию саморефлексии, умению слышать проблемы других. Участник группы может получить откровенную конструктивную обратную связь, приобрести опыт адекватной социальной поддержки. Специалист на группе может получить дополнительные данные для более тонкой психологической диагностики пациента.

В настоящий момент отделение функционирует четвёртый год. Отмечается значительное расширение реабилитационной программы. Мы добавили тренинг осознанности, упрощенный вариант психообразовательной программы, различные методы арт-терапии, такие как изо-терапия, танцедвигательная терапия, кинотерапия, драма-терапия, сказкотерапия. Также отметим, что больница обладает большим реабилитационным центром, который посещает часть пациентов. В их распоряжении тренажерный зал, услуги парикмахера, театральная студия, изостудия, музыкальная студия, библиотека, студия танцевально-двигательной психотерапии, театрально-концертный центр. Они могут посещать домовый храм, где ведет пастырскую работу священник.

Творческая стимуляция приводит к тому, что сами пациенты проявляют инициативу. Они активно привлекаются для поддержания порядка внутри и вне отделения, благоустройства больничного парка.

Для оценки эффективности проведённой нами работы мы повторно исследовали удовлетворенность лечением и другие параметры, коррелирующие с ней.

**Цель исследования:** сравнение результатов, полученных при выявлении выраженности психопатологических симптомов, уровня самостигматизации, насыщенности жизни смыслом, социальной поддержки, субъективной удовлетворенности терапией и психотерапией у больных шизофренией до и после курса психосоциальной реабилитации в рамках принудительного лечения в стационаре общего типа.

**Задачи исследования:**

1. Оценка и сравнение удовлетворённости пациентов терапией и психотерапией (психокоррекцией);
2. Оценка и сравнение удовлетворённости пациентов социальной поддержкой;
3. Оценка и сравнение выраженности показателей самостигматизации;
4. Оценка и сравнение выраженности психопатологической симптоматики;
5. Оценка и сравнение показателя наполненности жизни смыслом.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании приняли участие 15 пациентов, проходящих принудительное лечение в разных отделениях - 10 мужчин

и 5 женщин. Средний возраст составил 41 год. Всем из них был установлен диагноз шизофренического спектра (F20-29). Средний стаж принудительного лечения в стационаре общего типа составлял от 1 до 3 лет; большинство из них поступили на принудительное лечение впервые, совершив преступление против личности или комбинированное (против личности и имущественное), в подавляющем большинстве по негативно-личностным механизмам. Пациенты обследовались в два этапа: до начала активной психосоциальной работы и после прохождения основной ее части.

Для достижения поставленных задач были использованы следующие методы:

1. Метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д.);
2. Опросник SCL 90 выраженности психопатологической симптоматики;
3. Опросник самостигматизации (Михайлова И.И.);
4. Тест смысложизненных ориентаций - СЖО (Леонтьев Д.А.);
5. Опросник социальной поддержки F- SOZU-22 (Sommer G., Fydrich T.) в адаптации А.Б. Холмогоровой (2006г);
6. Билефельдский опросник клиентского опыта (Hoger D.);
7. Статистические методы: сравнительный анализ с использованием непараметрического метода двух зависимых выборок, критерий Т-Вилкоксона.

#### **Обсуждение имеющихся результатов.**

Обратим внимание на достоверно значимые отличия, полученные между результатами одних и тех же пациентов до начала активного участия в психосоциальной работе и после.

Достоверно снизился общий показатель выраженности психопатологических симптомов: [ $M_1=0,5473$ ,  $\zeta=0,4151$ ] и [ $M_2=0,3578$ ,  $\zeta=0,0774$ ]. В частности, значительно снизилась межличностная тревога: [ $M_1=0,7391$ ,  $\zeta=0,7154$ ] и [ $M_2=0,7391$ ,  $\zeta=0,3797$ ] и почти в два раза уменьшилась тревожность: [ $M_1=0,5691$ ,  $\zeta=0,4691$ ] и [ $M_2=0,2750$ ,  $\zeta=0,3388$ ]. На уровне тенденций мы отмечаем снижение соматизации.

Достоверно повысился общий уровень насыщенности жизни смыслом: [ $M_1=92,417$ ,  $\zeta=16,183$ ] и [ $M_2=97,818$ ,  $\zeta=10,137$ ]. На уровне тенденции идет повышение показателя локуса контроля жизни.

Достоверно выше показатель общей субъективной удовлетворенности лечением отмечается у пациентов при активной вовлеченности в психосоциальную реабилитацию [ $M_1=142,42$ ,  $\zeta=10,621$ ] и [ $M_2=151,83$ ,  $\zeta=8,009$ ], в частности, выше удовлетворенность результатами лечения [ $M_1=59,75$ ,  $\zeta=5,119$ ] и [ $M_2=64,667$ ,  $\zeta=4,418$ ].

Также, на уровне тенденций выявлено улучшение показателей некоторых компонентов самостигматизации: отношения пациентов к вопросу готовности психически больных к труду и снижение дистанцированности от психически больных в сфере внутренней активности.

Другие методики, использованные в нашем сравнительном анализе, не показали статистически значимых результатов, однако мы предполагаем, что при увеличении выборки картина будет более разнообразная.

**Выводы:**

1. Активное вовлечение в психосоциальную реабилитацию пациентов, проходящих принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа, способствует редукции общей психопатологической симптоматики, в частности, межличностной тревожности и тревоги, в целом;

2. Показатель общей наполненности жизни смыслом возрастает по мере прохождения психологических групп и вовлеченности пациентов в другие психосоциальные мероприятия;

3. Общая субъективная удовлетворенность лечением выше у одних и тех же пациентов, при условии предоставления им возможности активно участвовать во всевозможных реабилитационных и психологических проектах.

На сегодняшний момент мы с оптимизмом оцениваем перспективы развития психосоциальной реабилитации пациентов, проходящих принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа - в плане повышения удовлетворенности пациентов терапией, качеством оказываемой психиатрической помощи.

**Литература**

1. Айсаев А. Т. Сравнительная характеристика психически больных с однократными и повторными общественно опасными деяниями (по данным отдаленного катамнеза) // *Российский психиатрический журнал*. - 2003. - №1. - С. 56-59.
2. Бабин С.М. *Психотерапия психозов: практическое руководство*. - СПб.: СпецЛит, 2012.- 335 с.
3. Балашова Т.Н., Собелл Л. Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. - 2007. - №1. - С. 4-7.
4. Булыгина В.Г., Макушкина О.А. Белякова М.Ю., Котова М.А. Современные тенденции в использовании психосоциальных вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть I) // *Психология и право*. - 2014 - №1 URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n1/68306.shtml> (дата обращения: 30.04.2016).
5. Гурович И.Я, Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2007. - Т. 17, №4. - С.78-85.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии* – М.: Медпрактика-М, 2004.- 492 с.
7. Захаров Н.Б. *Психосоциальная терапия и реабилитация лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа: Методическое пособие* – Киров, 2010. - 98 с.
8. Кабанова Т. Н. Субъективная оценка психически больными проводимых реабилитационных мероприятий как показатель эффективности принудительного лечения // *Российский психиатрический журнал*. - 2015. - Вып. 4. - С. 25-32.
9. Кишка Т. Н., Отмахов А. П., Панков В. А. Субъективная удовлетворенность лечением пациентов, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре общего типа: тезисы научно-практической конференции «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» – СПб., 2014. – С. 277.
10. Котов В.П., Мальцева М.М. *Опасные действия психически больных*. - М., 1995. – С. 225.

11. Котов В.П., Мальцева М.М. *Некоторые статистические показатели деятельности по профилактике опасных действий психических больных // Социальная и клиническая психиатрия.* – 2012. – т. 22, №3. – С. 11-14.
12. Котов В.П., Мальцева М.М. *О соответствии вида принудительного лечения характеру общественно опасного деяния // Психическое здоровье.* – 2012. – №11(78). - С. 19-22.
13. Макушкина О.А., Яхимович Л.А. *Повторные общественно опасные действия лиц, страдающих психическими расстройствами: проблемы профилактики // Российский психиатрический журнал.* – 2014. – №2.- С. 4-11.
14. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. *Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра// Социальная и клиническая психиатрия.* - 2014. - Т. 24, №4. - С.31-36.

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

Копытин А.И.<sup>1</sup>, Берегулина Л.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

<sup>2</sup> СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»  
Санкт-Петербург

### **Введение**

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

Повышенное внимание ученых и практиков, занимающихся проблемами профилактики и лечения психических расстройств, в последние годы оказывается привлеченным к вопросам формирования и развития эмоционального интеллекта. Он рассматривается как один из важнейших факторов, определяющих успешное обучение и социальное функционирование человека, его личные и профессиональные достижения, сопротивляемость стрессам, психическое и соматическое здоровье.

Различные характеристики эмоциональной сферы, связанные с конструктом эмоционального интеллекта, включая навыки эмоциональной регуляции, эмоциональной перцепции, коммуникации, эмпатии и другие, включаются в последние годы в такой интегративный показатель, характеризующий адаптационные возможности личности, как функциональный диагноз («диагноз здоровья», «многоосевой диагноз»).

Понятие функционального диагноза с соответствующими ему критериями и инструментами оценки в последние годы все чаще используется в психиатрических учреждениях в нашей стране и за рубежом, влияя на разработку и реализацию лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с психически больными людьми в связи с новой биопсихосоциальной, адаптационной парадигмой лечения психических расстройств. В то же время, на этом пути возникает ряд проблем: размытость понятия функционального диагноза, отсутствие четких критериев, характеризующих функциональные возможности пациентов, а также недостаточная разработанность надежных и валидных инструментов оценки разных личностных характеристик, входящих в понятие функционального диагноза, включая характеристики эмоционально-волевой сферы.

Используемые в настоящее время психологические методы изучения эмоциональной сферы человека нередко основаны на использовании опросников и выявляют эмоциональные особенности человека такие, как преобладающие в его жизни эмоции, доминирующие средства их выражения, эмоциональную устойчивость, наличие черт алекситимии, эмоциональный интеллект и другие характеристики.

Методы изучения эмоциональной сферы также иногда связаны с применением визуальных стимулов (фотографий и рисунков), передающих характерные для разных эмоциональных состояний мимические реакции, целостный образ человека, пары или группы людей в процессе их взаимодействия друг с другом. Отдельную группу методов диагностики эмоциональной сферы составляют проективные рисуночные тесты, а также методы, основанные на изучении цветового выбора.

Примеры использования такого важнейшего средства исследования эмоциональной сферы, как произведения изобразительного искусства с характерным для него широким набором средств художественной выразительности, в мировой и отечественной практике диагностики эмоциональной сферы не встречаются. В последнее время с целью экспериментально-психологического исследования личности все более активно применяются арт-терапевтические методы [2, 3]. Дополняя хорошо известные тесты-опросники и невербальные, в том числе, рисуночные тесты, эти методы предоставляют специалистам дополнительные возможности для целенаправленного изучения личности, психических состояний и процессов.

Одним из достоинств арт-терапевтической психодиагностики является то, что она основана на использовании невербальных средств художественной выразительности, а потому может служить оценке разных психических феноменов в тех случаях, когда речевой контакт с испытуемым по той или иной причине

затруднен. Кроме того, такие методы создают предпосылки для вовлечения клиентов в процесс изобразительной деятельности, активизируют характерные для нее защитно-адаптационные механизмы и, тем самым, способствуют достижению разнообразных психокоррекционных (психотерапевтических) и развивающих эффектов.

Одной из новых методик, предназначенных для диагностики эмоциональной сферы и основанных на достижениях арт-терапии, является Тест художественно-эмоционального восприятия, ТХЭВ [4]. Методика была апробирована в разных условиях, получены начальные данные, характеризующие ее валидность и надежность. Проводятся исследования, направленные на определение возрастных норм и диагностических возможностей в разных условиях практического применения. Одной из актуальных задач исследования методики является определение ее способности оценивать эмоционально-волевую сферу, различные характеристики целостной личности, связанные с эмоциональным интеллектом и входящие в понятие функционального диагноза.

**Целью** проведенной нами работы являлось исследование способности ТХЭВ оценивать эмоциональную сферу, различные эмоциональные характеристики личности, связанные с эмоциональным интеллектом (эмоциональное восприятие, эмпатия и другие) и входящие в понятие функционального диагноза.

**Объект исследования:** психиатрические пациенты с разными функциональными диагнозами.

**Предмет исследования:** способность к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию у психиатрических пациентов с разными функциональными диагнозами.

**Гипотеза исследования:** способность к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию у психиатрических пациентов связана не только с клиническим, но и функциональным диагнозом. Пациенты с более благоприятным функциональным диагнозом могут характеризоваться лучшей способностью к эмоциональному (художественно-эмоциональному) восприятию, по сравнению с пациентами с менее благоприятным функциональным диагнозом.

Из числа эмпирических методов были использованы – наблюдение, методика Тест художественно-эмоционального восприятия, экспертная оценка – шкала функционального диагноза больного.

В исследовании применялись методы статистической обработки и интерпретации данных: оценка достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

**Практическая значимость:** основные положения исследования могут быть использованы в процессе всесторонней оценки и диагностики эмоциональной сферы в целях оптимизации лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий, проводимых с психически больными людьми.

**Представления об эмоциональном интеллекте как комплексной характеристике эмоциональной сферы**

Эмоциональная сфера является важнейшей сферой личности, развивающейся на протяжении всей жизни человека и тесно связанной с поведением и познавательной сферой. В психологической науке существуют различные определения эмоционально-волевой сферы, в частности, таких понятий как эмоции

и чувства. Обращается внимание на их развитие и роль в разные периоды жизни человека, в процессе его адаптации к различным жизненным ситуациям, в состоянии здоровья и при психических заболеваниях.

Недостаточное развитие эмоционально-волевой сферы рассматривается как один из факторов риска появления психических расстройств и нарушений адаптации. Нарушения эмоционально-волевой сферы, в свою очередь, могут быть следствием психических заболеваний (например, шизофрении, органических заболеваний головного мозга) или характерным проявлением аффективных расстройств и расстройств настроения (депрессии, мании, тревожных расстройств). В то же время, при разных психических заболеваниях эмоционально-волевые ресурсы личности могут выступать одним из важных защитно-адаптационных факторов.

Повышенное внимание ученых и практиков, занимающихся проблемами профилактики и лечения психических расстройств привлечено к проблемам формирования и развития эмоционального интеллекта. Эмоциональный интеллект трактуется, как способность человека понимать свои чувства и чувства других людей, поддерживающая внутреннюю мотивацию в деятельности и отношениях, а также умение управлять эмоциональными проявлениями [10]. Эмоциональный интеллект связан с умением оценивать и выражать эмоции, регулировать свои эмоциональные процессы в интересах интеллектуального и личностного роста, выступает важной предпосылкой продуктивной мыслительной деятельности. В более широком плане он определяется как способность человека к эффективной когнитивной переработке любой эмоциональной информации [11, 12].

П. Сэлвеем, Д. Мейером и Д. Карузо [12] была предложена четырехкомпонентная, иерархическая модель эмоционального интеллекта:

1. Различение и выражение эмоций. Включает связанные между собой способности к восприятию эмоций, их идентификации, адекватному выражению, способность дифференцировать истинные и ложные выражения эмоций.
2. Фасилитация мышления. Способность использовать эмоциональную информацию и направленность для повышения эффективности мышления. Содержит в себе способность использовать эмоции для направления внимания на важные события, вызывать эмоции, которые способствуют решению задач, использовать колебание настроения как средство анализа различных точек зрения на проблему.
3. Понимание эмоций. Способность понимать комплексы эмоций, связь между эмоциями, причины эмоций, переходы от одной эмоции к другой, вербальную информацию об эмоциях. Развитие данного компонента эмоционального интеллекта связано с развитием речи и логического мышления.
4. Управление эмоциями. Эта способность связана с контролем за эмоциями. Это рефлексивная регуляция эмоций через их осознание. Способность предполагает умение снижать интенсивность отрицательных эмоций, способность к решению эмоциональных проблем без подавления связанных с ними отрицательными эмоциями, вызывать эмоции или отстраняться от них в зависимости от целей. Данный компонент эмоционального интеллекта тесно связан с личностными



образованиями, такими как Я-концепция, цели, осознание себя в системе социальных связей.

В конце XX века появились смешанные модели эмоционального интеллекта, определяющие эмоциональный интеллект как сочетание когнитивных способностей и личностных характеристик. К таким моделям можно отнести теории Д. Гоулмана [10] и Р. Бар-Она [9]. Примером смешанной модели эмоционального интеллекта является представление Р. Бар-Она [9]. Он определяет эмоциональный интеллект как некогнитивные способности, знания и компетентность, которые дают человеку возможность успешно справляться с различными жизненными ситуациями. Р. Бар-Он выделяет пять сфер компетентности, каждую из которых можно отождествить с пятью компонентами эмоционального интеллекта, состоящих из нескольких субкомпонентов:

1. Познание себя: осознание своих эмоций, уверенность в себе, самоуважение, самоактуализация, независимость.
2. Навыки межличностного общения: эмпатия, межличностные взаимоотношения, социальная ответственность.
3. Способность к адаптации: решение проблем, связь с реальностью, гибкость.
4. Управление стрессовыми ситуациями: устойчивость к стрессу, контроль за импульсивностью.
5. Преобладающее настроение: счастье, оптимизм.

Таким образом, в зарубежной психологии были выделены две группы моделей эмоционального интеллекта: модели способностей и смешанные модели.

### **Связь различных составляющих эмоционального интеллекта с функциональным диагнозом**

Современная психиатрия признает, что «феноменологическая оценка, составляющая основу нозологической диагностики, не раскрывает полностью уровень и потенциал сохранности или степень декомпенсации личностных возможностей в той или иной сфере жизнедеятельности человека» [7]. Современный системный подход породил надежду на возможность достижения качественно нового уровня интеграции знаний о природе психических заболеваний и, следовательно, создание методов эффективной помощи пациентам. Принятие «адаптационной» и инклюзивной парадигм в психиатрии и иных областях медицины, поддерживает интерес исследователей к изучению психосоциальных аспектов работы с клиентами, совершенствование реабилитационного направления.

В рамках данного направления оформляются представления о психологических и психосоциальных особенностях клиентов, для целостной характеристики которых нередко привлекаются представления о «функциональном диагнозе». В результате развития реабилитационного направления, практики инклюзивного подхода произошло существенное обогащение в понимании «функционального диагноза». Он стал центрироваться на личности самого больного и ситуации, в которой он существует [1, 8].

Среди работ, посвященных вопросам функциональной диагностики, заслуживают внимания исследования, проведенные В.М. Воловиком, позволившие ему рассматривать в качестве системообразующего фактора функционального

диагноза адаптационно-компенсаторные возможности больного, определяющие в конечном счете его биологический, психологический и социальный уровни адаптации. Это положение принципиально отличает функциональный диагноз от диагноза многомерного [6, 8].

Однако определение функционального диагноза в понимании В.М. Воловика оказалось не лишено недостатков, приведя на практике к тому, что реальное содержание функционального диагноза стало представлять собой набор самых разных признаков, плохо связанных друг с другом феноменов. В результате функциональный диагноз постепенно превращался в чрезвычайно обширный набор феноменов.

Многомерность феноменологической диагностики обеспечивается дополнением нозологических формулировок уточняющими синдромальными (а иногда и симптоматологическими) описаниями; указанием типов течения, фаз и стадий заболевания; квалификацией преморбидных или обусловленных болезнью изменений личности; оценкой качества ремиссии. Причем, перечисленные «дополнительные» характеристики состояния иногда имеют для выработки экспертного решения большее значение, чем «основной» диагноз.

Заключение об уровне социальной адаптации выносится по данным изучения сведений объективного и субъективного анамнеза. Качество социальной адаптации определяется в соответствии со специально разработанными критериями в основных сферах жизнедеятельности, к которым большинство авторов относят профессиональную деятельность, семью и межличностные отношения, быт и досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей. По каждому из указанных направлений уровень адаптации оценивается по пятибалльной шкале [5].

Рассчитывается также интегральный показатель уровня социальной адаптации (как среднеарифметическое значение показателей в перечисленных выше сферах социального функционирования). Подобного рода подход, заключающийся в разрозненном рассмотрении различных факторов, окончательно размывает границы функционального диагноза и превращает его в систему тщательно фиксируемых различных вненозологических характеристик.

Возникает необходимость определения системообразующих или ведущих звеньев целостной функциональной характеристики пациентов. Одним из них могут выступать различные характеристики эмоциональной сферы личности больного, в том числе включенные в конструкт эмоционального интеллекта. По мнению многих ведущих экспертов в области изучения эмоционального интеллекта, именно эти характеристики во многом определяют возможности успешного социального функционирования, как здорового человека, так и лиц с ограниченными возможностями здоровья [11, 12].

### **Организация и результаты исследования**

Исследование проводилось в первой половине дня с небольшими группами психиатрических пациентов, участвующих в арт-терапевтических занятиях на базе Психиатрической больницы Святого Николая Чудотворца.

Пациенты имели различные клинические диагнозы и сроки заболевания, характеризовались разной степенью сохранности социального статуса и

адаптированности в трудовой и семейной сферах. Они также имели разные функциональные диагнозы, определяемые на основе учета множества клинических, личностных и социальных особенностей пациентов их лечащими врачами. Врачи-психиатры выступали основными экспертами, мнение которых учитывалось при формировании трех групп исследования.

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

1. Первая функциональная группа включала пациентов со слабопрогредиентным или ремиттирующим вариантами течения шизофрении со слабо выраженным или отсутствующим дефектом и больных с аффективными расстройствами с незначительно выраженными клиническими нарушениями, находящихся в фазе стабилизации или ремиссии достаточно высокого качества. В эту группу также могут быть включены пациенты с органическими непсихотическими расстройствами (например, F06.4, F06.6, F06.7), а также некоторые пациенты с шизотипическим расстройством с более благоприятными клиническими и личностными показателями. Помимо незначительно выраженных, остаточных проявлений психического расстройства, у них нередко выявлялись психогенные реакции на болезнь и ее последствия. Все пациенты этой группы также характеризовались сохранностью познавательной и эмоционально-волевой сфер (в стадии ремиссии), более зрелыми защитами и сравнительно адаптивными копинг-стратегиями, сохранными ценностно-смысловыми ориентациями, частичным или полным осознанием болезни, положительным отношением к лечению, в целом сохранной социальной перцепцией и компетенцией в семье, на работе, в сфере свободного времени, преимущественно сохранным социальным статусом. В данную группу вошли 14 пациентов (5 мужчин и 9 женщин).

2. Вторая функциональная группа включала пациентов с более прогредиентными вариантами шизофрении с обострениями и сохраняющейся, но не нарастающей, либо медленно нарастающей негативной симптоматикой в ремиссиях; пациентов с аффективными психозами с более частыми обострениями или остаточными клиническими проявлениями; пациентов с бредовыми расстройствами в стадии ремиссии или ее становления; больных с органическими заболеваниями головного мозга с незначительно выраженной деменцией, а также больных с шизотипическим расстройством с менее благоприятными клиническими и личностными показателями. Пациенты данной функциональной группы характеризовались незначительными дефектами познавательной и эмоционально-волевой сфер (в стадии ремиссии), неоднородными защитами с преобладанием их менее зрелых форм, менее эффективными копинг-стратегиями, определенным дефицитом ценностно-смысловых ориентаций, недостаточным осознанием болезни, преимущественно положительным или неоднозначным отношением к лечению, определенными дефектами социальной перцепции и социального статуса, более или менее выраженными нарушениями функционирования и отношений в семье, на работе, в сфере свободного времени. Часть из них имели

ограничения трудоспособности. В данную группу вошли 15 пациентов (6 мужчин и 9 женщин).

3. Третья функциональная группа включала в основном пациентов с непрерывным или перемежающе-поступательным течением шизофрении с нарастанием негативной симптоматики в ремиссиях, больных с органическими заболеваниями головного мозга с умеренно выраженной деменцией. Пациенты этой функциональной группы характеризовались умеренно выраженными или выраженными дефектами познавательной и эмоционально-волевой сфер (в стадии ремиссии), преобладанием дисфункциональных защит, малоэффективными копинг-стратегиями, дефицитом или своеобразием ценностно-смысловых ориентаций, ограниченным осознанием болезни, формальным или неустойчивым отношением к лечению, выраженными дефектами социальной перцепции и социального статуса, выраженными нарушениями функционирования и отношений в семье, в сфере свободного времени. Больные этой группы не работали и находились на инвалидности. В данную группу вошли 17 пациентов (7 мужчин и 10 женщин).

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

В качестве основного метода исследования эмоциональной сферы пациентов использовался *Тест художественно-эмоционального восприятия* (ТХЭВ) [4]. Его основным назначением является диагностика эмоциональной сферы личности, прежде всего, способности к дифференцированному восприятию эмоций и чувств, выражаемых в формах художественной и телесной экспрессии (абстрактных живописных картинах и силуэтах человеческих фигур). Определяемые тестом разные уровни развития данной способности могут характеризовать эмоциональный интеллект.

Авторы методики также опирались на современные концепции эмоционального интеллекта (ЭИ), в значительной мере определяющие диагностируемые психологические феномены, связанные с эмоциональной сферой личности. Тест основан на представлении о том, что эмоциональное содержание картины, формируемое на основе использования различных средств художественной выразительности (цвет, пятно, фактура, линия и т. д.), а также ее композиционного оформления и изображения человеческой фигуры может быть с разной степенью успешности воспринято зрителем, в зависимости от развития эмоциональной сферы и художественно-образного мышления.

Методика ТЭХВ основана на теории, методологии и техниках арт-терапии, принимает во внимание специфические отличия арт-терапии от других форм лечения и развития человеческого потенциала, заключающиеся в использовании

средств художественной выразительности в процессе работы с личностью. В отличие от большинства известных графических тестов и иных методов психодиагностики, использующих визуальные стимулы (ТАТ, тест Роршаха, тест Зонди, Хенд-тест и др.), ТХЭВ придает повышенное значение основным средствам художественной выразительности как обеспечивающим выражение и восприятие различных эмоций.

Методика ТЭХВ принимает во внимание современные психологические теории и классификации эмоций и чувств. Основываясь на этих теориях, разработчиками был составлен список из десяти эмоций и чувств – вина, гнев, грусть, интерес, нежность, отвращение, радость, раскаяние, страх, восторг (экстаз). В тесте два субтеста, которые обозначаются: субтест 1 "эмоциональные фоны", субтест 2 "эмоциональные фигуры".

Тестирование проводилось в группе. Перед испытуемыми в случайном порядке в ряд или по кругу располагаются десять живописных фонов и 28 фигур-силуэтов, помещенных на прозрачные пластиковые карточки размером 7x10 см. На фоновых рисунках и карточках нанесены условные цифровые обозначения. Экспериментатор говорит: «Данный тест позволит определить особенности вашего художественно-образного восприятия разных эмоциональных состояний. На десяти картинах художник-абстракционист передал десять разных эмоций. На пластиковых карточках вы также видите силуэты людей, которые переживают эти эмоции. На полученном вами бланке десять эмоций указаны по списку сверху вниз в алфавитном порядке. Постарайтесь определить, какие картины и фигуры соответствуют десяти разным эмоциям».

За каждый правильный ответ, то есть, когда при восприятии фона или фигуры испытуемый определяет ту эмоцию, которая им соответствует (согласно гипотезе разработчиков теста), ставится 1 балл. Максимальная оценка по каждому субтесту составляет 10 баллов. Суммарная оценка – 20 баллов.

При суммарной оценке по обоим субтестам от 5 до 7 баллов результат рассматривается как пограничный, невысокий, при суммарной оценке от 8 до 12 баллов результат средний, при суммарной оценке 13 и выше баллов – повышенный. Если суммарная оценка по обеим шкалам ниже 5 баллов, то результат рассматривается как низкий.

Соотношение оценок по двум субтестам может быть разным и показывать различную степень успешности в идентификации эмоций и чувств посредством художественной экспрессии и психомоторного выражения эмоций. Например, при оценке 2 балла по первому субтесту и 7 баллов – по второму испытуемый показывает преимущественный способ определения эмоций посредством психомоторной экспрессии.

В исследовании также была использована *Шкала функционального диагноза больного*, включающая множество качественных характеристик (связанных главным образом с разной степенью успешности психосоциального функционирования пациентов), определяемых и фиксируемых в специальном бланке. На основе показателей, представленных в бланке, врачами затем определялась принадлежность больных к той или иной функциональной группе.

Превалирование градаций первого типа согласно экспертным оценкам, выставляемым по шкале функционального диагноза, позволяло отнести пациента к первой функциональной группе. Превалирование градаций второго типа служило основанием относить пациента ко второй функциональной группе, а превалирование градаций третьего типа – к третьей функциональной группе.

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

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

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

В то же время, при более детальном анализе показателей ТХЭВ в разных функциональных группах обнаружена значительная вариативность показателей. Так, в первой функциональной группе преобладали средние показатели (43%), согласно стандартным диапазонам, определенным разработчиками теста. Несколько менее часто были представлены повышенные и пограничные показатели (по 28,5%). Низкие показатели в первой отсутствовали (табл. 3).

Во второй функциональной группе наибольшее количество результатов ТХЭВ относились к пограничному уровню (53%), существенно превышая средние (27%). Имелось также некоторое количество низких показателей (13%). В третьей функциональной группе наблюдалось некоторое преобладание результатов пограничного уровня (47%), хотя также отмечались результаты низкого уровня (35%).

Приведем примеры результатов выполнения методики ТХЭВ пациентами разных функциональных групп.

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

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

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

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

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

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

Примером диагностического и психотерапевтического применения ТХЭВ с пациенткой первой функциональной группы может быть работа с первичной пациенткой стационара с диагнозом тяжелой депрессии, выраженным суицидальным риском. Для пациентки характерна склонность к самоповреждениям. В анамнезе – расстройство пищевого поведения (нервная анорексия), а также нарушения социального функционирования – избегание социальных контактов, выраженная застенчивость. В то же время, девушка

интеллектуально сохранна, имеет выраженный творческий потенциал, любит рисовать гелевыми ручками и простым карандашом. Положительно относится к лечению.

Получала лекарственное лечение антидепрессантами. После выписки из стационара начала работать с психологом, обнаруживая высокую мотивацию к индивидуальным и групповым занятиям. При первичном тестировании с использованием ТХЭВ показатель по субтесту «эмоциональные фоны» – 3 балла, по субтесту «эмоциональные фигуры» – 3 балла. Суммарный показатель попадает в пограничный диапазон. При тестировании с использованием Торонтской алекситимической шкалы набрала 93 балла, что указывает на алекситимический тип личности. Несколько более высокий суммарный показатель выполнения ТХЭВ может отражать развитие художественно-образного мышления.

В течение двух месяцев регулярно посещала амбулаторно индивидуальные и групповые психотерапевтические занятия, включавшие, в том числе, и работу по распознаванию собственных эмоций, их вербализации и пантомимическому выражению. Отмечена выраженная положительная динамика, проявившаяся, в частности, в развитии навыков распознавания, вербального и невербального выражения эмоционального состояния, большей контактности пациентки. При повторном тестировании с использованием ТХЭВ показатель по субтесту «эмоциональные фоны» – 4 балла, по субтесту «эмоциональные фигуры» – 6 баллов. Суммарный показатель соответствует среднему уровню. При тестировании с использованием Торонтской алекситимической шкалы получила 78 баллов.

В обоих случаях применения ТХЭВ испытуемая правильно идентифицировала по фонам такие эмоции, как гнев, грусть и нежность; по фигурам – вину, грусть и нежность. При повторном тестировании, дополнительно к эмоциям гнева, грусти и нежности по фону правильно определила эмоцию интереса, а по фигурам, помимо вины, грусти и нежности, также правильно определила отвращение, раскаяние и экстаз.

### **Заключение**

В результате анализа научной литературы по теме изучения эмоциональной сферы, эмоционального интеллекта как одной из характеристик функционального диагноза у психиатрических пациентов установлено, что на сегодняшний день имеется дефицит средств диагностики и оценки данных особенностей пациентов. Это связано с размытостью и многомерностью понятия функционального диагноза, дефицитом надежных и валидных инструментов оценки, недостаточной исследованностью тех качеств, которые входят в понятие эмоционального интеллекта.

Методы арт-терапевтической диагностики обладают значительным, но пока недостаточно реализованным диагностическим потенциалом, в том числе, применительно к исследованию различных характеристик эмоциональной сферы (эмоционального интеллекта), связанных с функциональным диагнозом. Актуальность и перспективность исследования диагностических возможностей методов арт-терапевтической диагностики в контексте развития реабилитационного направления в психиатрии очевидна.



Нами было запланировано исследование диагностических возможностей новой отечественной методики – Теста художественно-эмоционального восприятия, позволяющей оценивать эмоциональные характеристики личности, связанные с эмоциональным интеллектом (эмоциональное восприятие, эмпатия и другие), входящие в понятие функционального диагноза.

Для комплексной оценки функционального диагноза была разработана и практически использована шкала функционального диагноза больного, включающая множество качественных характеристик (связанных главным образом с разной степенью успешности психосоциального функционирования пациентов), определяемых и фиксируемых в специальном бланке. На основе показателей, представленных в бланке, врачами затем определялась принадлежность больных к той или иной функциональной группе.

В результате экспериментально-психологического исследования была обнаружена значительная вариативность показателей ТХЭВ, разное соотношение показателей среднего, пограничного, низкого и высокого уровня в различных функциональных группах.

Полученные в ходе исследования данные, характеризующие особенности эмоциональной сферы у психиатрических пациентов с разными функциональными диагнозами, могут быть использованы при разработке и проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий в учреждениях психиатрического профиля. ТХЭВ может быть рекомендован к практическому применению с целью диагностики и оценки особенностей эмоциональной сферы больных, в качестве одного из значимых ресурсов, связанных с функциональными, адаптационными возможностями больных.

ТХЭВ может быть использован для оценки динамики изменения показателей под влиянием различных психообразовательных, психокоррекционных, социотерапевтических мероприятий, тренингов развития эмоционально-коммуникативных, эмоционально-регулятивных навыков больных. Он также может быть использован как один из инструментов развития эмоциональной сферы на основе применения методов арт-терапии.

## Литература

1. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. – СПб., 1993. – 236 с.
2. Копытин А.И. Психодиагностика в арт-терапии. – СПб.: Речь, 2014. – 284 с.
3. Копытин А.И. Современная клиническая арт-терапия. – М.: Когито-Центр, 2015. – 527 с.
4. Копытин А.И., Черенков Р.А. Тест художественно-эмоционального восприятия: диагностические, развивающие, психотерапевтические возможности. – СПб.: Арт-терапевтическая ассоциация, 2016.
5. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. – СПб.: Гиппократ, 2004. – 336 с.
6. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика как составляющая гуманистических тенденций развития современной психиатрии // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Юбилейная научная конференция с международным участием, посвященная 140-летию кафедры душевных и нервных

- болезней Военно-медицинской академии, 14–16 июня 2000 года. – СПб., 2000. – С. 58–60.
7. Фролов Б.С., Рустанович А.В. О феноменологической и функциональной оценке состояния в психиатрии // *Обзор психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева.* – 1998. – № 1. – С. 66–68.
  8. Шамрей В.К., Рустанович А.В., Мишууровский Э.Э. К вопросу о многоосевой оценке психического состояния // *Психиатрические аспекты общемедицинской практики. Сборник тезисов научной конференции с международным участием 26–27 мая 2005г.* – СПб., 2005. – С. 242–245.
  9. Bar-On R. *The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)* // *Psicothema.* – 2006. – Vol. 18, supl. – P. 13-25.
  10. Goleman D. *Working with emotional intelligence.* – New York: Bantam Books, 1998.
  11. Mayer J.D. *Emotional intelligence: key readings on the Mayer and Salovey Model.* Dude Publishing, 2004.
  12. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). User's manual.* – Toronto, CN.: Multi-Health Systems, 2002.

## **О целях, методах и результатах работы медицинского психолога с психически больными**

Корчинов А.Д.

СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»  
Санкт-Петербург

Многим из нас, медицинским психологам, работающим в психиатрической больнице, прежде всего, хочется быть востребованными. Не только чтобы «осуществлять по назначению врача-психиатра диагностическое обследование пациентов», «осуществлять по рекомендации врача-психиатра реабилитационные мероприятия с пациентами», «консультировать и проводить психокоррекцию по намеченным врачом-психиатром целям согласованным или не согласованным с пациентом», «оказывать врачам-психиатрам помощь в проведении психотерапии» с пациентами. Нам хочется быть востребованными в полном профессиональном предназначении, чтобы наша работа определялась и нами самими, а в результате этой работы (независимо от метода, который мы применяем) пациенты бы изменялись, чувствовали себя лучше, были более адаптированными.

В 1980-х гг., когда медицинские психологи появились в психиатрических больницах, они осуществляли преимущественно диагностическую работу, которую осуществляют и до сих пор - исключительно в рамках запросов психиатров. Можно сказать, не входя в противоречие с реальной практикой, что они таким образом «обслуживали и до сих пор обслуживают не пациентов, а психиатров».

Некоторые из нас со временем озаботились поисками дополнительной работы, стали думать, например, о реабилитационной работе, об организации досуга пациентов или организации самоуправления, претендовать на консультативную работу, например, работать с конфликтными больными или с такими же их родственниками. Потом для повышения эффективности своей работы мы стали усложнять, дифференцировать и систематизировать свои усилия в контексте психокоррекции и психотерапии, шли на курсы повышения квалификации, знакомились с методами реабилитации, консультирования, психокоррекции и психотерапии, применяли эти методы на практике - например, «групповую психотерапию, когнитивно-поведенческую психотерапию, танцевальную терапию, арт-терапию, музыкотерапию, когнитивный и нейрокогнитивный тренинг и т. д. Стали ли мы «ближе к народу»? Вряд ли.

Мы предполагаем, что эти методы работают на конкретные цели, например, на коррекцию эмоциональности или самооценки, изменение нейрокогнитивного статуса, повышение коммуникативности и т.д. Но если присмотреться, метод доминирует над целью и результатом. Другими словами мы больше озабочены методом (его реализацией и демонстрацией), чем целью и результатом. Например, «я провожу групповую психотерапию»: цель подразумевается, а результат по умолчанию «предполагается». Пациент в целом, тем более человек в целом как цель, как результат - в психиатрической больнице не рассматривается. Мы рассматриваем его как «субстанцию», как неотъемлемую часть метода.

Целью нашей работы является «часть пациента», иногда даже не самая главная и не самая перспективная в плане оздоровления, например, поведенческие нарушения, плохое настроение, неадекватная эмоциональность, когнитивные нарушения – т.е. симптоматика и проблематика.

До пациента, а тем более человека нам пока даже приблизиться не удастся. Как говорит А.А. Богданов [1], «человек еще не пришел в психологию» - и уж тем более в психиатрию, можем обоснованно добавить мы. Человек, добавляет Г.В. Залевский [2], «даже в научном подходе (в разных научных подходах) остается лишь «парциальной» (разделенной на части) субстанцией».

В реальной психотерапевтической практике происходит центрирование на проблеме, на симптоме, на «части» которую мы пытаемся подвергнуть «лечению», а затем быстро смещаемся на средство, т.е. на метод, который во многих случаях представляет собой что-то вроде декоративной ширмы для биологического лечения. Результат нашего метода не нами запланирован и выстрадан, а взят из книг. При этом априори предполагается, что при правильном проведении метода (например, из 10-15 сессий) результат должен появиться сам собой.

Мы начинаем это понимать и уходить от «методопредлагания» и «методопроведения» к конкретному и предметному «целеполаганию», и к пока не видимому и реальному «результатополучению», пытаюсь организовать и конкретизировать свои усилия, сделать их более эффективными. На первое место начинает выходить не метод, а цель. Например: коррекция неадекватного отношения к заболеванию, госпитализации, пребыванию в больнице; коррекция самооценки - недостаточного осознания, неадекватного отношения и обращения с собой; коррекция неэффективных поведенческих стереотипов, обусловленных

характерологическими особенностями, а не болезненными мотивами; коррекция конкретных внутриличностных и межличностных проблем и конфликтов; коррекция коммуникативных нарушений, трудностей общения и взаимодействия с окружающими, психологических проблем, связанных с возвращением домой или на работу. И т. д.

Такой подход означает определенное движение в правильном направлении, однако этого недостаточно. До сих пор в психиатрической больнице мы вслед за психиатрами и под их непосредственным руководством занимаемся симптоматикой, проблематикой, диагнозом, болезнью, а человек и его здоровье лишь подразумеваются. Мы бездумно, вслед за психиатрами, руководствуемся давно устаревшим, представляется, что и изначально ложным, девизом: «если человек не болен, то он здоров!». Мы не задумываемся о том, что психическое расстройство формируется исподволь. Что проходит 5-7 лет, прежде чем человек попадает в поле зрения психиатров, а за это время забывает, что такое здоровье, и боится быть здоровым. Помогая психиатрам убрать расстройство, мы оставляем человека одного, в пустоте, которая для него страшнее психического расстройства, поскольку он остается после выписки один. И он готов вернуться обратно в болезнь, и он туда возвращается предоставленный самому себе потому, что одному ему страшно, а в болезни он был не один, был нужен хотя бы психиатрам и медицинским сестрам.

Сколь долго мы будем ходить по кругу и водить пациента следом? Не пора ли напрямую заниматься самим человеком и его здоровьем? Для конкретизации этой задачи следует обратить внимание на два момента в нашей работе.

Первый. Все наши цели это набор не связанных между собой симптомов и проблем, барахолка, хаотическое нагромождение мишеней, с которыми мы начинаем работать по отдельности, не беря во внимание другие части.

Второй. Идеология всего лечебного процесса в нашей больнице (да и во всей стране) односторонняя, неполная, не системная, не отражающая в полном объеме пациента и не отражающая возможный полный и необходимый контекст и перспективу восстановительного процесса. Лечебный процесс в психиатрических больницах до сих пор организован и осуществляется в нозоцентрической парадигме, что практически реализуется лишь как «уменьшение психического расстройства». Почти всю эту работу осуществляют психиатры биологическими методами, а остальные специалисты, медицинские психологи в том числе, выполняют вспомогательную функцию. Мы вразнобой разгребаем «барахолку» под названием «психическое расстройство». Психиатры - «большой лопатой», а медицинские психологи - «маленькой лопаткой».

Проходит время, пациента выписывают, не спрашивая при этом медицинского психолога – можно ли? Иногда просят провести диагностическую процедуру – посмотрите по тестам, нет ли там выраженных остатков расстройства в мышлении, эмоциях, поведении, склонности к агрессии или суициду.

Медицинские психологи остаются «вспомогательными специалистами» для психиатров, но никак не вспомогательными специалистами для пациентов, что представляется категорически недостаточно для восстановительного процесса, для пациентов, для нашего профессионализма. Роль медицинских психологов

искусственно занижена при том, что мы можем претендовать на большее и способны на большее. Пациенты нуждаются в нашей помощи в гораздо большем объеме, чем мы им предоставляем, и не в меньшей степени, чем в помощи психиатров.

У медицинских психологов может быть самостоятельный алгоритм работы в психиатрической больнице, непосредственно завязанный на пациента. У нас может быть своя парадигма, которой мы должны придерживаться в своей работе. Речь о повышении качества и эффективности восстановительного процесса, о пациентах, которые нуждаются в любой добавке для облегчения страданий и повышения качества жизни. Нашу работу нужно рассматривать не только в контексте «уменьшения психического расстройства», но и в контексте «формирования и укрепления психического здоровья».

Восстановительный процесс можно условно разделять на два равноправных процесса - процесс уменьшения психического расстройства («нозоцентрический») и процесс укрепления психического здоровья («нормоцентрический»).

Просто «уменьшать психическое расстройство» мало. В связи с развитием фармакологии, открываются новые перспективы: применение атипичных антипсихотиков вызывает повышение активности больных, усиление их мотивации на социальную реадaptацию; пациенты все более нуждаются в психотерапевтическом воздействии [10]. Человек поступает в больницу через 5-7 лет после начала заболевания, за это время он забывает, что такое здоровье и боится быть здоровым; его надо заново этому учить. Для этого нужна теория, методология и практика формирования «нового» психического здоровья - это и есть наш главный алгоритм работы медицинских психологов. Такой контекст работы мы можем назвать «нормоцентризмом», а нашу работу в психиатрической больнице - «практикой формирования и укрепления психического здоровья». Не решив эту задачу, пациента выписывать из больницы бесперспективно.

Контекст формирования психического здоровья должен иметь свою теорию, методологию и практику формирования с конкретной привязкой к конкретному психическому расстройству. Это требует [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10] рассматривать в качестве начальной и конечной цели, главного метода и главного результата - «человека» в его качественной ипостаси – «индивидуальности, «Я». И через это «Я» пациента обращаться к его конкретике, проблематике и симптоматике, «круша» ее объединенными и равноправными усилиями «Я» терапевта и «Я» пациента.

Представляется, что теорию, методологию и практику «нормоцентризма» нужно рассматривать как парадигму - в дополнение к нозоцентрической парадигме, чтобы обеспечить системный подход к пациенту и повышение эффективности восстановительной работы в целом.

## Литература

1. Богданов А.А. Собрание человека // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25, № 2.
2. Залевский Г.В. Антропос – «человек, устремленный ввысь» (целостно-ценностная парадигма в контексте антропологической психологии) [Электронный ресурс] //

- Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. - № 1 (18). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг)]*
3. *О психологической модели психотерапии для работы с больными шизофренией // Сборник статей научно-практической конференции, посвященной 50-летию юбилею Санкт-Петербургской 5-й городской психиатрической больницы. – СПб.: ГПНДС, 2010. - С. 26-32.*
  4. *О верификации индивидуальности в психологии и утилизации ее в психотерапии психических больных // Проблема индивидуальности в современной психологии: материалы Второй Всероссийской научно-практической конференции 12 октября 2012 г. / Отв. ред. Н.В. Виничук. - Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2012. - С. 91-101.*
  5. *От личности к индивидуальности в интересах психотерапевтической практики в психотерапевтической клинике // «ЧФ (человеческий фактор): социальный психолог. – 2012. - Выпуск №1 (23).*
  6. *О разделении категорий «болезни» и «здоровья» в восстановительном процессе с психически больными. Системный подход // Академический журнал Западной Сибири. Материалы 3 научно-практической конференции с международным участием «Медицина: новое в теории и клинической практике» Инновационные технологии в медицине», 24-26.04.2013., г. Дубаи (ОАЭ). – 2013. - № 2. – С. 31-32.*
  7. *Корчинов А.Д. Об интеграции, ее знаменателе и рычаге в психотерапии больных шизофренией. [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2013. – N 2 (2). – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: чч.мм.гггг).*
  8. *Корчинов А.Д. Интеграция, эклектика и категория «Я» в психотерапии психически больных. Системный подход // Академический журнал Западной Сибири № 6 (49), т. 9, 2013. Материалы научно-практической конференции с международным участием «Медицина: современные приоритеты развития», Дубаи (ОАЭ). – С. 84-87.*
  9. *Корчинов А.Д. Психотерапевтическая практика с психически больными в контексте современных тенденций и потенциалов. [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N 3 (5). – С. 9 [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: чч.мм.гггг).*
  10. *Курпатов В.И. Петрова Н.Н. // Стенограмма тематического заседания СПб РПА «Психотерапия шизофрении» в клинике неврозов имени академика И.П. Павлова [Электронный ресурс]. URL: <http://raptus.ru/archives/2260> (дата обращения 10.12.2009)*

## **Взгляд на консультирование и экзистенциальную терапию глазами начинающего специалиста**

Майстренко А.В.

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

У большинства людей, которые слышат словосочетание «психологическое консультирование», «сеанс психотерапии», в голове возникает множество образов, представлений об этом процессе и о профессии психотерапевта, которые обычно являются неправильными и порой даже абсурдными. К счастью, я с самого начала не относилась к группе людей, которые воспринимают процесс психотерапии, как что-то легкое, не понятное и неважное, а наоборот, понимала, что это сложный процесс взаимодействия клиента и психотерапевта, требующий наличия определенных навыков и знаний. Сначала, попав в качестве слушателя на небольшой психологический сеанс, я сразу поняла, что процесс консультирования намного сложнее, чем я думала, но, несмотря на это, мне еще больше захотелось побывать самостоятельно в роли консультанта. И вот, наконец, став ближе на шаг к своему заветному желанию, я столкнулась один на один с психологическим консультированием, теперь уже в роли самого консультанта – это было очень волнующе, ответственно и необычно. Я опишу опыт, который приобрела в группах для студентов по консультированию.

Мне открылась совершенно неизведанная страна консультирования. Конечно же, перед тем как идти на психологический сеанс еще в качестве слушателя, мне пришлось углубиться в теорию консультирования, а именно в теорию экзистенциального подхода в консультировании.

Экзистенциализм – это подход, в котором человек всегда воспринимается в процессе становления, возникновения. Как я думаю, процесс этого становления происходит постоянно и до самого последнего момента жизни человека. Таким образом, в экзистенциальной психологии человек исследуется не как что-то статичное, а именно в процессе изменения, терапия же направлена на то, чтобы способствовать жизненным изменениям человека в сторону гармонизации самой жизни [1, 5].

Исходя из того, что мне известно о психологии, до середины XX века человека рассматривали и изучали как объект. Можно твёрдо сказать, что такой подход во многом и сейчас занимает твёрдые позиции (как пример, различные методы тестирования и диагностики). В чем-то они себя оправдывают, но главное, не дают полного понимания человека и тех феноменов, которые с ним связаны. В кризисный исторический период в существовании человечества (в середине XX века) именно созревшая необходимость в более глубоком понимании того, что есть человек, способствовала возникновению в рамках гуманистического подхода экзистенциального направления в психологии и психотерапии [1, 3, 4].

Экзистенциализм, по определению Р. Мэя, «это стремление понять человека, не делая расщепления на субъект и объект...». Как мне кажется, очень ярко описал «путешествие в Мир субъективного» Дж. Бьюдженталь в своей книге «Искусство психотерапевта». Поэтому, в первую очередь, в психотерапии необходимо помочь клиенту встретиться и познакомиться со своей субъективностью, окунуться в осознание своего внутреннего мира. И, действительно, в консультировании, да и обычной жизни можно заметить подтверждения тому, как сильно мы можем быть закрыты от самих себя. По мнению ряда авторов (Р. Мэй, Дж. Бьюдженталь, И. Ялом), это связано с влиянием западной культуры на человека. Познание себя клиентом может играть огромную роль. Это позволяет не только исследовать свою самость, найти для себя ответы – кто же я есть, но и помогает расширить границы видения человеком себя, в первую очередь, своих ограничений и возможностей (особенно неосознаваемых, а может и не задействованных в реальной жизни), а также своих отношений с миром [1, 3].

«Экзистенциальная точка зрения состоит в том, что клиенты уполномочивают терапевта, чтобы с его помощью постараться прояснить существенно важные проблемы и вопросы, выдвигаемые жизнью. Терапевт должен сам уже достигнуть удовлетворительной ясности для того, чтобы быть способным помочь другим людям в нахождении их собственного смысла жизни. Ему следует приобрести достаточно широкий кругозор для того, чтобы быть способным допустить существование различных точек зрения в процессе формирования смысла для каждого». Эти слова Э. ван Дерцен во многом отражают то, что происходит в экзистенциальной терапии [1].

Именно в экзистенциальной психологии избегают понятия личность, а говорят о человеке, причем не просто о человеке, а о человеке с его бытием. Видеть перед собой не просто личность из какой-то теории, а, в первую очередь, человека неразрывно связанного с его миром – одна из главных задач в экзистенциальной терапии. Существенной является необходимость не только видеть, но и настроиться, почувствовать человека в его мире. В какой-то степени это напоминает настраивание своего музыкального инструмента в унисон с другим инструментом. В связи с этим в психотерапии внутренний акцент ставится на совместное проживание с клиентом, совместное исследование. При этом психотерапевту необходимо стараться не терять из виду чувства клиента (положительные и отрицательные) и свои чувства с осознанием того, в связи с чем возникло чувство терапевта: при воспоминании своего личного опыта, отзеркалилось чувство клиента или это чувство возникло на самого клиента или его ситуацию. Осознание психотерапевтом своих чувств необходимо для того, чтобы они не приносили в терапевтический процесс чрезмерности терапевта и некоего искажения всего терапевтического процесса. Терапевт выступает больше как помощник. Но в целом, терапевт должен уметь быть с другим человеком, оставаясь в то же время правдивым по отношению к самому себе [1, 2, 5].

Для того, чтобы возникло совместное проживание, конечно же, необходимым условием является установление доверительных отношений между психотерапевтом и клиентом, поскольку, по мнению многих терапевтических школ, «лечат отношения», особенно это касается экзистенциальной терапии, где



отношения между терапевтом и клиентом занимают особое место. Однако И. Ялом писал, что психотерапевту не нужно стремиться строить доверительные отношения, они станут следствием его профессиональной работы. Во время терапии «здесь и сейчас» можно помочь клиенту учиться формировать наиболее «экологичные» для него отношения, которых может быть не получается пока выстраивать в обычной жизни. В психотерапии можно не только выстраивать отношения, но и есть возможность прояснить, осознать клиенту (с помощью психотерапевта) многие вопросы относительно того, каким способом он строит свои отношения с другими, на чем они базируются, что помогает их строить, а что мешает.

В экзистенциальной психотерапии выделяют два ориентира, на которые опирается терапевтический процесс. Первый ориентир – это исследование существования человека в его мире, который условно разделяют на несколько измерений. Например, Э. Ван Дерцен предлагает четыре таких измерения: физическое, социальное, психологическое и духовное. Аспектами физического мира выступают: отношение человека к его телесности, здоровью, питанию, сексу, материальным благам, окружающей среде и т.д. Социальное измерение человека представлено его отношениями с другими людьми, способами выстраивания этих отношений. Психологическое измерение или личный мир человека включает в себя его личные особенности, переживания, круг близких людей, которых человек воспринимает как продолжение себя самого. Духовное измерение представлено совокупностью ценностей и собственных смыслов человека, его мировоззренческих основ. В процессе исследования измерений человека важным является прояснение и понимание того, как проявляется в этих измерениях человек, каковы его приоритеты. При таком исследовании возможно выявление тех паттернов, которые могут создавать целый ряд сложностей в жизни индивида [1, 3, 5].

Вторым ориентиром для понимания клиента в работе экзистенциального психотерапевта служат универсальные характеристики (экзистенциальные данности или экзистенциалы), которыми являются чувство бытия, конечность бытия, свобода, её ограниченность и ответственность за неё, экзистенциальная тревога, вина, время и др. Через призму этих универсальных характеристик и исследуется бытие человека.

В экзистенциальной психологии и психотерапии отрицаются причинно-следственные связи. Сама причинность – это линейное понятие, а в бытии человека все взаимосвязано и тесно переплетено, поэтому в терапии мало уделяется внимания поиску якобы «истинных» причин трудности клиента, а больше ведётся поиск для осознания возможностей в рамках имеющейся трудности клиента. Исходя из этих возможностей, терапевт помогает клиенту найти для себя новые опорные точки в понимании своей трудности, в отношении к ней, в построении дальнейшей жизни. В целом, подход на основе причинно-следственных связей – это объясняющий подход, а экзистенциальная терапия базируется на понимающем подходе, о чем уже упоминалось.

Взгляд экзистенциальной психологии на время отличается тем, что время рассматривается как сеть настоящего, в которое вплетены прошлое в виде

воспоминаний, избирательно используемых человеком в зависимости от ситуации, а также будущее в виде планов, мечтаний, ожиданий. В психотерапии осуществляется привязка к настоящему времени. Также, говоря о времени, следует подчеркнуть, что в экзистенциальной терапии важно ощущение происходящего непосредственно в данный момент и ощущение реального времени, т.е. того, что называется «здесь и сейчас». В терапевтическом процессе, когда делается акцент на происходящее «здесь и сейчас», можно обострить у клиента чувство реального времени, после чего возможно перенесение этого опыта в реальную жизнь.

Для любой терапии характерны интерпретации. В экзистенциальной психотерапии на этот счёт есть свои особенности. А именно то, что интерпретации являются не объясняющими ту или иную ситуацию, событие, отношения и т.д., а понимающими. Экзистенциальная психотерапия против интерпретаций, которые сужают контекст до одного значения или смысла, а наоборот осуществляет расширение данного контекста для лучшего понимания. Обязательным условием также является то, что интерпретирует сам клиент, поскольку только он выступает автором своей жизни и видит её изнутри и максимально включённо. Экзистенциальная психотерапия ищет то, что является истинным для этого клиента. Здесь вспоминаются слова Сократа о том, что у каждого человека своя истина [1, 4, 5].

Помимо изучения теории, которая составляет основу консультирования и собственно отличает его от любого другого душевного разговора, необходимо усвоить практические техники и методы ведения консультирования.

Начинающему специалисту, прежде всего, необходимо знать основные этапы психологического консультирования, которые являются основой любой консультации. Несмотря на то, что существует множество точек зрения на этапы психотерапии и на названия каждого из этапов, все они имеют общие, а значит обязательные черты. Первая, из которых – установление контакта с клиентом [2]. Для начала нужно для себя понять, в чем суть этого этапа, и какова его главная функция. С одной стороны, является понятным, что если клиент пришел на консультацию, значит это его собственный выбор, потребность, но помимо этого необходимо понять, насколько клиент готов раскрыться и начать работать со своим запросом. И как оказалось в процессе наблюдения и особенно собственного опыта консультирования, далеко не каждый клиент готов раскрыться перед консультантом [2].

Задача психолога на этом этапе показать клиенту, что здесь он может говорить обо всем, о чем только пожелает, и вся эта информация останется внутри стен психотерапевтического кабинета. И даже этого оказывается недостаточно для того, чтобы клиент открылся. Важно показать ему, что вы действительно желаете ему добра, важно позволить ему почувствовать себя в безопасности, свободно. Для того чтобы помочь клиенту раскрепоститься для начала ему можно предложить наиболее понравившееся место. Но у неопытного консультанта даже на этом этапе могут возникнуть заминки: волнение и переживания не дают четко настроиться на работу с клиентом. Это, конечно же, сказывается на процессе присоединения, а ведь так важно дать клиенту почувствовать, что психотерапевт находится возле

него и готов его поддержать и что специалист не только слушает, но и слышит клиента и все его внимание обращено на него [2, 4].

Следующий важный этап, который также обязательно должен присутствовать в консультировании – это прояснение запроса. Казалось, что этот вопрос настолько чётко изложен в литературе, что сложностей с ним возникнуть не должно. Но когда ты садишься в кресло консультанта и осознаешь свою задачу помочь клиенту озвучить свой запрос, а может и более точно его сформулировать, то понимаешь, что все не так просто: во-первых, чаще всего клиент сам приходит, не осознав четко, с чем именно хотел бы работать, а во-вторых, от определения запроса зависит вся работа, этот процесс требует немало времени и терпения клиента и консультанта. Фактически на этом этапе нужно по полочкам разложить все, что волнует клиента и найти то самое, с чем он действительно хочет и готов работать [2, 4].

С одной стороны может показаться, что ничего особенного в этом нет, так как у каждого из нас есть свой определенный жизненный опыт, и мы наверняка слышали о похожих проблемах и более-менее знаем, что можно сделать и сказать. Но именно в этот момент очень важно не попасться на крючок «контрпереноса». Например, когда клиент, приходит с проблемой, связанной с взаимоотношениями близких людей в голове проносится мысль: «Я смогу помочь, ведь я знаю этот опыт от и до!». Сразу появляется огромное желание дать большое количество советов о том, что лучше делать или, наоборот, не делать. Если поддастся этому желанию, то в результате психологическое консультирование скатывается на уровень задушевного «кухонного разговора» [2, 4, 5].

В своей деятельности психотерапевт обязательно использует практические методы, которые позволяют ему разобраться в трудности клиента. Основным из них является техника активного слушания. Однако знать об этой технике – это одно дело, а использовать ее – другое. Не всегда удастся уловить тот самый момент, когда можно было бы использовать какую-нибудь технику. Но есть еще одна трудность. Основной инструмент консультанта – это слово, и поэтому подбирать его нужно очень осторожно и применять тактично. Например, такие техники активного слушания как парафраз или резюмирование нужно применять с использованием других слов, но при этом вкладывать идентичный точный смысл слов клиента [2, 4, 5].

Также одним из важных моментов консультирования является прохождение личной терапии самим консультантом. В работе психотерапевта очень важно не переносить свой личный опыт на клиента как непосредственно в отношении к нему, так и в поиске решения поставленных клиентом задач. Личная психотерапия помогает уйти от сравнения своей жизни с жизнью других людей, помогает начать более трезво воспринимать события, которые происходили или происходят в твоей жизни. В конечном итоге, ты все больше и больше начинаешь жить "здесь и сейчас", начинаешь по-другому воспринимать себя, других людей, постепенно избавляешься от пелены на глазах, которая мешала тебе видеть мир таким, какой он есть. Помимо улучшения качества своей жизни через личные консультации есть возможность познакомиться с приемами, которые использует твой психотерапевт в своей работе, и, так сказать, прикоснуться к работе консультанта с другой

стороны. Например, можно отследить все главные этапы консультации, начиная с установления контакта с клиентом каждый раз в начале консультации и постановки запроса. Из методов работы можно увидеть, как применяется техника активного слушания и отражение клиенту смысла его слов через уточнение или резюмирование. Также можно наблюдать, как используется прием отражения клиенту чувств на те или иные его слова, что помогает закрепить контакт клиента и консультанта и помогает углубиться в ситуацию или стереотип поведения, что улучшает работу с запросом пациента. В итоге, прохождение личной психотерапии помогает повысить свои профессиональные навыки не только за счет работы над личными трудностями или стереотипами поведения, а также и за счет лучшего понимания того, какие приемы и как применяются в психотерапии [5].

Теперь, после погружения в теорию экзистенциального подхода консультирования и проработки стольких моментов в непосредственном личной практики консультирования стало проще: уменьшились волнение и страхи перед каждой консультацией, непрерывно сопровождающие этот процесс и теперь я сама имею более четкое представление о работе психотерапевта.

### Литература

1. Дорцен Э. ван *Практическое экзистенциальное консультирование и психотерапия*. Ростов-на-Дону: Ассоциация экзистенциального консультирования, 2007. – 216 с.
2. Кочюнас Р. *Психологическое консультирование. Групповая психотерапия [Текст] / Р. Кочюнас*. – 6-е изд. – Москва: Академический Проект, 2008. – 464 с
3. Мэй Р. *Искусство психологического консультирования*. – М., 1994. – 144 с.
4. Роджерс К. *Взгляд на психотерапию. Становление человека: Пер. с англ. / Общ. ред. и предисл. Исениной Е.И.* – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480 с.
5. Ялом И. *Дар психотерапии*. М.: ЭКСМО, 2006. – 352 с.

## Региональный опыт трудоустройства лиц с психическими расстройствами

Максимова Н.Е., Климок Н.В.

ГБУЗ Областной клинический психоневрологический диспансер  
Тверь

В нашей стране проблемы психосоциальной реабилитации в последние годы приобрели особую актуальность. Одной из основных составляющих успешной психосоциальной реабилитации является трудовая реабилитация психически больных, в частности, инвалидов [1-5]. Трудовая занятость – это необходимое

условие лечения больных с психическими расстройствами. В свою очередь, это выдвигает на первый план работу по трудоустройству. Проблема трудоустройства довольно сложная, но необходимая.

В последние годы всё большее внимание уделяется так называемому поддерживаемому трудоустройству. Это трудоустройство инвалида на обычное рабочее место с поддержкой семьи больного. Основные условия поддерживаемого трудоустройства: 1. Получение работы без профессиональной подготовки (на рабочем месте). 2. Подбор рабочего места по трудовым рекомендациям в индивидуальной программе реабилитации (ИПР) пациента, с обязательным учетом его пожеланий. 3. Поддержка больного на рабочем месте мастером, куратором, родственником или социальным работником.

На базе Тверского областного клинического психоневрологического диспансера в целях развития социальной реабилитации инвалидов по психическим заболеваниям создана инновационная модель помощи в трудоустройстве психически больных. Суть модели заключается в обеспечении, с помощью социального работника диспансера, взаимодействия между специалистами различных служб (специалистов Центра занятости, медико-социальной экспертизы, психологов, врачей психиатров, социальных работников) в целях поиска рабочего места и трудоустройства инвалидов по психическому заболеванию. Для целенаправленного занятия вопросом трудоустройства инвалидов около 7 лет назад была выделена ставка социального работника по трудоустройству больных.

Созданная инновационная модель трудоустройства пациентов диспансера отличается от программ трудоустройства инвалидов в других региональных психоневрологических региональных диспансерах. Её суть – *ежедневная работа* штатного социального работника по трудоустройству инвалидов.

В 2010 г. было заключено «Соглашение» между Центром занятости и ПНД. о сотрудничестве в трудоустройстве пациентов диспансера: Центр выделяет специалиста, который представляет вакансии каждые 10-14 дней и список пациентов ПНД., стоящих на учёте в Центре, как безработные.

#### **Основные этапы работы:**

Первый этап – *содействие в подборе подходящего рабочего места*, исходя из рекомендаций ИПР (индивидуальная программа реабилитации);  
Второй этап – *сопровождение к новому рабочему месту* (по желанию соискателя), помощь в оформлении документов при приёме на работу;  
Третий этап – *дальнейшее контролирование трудовой деятельности*: телефонная связь с работником, или с работодателем, или личное посещение рабочего места пациента (по его просьбе).

Предварительная работа по трудоустройству заключается в следующем:

1. Центр занятости, по предварительной договорённости, предоставляет список вакансий. Это, в основном, рабочие специальности, не требующие предварительного обучения - уборщица, подсобный рабочий, сторож, дворник, укладчик, фасовщик и т. д.

2. Список безработных пациентов, полученный в Центре, предоставляется врачу – реабилитологу из медико-социальной экспертизы (МСЭ) для подготовки копий ИПР по данному списку.
3. Амбулаторная служба диспансера выдаёт социальному работнику медицинские карты по этому списку, где имеются необходимые координаты или самого соискателя, или его родственников, данные об образовании, профессии, опыте работы пациента.
4. Социальный работник по предоставленному списку информирует пациентов, сообщая о роли социального работника в возможности помочь им в поиске работы. Назначается день и час встречи.

**Первый этап** работы начинается непосредственно со встречи с каждым пациентом. Для этого, перед каждой личной встречей, идёт знакомство с трудовыми рекомендациями ИПР. Предварительно подбираются подходящие вакансии: например, грузчик, агент, посудомойщица и т. д.

Первая встреча с соискателем очень важна: если будет достигнуто взаимопонимание с обеих сторон, то дальнейшая общая цель в поисках работы будет достигаться гораздо успешнее. На первой личной встрече происходит знакомство с соискателем: его образование, профессия (если есть), трудовая книжка, опыт работы (если был), причины ухода с работы, заболевание, группа; пожелания соискателя к новой работе.

Рассматриваются вакансии, выбранные заранее. Если они не устраивают соискателя, то совместно выбирается подходящее рабочее место по имеющимся вакансиям. Если конкретное рабочее место заинтересовало пациента, то социальный работник связываемся с работодателем, узнаёт, вакантно ли данное рабочее место, и если оно ещё востребовано, то предлагается данный соискатель. В случае отказа работодателя (а это зачастую бывает, когда узнают об инвалидности), продолжается поиск других вакансий. Если удаётся договориться с работодателем, то обговаривается время его встречи с соискателем. Если на первой встрече не удалось найти рабочее место, то назначается повторная встреча с соискателем при наличии нового списка вакансий.

При выборе вакансий первоочередное значение имеют: продолжительность рабочего дня (неполный рабочий день, гибкий график, сдельный труд или хотя бы 7-8 часовой рабочий день; исключение - сторож); заработок; место расположения работы.

В случае если соискатель желает работать по своей профессии, и есть для этого рекомендации в ИПР, то в Центре занятости специально для этого пациента по нашей просьбе идет подбор нужных вакансий. Например, работа фармацевта, юриста, оператора ЭВМ, авторемонтника.

**Второй этап** – сопровождение к рабочему месту (что полностью зависит от желания соискателя). Большинство самостоятельно справляются с дальнейшим устройством на работу, только 10-15% нуждаются в помощи при первой встрече с работодателем. Например, пациент Р. (24 года, инвалид детства) окончил курсы автомеханика в Центре занятости, где не гарантируют предоставления рабочего места. В течение трёх месяцев социальный работник обзванивал все автобазы, пока в одной из них не согласились взять Р. учеником с испытательным сроком. С

участием социального работника Р. прошёл собеседование, оформил документы в отделе кадров и был сопровождён до рабочего места.

**Третий этап** – контроль социальной службы за трудоустроенными. Он также зависит от желания работающих пациентов. Большинство не желают вмешательства в их трудовой процесс. Помощь оказывается только по их просьбе. Например, пациентка М. (29 лет, инвалид детства) работала уборщицей по государственной программе в ООО «КлиматГрад» и обратилась с просьбой поговорить с директором о сокращении ей рабочего дня до пяти часов, так как она мать-одиночка. Беседа социального работника с руководителем помогла решить проблему. Пациент Б. (36 лет, эпилепсия) определён на работу по государственной программе грузчиком в университет. Со временем участвовавшие приступы стали мешать работе, и он попросил перевести его на более лёгкую работу. Переговоры социального работника с директором столовой помогли ему занять место подсобного рабочего в столовой университета, где он и работает уже три года.

Под постоянным контролем социальной службы находятся только те пациенты, которые определены на рабочие места по Государственной региональной программе. В 2010-2011 гг. это была «Антикризисная программа» для поддержки инвалидов в трудоустройстве с обустройством рабочего места в 30000 руб. С января 2012 г. действует «Региональная программа Тверской области по реализации дополнительных мероприятий по содействию трудоустройства незанятых инвалидов». Работодатель получает от Центра занятости 50 000 руб. за специально оборудованное место инвалиду.

Например, С. (36 лет, шизофрения) определена на работу в ООО «Тверские сувениры» росписчиком художественных изделий. С нашей поддержкой она успешно прошла собеседование, проверку художественных способностей (сделала карандашный эскиз сувенира), оформила в Центре занятости рабочий договор между ней, работодателем и Центром в отделе кадров документы. Далее ежемесячно контролировалась адаптация С. на новом рабочем месте (посещение, телефонные разговоры).

Все три этапа - подбор рабочего места, сопровождение к рабочему месту и контроль работы пациентов - являются главными составляющими поддерживаемого трудоустройства.

По «Соглашению» с Центром занятости должна оказываться помощь в содействии при трудоустройстве тем пациентам, которые состоят на учёте в Центре занятости как безработные. Но уже после первого месяца работы стало ясно, что желающих работать гораздо больше. Каждый день приходили и приходят люди за помощью в трудоустройстве, за советом или просто поговорить о «жизни». Со временем нами было выделено три основные группы безработных.

К первой группе относятся те соискатели, что стоят в Центре занятости на учёте и приходят только по приглашению за дополнительными вакансиями. Это самая инертная группа. Большинство пациентов состоят на учёте только для получения пособия по безработице. Очень часто предложенную помощь в поисках работы они игнорируют: не являются на встречи, не отвечают на звонки, придумывают разные причины своей пассивности.

Вторая группа – это те соискатели, которые ранее были клиентами Центра занятости, но по разным причинам ушли из Центра, и самостоятельно занимаются поиском работы. У нас ищут посредника между ними и работодателями.

Третья группа – самая большая и самая мобильная. Это пациенты, которые не пользуются услугами Центра занятости и даже зачастую не имеют группу инвалидности, а значит, и ИПР и необходимых трудовых рекомендаций. Только консультация с лечащим врачом пациента, его трудовые рекомендации дают возможность для поиска нужных рабочих мест данному пациенту. Например, пациентка Л. (43 года, шизофрения, нет инвалидности) обратилась с просьбой найти ей работу. Имеет высшее профессиональное образование. Лечащий врач Л. поддержал её желание работать по специальности. После усиленных поисков удалось определить Л. киоскером в ЗАО «ТверьСоюзпечать».

Работа с родителями пациентов и их родственниками – неотъемлемая часть работы по трудоустройству. Каждый третий соискатель приходит с мамой, женой, мужем для поддержки, которые зачастую знают лучше, какую работу смогут выполнять их родственники. Процесс поиска рабочего места происходит и путём телефонных переговоров с родными. Предоставляется информация о нужных вакансиях, предварительно согласованная с работодателями. Родственники в дальнейшем сообщают, обращались ли они по данным адресам, взяли или не взяли на работу пациента и почему.

Процесс поиска нужного рабочего места долг и может тянуться от одного до семи месяцев и более. Как правило, на приём приходят только родители, чаще матери за психологической поддержкой, советом. Ведь дети растут, авторитет родителей падает, и им хочется помочь взрослеющим детям найти своё место не только на работе, но и в личной жизни. Они ищут «авторитета», к которому дети прислушаются.

Например, пациентка Я. (33 года, шизофрения) продавец промтоваров, за 5 лет поменяла восемь рабочих мест. Беседы с матерью Я. указали на конфликтный склад характера её дочери. По просьбе матери состоялись беседы социального работника с Я., посещение её рабочего места, переговоры с директором. Это помогло Я. удержаться на последнем рабочем месте уже полтора года.

На базе Центра занятости пациенты, стоящие на учёте, могут получить новую профессию. 6 соискателей получили профессии автослесаря, оператора ЭВМ, маляра-штукатур, столяра, имея в ИПР необходимую рекомендацию на данную специальность. Обучение длится от двух до четырёх месяцев.

За последние шесть лет обратилось первично 185 пациентов. Трудоустроено 111 соискателей, т. е. 60%. Из числа трудоустроенных 52 (49%) сменили от двух до восьми мест работы. По своей профессии трудоустроено 24 человека (22%). Это – юрист, портной, фармацевт, швея, продавец, автослесарь, оператор. На неквалифицированную работу определены 72 пациента (64%): дворник, грузчик, посудомойщица, почтальон, сторож, уборщица. В лечебно-производственные мастерские (ЛПМ) определены 15 человек (13%) - в ИПР, в графе трудовые рекомендации у них написано «Работа в специально созданных условиях».

Сложности, с которыми мы столкнулись в работе, были ожидаемы, исходя из особенностей симптоматики пациентов психиатрического профиля и объективных



особенностях рынка труда в настоящее время. Продолжительность работы на одном месте колеблется от одного месяца до года. Текучка охватывает почти половину трудоустроенных пациентов.

Основные причины ухода пациентов с работы: 1) по собственному желанию – 64% (тяжёлые условия труда); 2) увольнения после одномесячного испытательного срока (31%); 3) сокращение штатов (5%).

В связи с вышеперечисленными особенностями на сегодняшний день из 111 трудоустроенных работают 53 человека. Проработали на одном месте от 1 года до 3 лет 24 пациента, от 3 до 6 лет и по сей день работают 12 человек.

В работе по трудоустройству используются не только те вакансии, которые предоставляются Центром занятости. База нужных вакансий пополняется информацией из еженедельных газет «Работа», «Ярмарка», «Новая работа», используется бегущая «рабочая строка» в телевизоре.

В январе 2013 г. лечебно-производственные мастерские переехали в новое здание, построенное на территории диспансера. Здесь успешно работают три цеха: швейный, столярный, картонажный, мастерские по керамике, батику, художественной вышивке.

В течение 2010-2017 гг. в Тверской области действуют региональные программы помогающие инвалидам в поиске рабочего места.

Региональная программа Тверской области по реализации дополнительных мероприятий по содействию трудоустройства не занятых инвалидов от 12 января 2014 года предусматривала выплату работодателю уже в этом году 70 000 руб. за специально оборудованное рабочее место для инвалида (в 2010 – 30 000 руб., в 2012 – 50 000 руб.). К сожалению, эта программа охватывала только частные предприятия и не распространялась на госбюджетные рабочие места. Это, конечно, значительно сократило «рабочий плацдарм» по трудоустройству инвалидов, тем более что индивидуальные предприниматели очень неохотно приняли участие в этой программе. Результат работы данной программы неутешительный: ни одного пациента нашего диспансера не удалось трудоустроить, так как Центр занятости не предоставил нам списка предприятий, желающих предоставить рабочие места. Анализируя провал этой программы с руководством Центра занятости, нами было предложено распределить 70 000 руб. на две части: например, 30 000 получает работодатель на обустройство рабочего места, 40 000 будет выплачиваться самому инвалиду в течение, например первого года работы ежемесячно. Это будет действенной материальной поддержкой инвалиду, пока он не адаптируется на новом рабочем месте.

В 2015 г. была принята региональная программа «Социальная занятость инвалидов», по которой каждый работодатель, заключивший соответствующий договор с Центром занятости, получает «бесплатного» специалиста. Это значит, что Центр занятости полностью оплачивает работу данного сотрудника на данном рабочем месте из расчёта 9 000 руб. в месяц, а также налоги, больничный лист и т. д. до конца 2015 года. За неполный 2015 г. было трудоустроено 6 пациентов – это больше, чем за предыдущие четыре года.

Региональная государственная программа, к сожалению, не продолжила успешное направление программы 2015 года. Она вернулась к прежним условиям

программ 2013- 2014 гг.: это только выплаты единовременного пособия работодателем в 50-70 тысяч рублей на обустройство рабочего места для инвалидов. За этот год не трудоустроено ни одного пациента, т. к. условия этой программы не заинтересовали ни одного из работодателей. Новая региональная программа 2017 г. представлена совершенно новыми, совсем не выгодными работодателю условиями. Отменено пособие в 50 тысяч рублей, работодатель должен выплачивать трудоустроенному инвалиду 10 610 рублей (прожиточный минимум для трудоспособного работника), а Центр занятости доплачивает работающему инвалиду 7 500 руб. (минимальная заработная плата) из областного бюджета. Уже очевидно, что и программа этого года не даст, к сожалению, желаемых результатов.

За период 2010-2016 гг. по государственным региональным программам было трудоустроено 17 пациентов.

Дальнейшую работу по трудоустройству пациентов значительно ускорило бы создание при Центре занятости специального отдела по работе с инвалидами. Тогда нашими пациентами, стоящими на учёте как безработные, занимался бы только один инспектор. И наше взаимодействие между собой, и работодателями, и подбор рабочих мест делало бы общую работу по трудоустройству с Центром занятости более целенаправленной, конкретно осуществляющей подбор рабочих мест для каждого отдельного соискателя. Трудовые рекомендации, которые предлагает МСЭ в ИПР, должны чётко определять спектр работ, который может выполнять данный пациент. Очень важно выслушать пожелания и самого пациента, и его родных, каким бы видом деятельности он хотел бы заниматься и смог бы, так как часто рекомендации МСЭ и желания пациентов расходятся.

Формулировка «Работа в специально созданных условиях» должна быть конкретизирована: сокращённый рабочий день (сколько часов?), предоставление наставника (хотя бы на первое время работы), предоставление двух-трех перерывов в течение рабочего дня, и т. д. в зависимости от заболевания пациента.

## Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психотерапии. - М. 2004. - 402с.
2. Доненко И.Е., Шашкова Н.Г., Вещугина Т.С. Реабилитация больных шизофренией в рамках модели «Клубничный дом» // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - Т. 10, №1. – С. 40–45.
3. Левина Н.Б., Лобов Е.Б., Русакова Г.Н. Труд и тяжёлое психическое расстройство: проблемы и решения. Часть I // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. - Т. 20, №1. – С. 91–99.
4. Максимова Н.Е., Климок Н.В. Трудоустройство лиц с психическими расстройствами на примере Тверской области // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. - Т. 26, №1. – С. 67–71.
5. Психиатрическая помощь больным шизофренией: клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова и соавт. - М: ИД Медпрактика, 2007. - 260с.

## Арт-терапия в развитии эмоционального интеллекта при психических расстройствах

Назарова Н.Р.

СПб Государственный университет культуры  
СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 5»  
Санкт-Петербург

**Понятие арт-терапии.** Для целей данной статьи будем придерживаться следующего определения: арт-терапия – это «...совокупность приемов лечебно-реабилитационного и психопрофилактического воздействия, связанных с изобразительной деятельностью пациентов с разной психической и соматической патологией» [4, с. 3].

В западных странах арт-терапию начали применять, прежде всего, в деятельности психиатрических учреждений, первоначально – в качестве вида занятости больных, а затем – в форме психотерапии, а также социотерапевтической поддержки и реабилитации пациентов с различными психическими расстройствами. В последние годы в нашей стране арт-терапия используется довольно широко, в том числе, и в психиатрии. Арт-терапия в большинстве случаев дополняет психофармакотерапию и другие методы лечения [4].

О.В. Лиманкин отмечает роль различных форм арт-терапии, терапии художественным выражением, театральной терапии в создании терапевтической среды и в психосоциальных программах. Автор также считает, что «занятия творческими видами деятельности побуждают пациентов к креативному выражению, косвенно помогая им достичь более высокого уровня социального функционирования» [5, с. 87].

По мнению К. Малкиоди (2004), искусство и творчество в ходе арт-терапевтической работы ведут к самопознанию на более глубоком уровне: клиенты осознают свои эмоции, освобождаются из их плена, перерабатывают, получают возможность посмотреть на свои чувства, находясь от них на некотором расстоянии. В то же время творчество помогает избавиться от отрицательных эмоций, понять, что кроме страдания в жизни есть и другие чувства.

Арт-терапия может быть полезной при работе с эмоциями и эмоциональными состояниями у пациентов с выраженными алекситимическими чертами за счет специфики изобразительной работы. Во время изображения своих проблем, воспоминаний, эмоций и ощущений пациент конкретизирует их в физическом материале (используя художественные материалы, бумагу). Видя свои проблемы в физическом воплощении, он может посмотреть на них и проанализировать как бы со стороны (с помощью терапевта), и понять свое беспокойство и свое отношение к проблеме. Такое когнитивное отношение к эмоциям ведет к уменьшению эмоционального напряжения. Ощущение внутренней безопасности в процессе творчества в спокойной атмосфере арт-студии также снижает негативную эмоциональную напряженность. Экспрессивная

коммуникация означает одновременное открытое выражение в своем произведении скрываемых до этого негативных эмоций и получение положительных эмоций при творческом процессе. Проблема получает визуальное выражение, и пациент сам или с помощью терапевта ищет новые пути изображения, и вместе с этим приходит и новое осмысление проблемы. У пациента начинает работать адаптационный механизм, и вместе с ним происходит трансформация через интерактивную арт-терапию. Арт-терапия включает как ментализирование, так и эмпатию, как необходимые компоненты человеческих взаимоотношений. Арт-терапевты знают, чтобы понять опыт другого человека, не обязательно вербализировать этот опыт [10]. Эмоциональный опыт при арт-терапии может активизировать эмпатический резонанс. Нейросканирование мозга показывает, что зеркальные нейроны активируются во время разных вариантов наблюдения за действиями другого человека [10]. Таким образом, работа с эмоциями в арт-терапии может быть очень продуктивной для пациентов с алекситимическими чертами личности.

**Эмоциональное развитие и эмоциональный интеллект.** Общий уровень эмоционального развития личности, по мнению Е.П. Ильина, определяется качеством развития таких компонентов эмоциональной сферы, как:

- эмоциональные явления, под которыми подразумеваются различные по силе и длительности эмоциональные состояния;
- эмоциональные свойства, то есть характеристики эмоционального реагирования, постоянно и ярко проявляющиеся у данного человека;
- эмоциональные образования, в частности эмоциональный интеллект, который подразумевает под собой способность отслеживать собственные чувства и чувства других людей, различать их и использовать данную информацию для управления своим мышлением и действиями [3].

Согласно П. Сэловею, Дж. Майеру (1994), в структуру эмоционального интеллекта входит ряд способностей: распознавание собственных эмоций, владение эмоциями, понимание эмоций других людей, самомотивация. Важнейшим компонентом эмоционального интеллекта является понимание эмоций субъектом.

Распознавание эмоций является проблематичным для личностей с выраженной алекситимией. Существенными чертами алекситимического конструкта являются: трудности в идентификации и описании своих чувств; неспособность к дифференциации чувств и телесных ощущений; недостаток воображения, ригидность и конкретность. По мнению И.Н. Андреевой [2], распознавание эмоций способствует более эффективной коммуникации, поскольку позволяет адекватно идентифицировать, описывать, перерабатывать и в дальнейшем выражать эмоции.

Понимание эмоций взаимосвязано с возможностями их выражения. Овладение языком эмоций требует усвоения общепринятых в данной культуре форм их выражения, а также понимания индивидуальных проявлений эмоций у людей, с которыми человек живёт и работает. И.Н. Андреева отмечает, что понимание эмоций сложнее, чем их выражение, а также, что понимание эмоций связано с уровнем развития эмпатии [2].

Говоря о самомотивации, автор [2] отмечает, что эмоции обладают мотивирующей силой, заставляя людей действовать. Слово «эмоция» произошло от латинского глагола «emovere», что означает «двигаться». Эмоция – это средство, с помощью которого взаимодействуют тело и разум, они постоянно изменяются и «перемещаются»: e-motion (э-моция). Так, если человек полностью функционален и благополучен, то его эмоции позитивны, если нет – эмоции «перемещаются» к негативному полюсу. И.Н. Андреева [1] предполагает в структуре эмоционального интеллекта наличие эмоций, «самотивизирующих» когнитивную деятельность, связанную с эмоциональной сферой, точнее, с распознаванием, выражением, пониманием эмоций.

И.Н. Андреева [1], обобщая данные многих существующих определений эмоционального интеллекта, отмечает, что индивиды с высоким уровнем развития эмоционального интеллекта обладают выраженными способностями к пониманию эмоций (собственных и других людей), выражению эмоций и к управлению эмоциональной сферой, что способствует адаптивности и эффективности в общении и деятельности. Также автор считает, что возможно рассматривать личность с высоким уровнем эмоционального интеллекта в сопоставлении с личностью, имеющей низкий уровень эмоциональных способностей, как более мудрую и успешную в решении проблем, более доброжелательную и сознательную. Уровень эмпатии, эмоциональной чувствительности у нее выше; вместе с тем она более стрессоустойчива, поскольку способна интеллектуализировать собственные эмоции. Такой человек имеет высокий уровень самооценки и самоуважения, однако не склонен к самоуверенности, он осознает себя в процессе личностного роста. Выраженный эмоциональный интеллект, по мнению автора, способствует лидерству и организаторским способностям [1].

Таким образом, автор [2] делает вывод о том, что эмоциональный интеллект представляет собой совокупность эмоциональных и социальных способностей, таких, как способности к пониманию собственных эмоций и эмоций других людей, к управлению эмоциональной сферой и самомотивации. Все структурные компоненты эмоционального интеллекта взаимосвязаны, и их тесная взаимозависимость способствует эффективному межличностному взаимодействию.

**Эмоциональный интеллект при психических расстройствах.** Отмечается немногочисленность существующих как западных, так и российских исследований эмоционального интеллекта при психопатологических состояниях [9].

И.В. Плужников, изучая структуры эмоционального интеллекта при психических заболеваниях, отмечает, что снижение эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах связано с ведущим психопатологическим синдромом и наличием коморбидного расстройства личности. Нарушения эмоционального интеллекта при данных расстройствах выступают в качестве предрасполагающих и хронифицирующих личностных факторов [8].

Исследование, проведенное В.Д. Менделевич и К.В. Пырковой [6] показало, что у больных с невротическими расстройствами уровень эмоционального интеллекта ниже, в частности внутриличностный, проявляющийся в основном

слабо развитой способностью управлять своими эмоциями (вызывать и поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные). Структурные компоненты межличностного эмоционального интеллекта у испытуемых этой группы взаимосвязаны с такими личностными характеристиками, как конформизм и практичность. При сравнении в группе здоровых лиц выявлен средний уровень эмоционального интеллекта, большинство структурных компонентов межличностного интеллекта и креативные качества взаимосвязаны с гибкостью – интегративной характеристикой личности, позволяющей успешно адаптироваться.

Исследованием эмоционального интеллекта как составляющей более общего понятия социальный интеллект, занимается О.В. Рычкова с соавторами [9]. Перечисляя такие нарушения при шизофрении, как нарушение восприятия лицевой экспрессии, эмоций, как собственных, так и других лиц, автобиографической памяти как тесно связанной с эмоциональным опытом и его переработкой, нарушения «прагматики речи», авторы рассматривают их как компоненты социального интеллекта, затрудняющих построения социального взаимодействия больными шизофренией. При этом эмоциональный интеллект является необходимой для успешного социального взаимодействия способностью к распознаванию, пониманию эмоций и управлению ими. Причем речь идет как о собственных эмоциях субъекта, так и об эмоциях других людей, их распознавании и понимании [9].

В своем исследовании О.В. Рычкова с соавторами изучали, как экспрессивный компонент эмоционального интеллекта (способность адекватно проявлять свои чувства, что дает возможность человеку донести до других информацию о своем состоянии, отношении, потребностях, а также научиться более полно осознавать свои эмоциональные состояния и управлять ими); так и импрессивный компонент эмоционального интеллекта (способность определять эмоции других людей по различным проявлениям невербального поведения – выражению лица, взгляду, позе и жесту, – на чем базируется возможность правильно реагировать на эмоциональные состояния других людей и учиться изменять их, меняя свое поведение). Полученные в исследовании [9] данные свидетельствуют, что эмоциональное состояние больных шизофренией характеризуется резким повышением таких параметров, за которыми стоит преобладание негативных переживаний в виде чувства потери энергии, безрадостности, утраты прежних интересов, утомляемости, раздражительности, безнадежности, с пессимистической оценкой перспектив. Также пациенты испытывают беспокойство, неспособность расслабиться, ощущение страха перед окружающим миром (данные подтверждают показатели по общепатологическим шкалам и клинические наблюдения). Снижение импрессивного компонента эмоционального интеллекта свидетельствует о резком снижении способности пациентов определять эмоциональное состояние партнера по общению. Это касается, как способности распознавать чувства других по мимике, так и по парамимическим проявлениям. В ходе проведения исследования были отмечены затруднения, отказы от ответов, использование описательных формулировок и неэмоциональных суждений.

Экспрессивный компонент эмоционального интеллекта оценивался авторами на основе методики, измеряющей запрет на выражение чувств, поскольку, чем более отчетливо выражен запрет, тем менее вероятным будет как спонтанное, непосредственное, так и произвольное выражение эмоций. Полученные данные демонстрируют выраженный, в части случаев почти предельный запрет на выражение базовых эмоций, особенно гнева, страха и печали, а также общий запрет на выражение чувств. Запрет на выражение чувств, по мнению авторов, ведет к отчуждению большими гестуальными, внутренними переживаниями, отрицание их порождает дискомфорт, растерянность из-за невозможности точного осознания собственного состояния, а в тяжелых случаях – симптомы деперсонализации. Также запрет на выражение чувств не дает возможности справляться с ними, перерабатывать и отреагировать эмоции, что приводит к эффекту кумуляции (особенно негативных переживаний). О.В. Рычкова предполагает, что это ухудшает эмоциональное состояние больных, стабилизирует и хронифицирует нарушения эмоциональной сферы. Авторы делают вывод о том, что установленные нарушения эмоционального интеллекта и сопутствующая им социальная неуспешность пациентов с шизофренией требуют психологического сопровождения медикаментозного ведения больных и использования специализированных психокоррекционных вмешательств [9].

**Развитие эмоционального интеллекта.** По поводу возможности развития эмоционального интеллекта в психологии существуют два отличных друг от друга мнения. Мейер, Сэловей и Карузо (2004) придерживаются точки зрения, что эмоциональный интеллект – относительно устойчивая способность, а эмоциональные знания – вид информации, которой эмоциональный интеллект оперирует – относительно легко приобретаются, в том числе и в процессе обучения. В то же время ряд ученых, среди которых, в частности, Д. Слайтер (1999), Д. Гоулман (1995) считают, что эмоциональный интеллект можно и нужно развивать. По их мнению, эмоциональный интеллект может быть целенаправленно сформирован как у ребенка в процессе обучения и воспитания, так и у взрослого человека в процессе специально организованных тренингов [цит. по 1].

Также спорным остается вопрос о наиболее оптимальном периоде развития эмоционального интеллекта. Некоторые авторы полагают, что наиболее благоприятным периодом для развития эмоционального интеллекта является детство. Привычки и умения, которые складываются в детском возрасте, способствуют формированию системы основных синаптических проводящих путей в архитектуре нервной системы и в дальнейшем они с трудом поддаются изменению. По мнению ученых, все попытки серьезных изменений эмоционального интеллекта взрослых требуют «перемонтажа» компонентов высшей нервной системы. Другие авторы, напротив, отмечают, что нервные пути мозга продолжают развиваться вплоть до середины человеческой жизни. Поэтому возможно эмоциональное развитие в период зрелости. Оно проявляется в увеличении способности сознательного регулирования эмоций [1].

И.Н. Андреева отмечает, что результаты исследований указывают на возможность произвольного повышения, как интегрального уровня эмоционального интеллекта, так и выраженности отдельных компонентов при

помощи тренингового воздействия. Результаты эмпирического исследования Т.П. Березовской (2004) подтверждают возможность развития эмоционального интеллекта путем специально организованного обучения и воспитания. Установлено, что обучение сценической деятельности содействует расширению эмоциональной осведомленности старшеклассников в целом, в том числе у юношей – развитию способности распознавать эмоции других и эмпатии, у девушек – произвольности в управлении эмоциональной сферой [1].

И.Н. Андреева пишет о том, что в последние годы появились сообщения об эффективности тренинга эмоционального интеллекта в клинической психологии. Например, развитие эмоционального интеллекта посредством кратковременного тренинга эмоций с использованием когнитивных психотерапевтических и арт-техник способствует адаптации и ускоряет процесс ресоциализации больных шизофренией [1].

Воздействие на такие компоненты, как способность распознавать и описывать свои чувства и чувства других, а также возможность управлять своими эмоциональными состояниями, позволяет повысить уровень эмоционального развития личности. Эти компоненты могут быть использованы в качестве объектов для арт-терапевтического воздействия в проводимом нами исследовании.

**Выборка и методы исследования.** Выборка включала 15 пациентов с психическими расстройствами, из которых 13 – с шизофренией (параноидная форма), 2 человека – с органическими поражениями головного мозга. Все находились в состоянии ремиссии. В группе 11 мужчин и 4 женщины, в возрасте от 23 до 40 лет. Группа сравнения 20 человек, психически здоровые испытуемые, схожей возрастной группы. Арт-терапевтические сессии в формате закрытой группы проводилось на базе медико-реабилитационного отделения психоневрологического диспансера №5 Санкт-Петербурга. Набор участников группы проводился по рекомендациям лечащих врачей отделения. С каждым участником была проведена предварительная беседа, в которой разъяснялись темы будущих занятий и особенности групповой арт-терапевтической работы, было получено индивидуальное согласие каждого на участие в групповых арт-терапевтических занятиях и проведение диагностики.

Арт-терапевтические сессии проводились два раза в неделю по 1,5 часа в течение полутора месяцев в формате закрытой группы. Было проведено 12 тематических занятий: 6 по разным темам, связанным с эмоциями и эмоциональными состояниями, 6 – на тему коммуникации и взаимодействия. Также было проведено два среза: перед проведением и после окончания групповых занятий. После подведения итогов диагностики с каждым участником была проведена индивидуальная консультация по итогам работы и результатам диагностики.

Для диагностики использовались следующие методики: Торонтская алекситимическая шкала TAS; тест эмоционального интеллекта Холла, тест «Нарисуй историю», тест художественно-эмоционального восприятия (ТХЭВ). Математический анализ проведен с использованием SPSS for Windows, Version 24.0.



**Результаты исследования.** В ходе проведения групповых занятий произошел отсев трех участников, двое ушли по разным причинам после первого, вводного, занятия, и еще один участник – после шестого занятия в связи с отъездом в санаторий по выделенной путевке. Таким образом, полный цикл групповых занятий прошли 12 участников.

По результатам сравнения показателей на входе ( $M=7,47$ ) и на выходе ( $M=21,41$ ) были выявлены значимые различия интегрального показателя эмоционального интеллекта ( $p=0,011$ ). Также значимые различия были выявлены между показателями на входе ( $M=5,00$ ) и на выходе ( $M=7,41$ ) по шкалам «Эмоциональная осведомленность» ( $p=0,006$ ) и между показателями на входе ( $M=-1,92$ ) и на выходе ( $M=1,25$ ) шкалы «Управление своими эмоциями» ( $p=0,013$ ) теста эмоционального интеллекта и по шкале «Эмоциональное состояние» теста «Нарисуй историю», причем на входе  $M=3,29$ , а на выходе  $M=2,58$ , то есть произошло значимое снижение показателя по шкале ( $p=0,027$ ). Последние данные могут быть интерпретированы, как уход от позиции стороннего, не вовлеченного наблюдателя, и переход к более вовлеченному эмоционально состоянию, возможно, с присутствием и признанием существующих сложных и негативных эмоций. По остальным показателям значимых различий выявлено не было. Отметим, что хотя увеличение интегрального показателя эмоционального интеллекта и произошло, но его уровень оставался в пределах очень низких значений (21,41 при норме от 40 до 69).

Анализ корреляционных связей между измеряемыми параметрами (ранговая корреляция Спирмена) показал наличие значимых связей между отдельными показателями различных тестовых методик. Так, в объединенной группе (лица с психическими расстройствами и группа сравнения) значимые взаимосвязи были обнаружены между всеми показателями теста эмоционального интеллекта и результатами TAS, ТХЭВ и данными теста «Нарисуй историю».

В арт-терапевтической группе при первом срезе корреляционные связи были немногочисленны. Значимые связи были выявлены между интегральным показателем эмоционального интеллекта и TAS (обратная взаимосвязь  $r=-0,540$ ,  $p=0,038$ ), шкалами «Эмоциональное состояние» ( $r=-0,646$ ,  $p=0,013$ ) и «Образ Я» ( $r=-0,589$ ,  $p=0,027$ ) теста «Нарисуй историю» и TAS (обратные взаимосвязи), прямая взаимосвязь суммарного показателя эмоционального интеллекта ( $r=0,642$ ,  $p=0,018$ ) и субтеста «Эмоциональные фоны» методики ТХЭВ. Также обнаружена прямая значимая связь между интегральным показателем эмоционального интеллекта ( $r=0,523$ ,  $p=0,046$ ) и уровнем образования участников группы.

При втором срезе количество корреляционных связей между показателями сильно возросло, хотя и не достигло количества корреляционных взаимосвязей объединенной группы. Значимые сильные связи были обнаружены не только между TAS и интегральным показателем эмоционального интеллекта ( $r=-0,878$ ,  $p=0,0001$ ), но и с каждой шкалой теста эмоционального интеллекта. Значимые связи возникли между шкалой «Образ Я» теста «Нарисуй историю», интегральным показателем эмоционального интеллекта ( $r=0,738$ ,  $p=0,015$ ) и его шкалами «Эмоциональная осведомленность» ( $r=0,675$ ,  $p=0,032$ ), «Самомотивация» ( $r=0,890$ ,  $p=0,001$ ) и «Распознавание эмоций других» ( $r=0,643$ ,  $p=0,045$ ). Также эта же шкала

«Образ Я» оказалась значимо связана с TAS (обратная связь  $r=-0,700$ ,  $p=0,024$ ). Все шкалы теста «Нарисуй историю» оказались значимо взаимосвязаны между собой, а когнитивные шкалы этого теста также оказались связаны как с субтестом «Эмоциональные фигуры» так и с общим показателем методики ТХЭВ.

Для обобщения данных был проведен факторный анализ, позволивший выделить три основных по нагрузке фактора.

Группа параметров, объединенных влиянием первого фактора, включает в себя все шкалы и интегральный показатель эмоционального интеллекта, а также шкалы «Эмоциональное состояние» и «Образ Я» теста «Нарисуй историю». Все эти показатели оказались тесно связанными между собой, что отражает особенность конструкта эмоционального интеллекта с его сильной личностной эмоциональной составляющей. Интересно, что в данный фактор с отрицательным знаком и максимальным значением вошел параметр алекситимии, что говорит о том, что узнавание, распознавание и возможность вербализации эмоций соотносятся с показателями эмоционального интеллекта. Этот фактор условно назовем «эмоциональный».

Во вторую группу вошли все когнитивные шкалы теста «Нарисуй историю» (шкалы «Умение выбирать», «Умение комбинировать» и «Умение передавать представления в рисунке»), а также шкала «Эмоциональные фигуры». Данная группа показателей отражает тот факт (в том числе наблюдаемый нами в ходе проведения диагностики), что выбор эмоциональных фигур ТХЭВ происходит скорее не на эмоциональной, а на когнитивной основе. Таким образом, данный фактор будем называть «когнитивный».

И в третью группу вошли три параметра: шкала «Эмоциональные фоны», общий показатель ТХЭВ и шкала «Умение комбинировать» теста «Нарисуй историю». Последняя шкала отражает умение создавать форму рисунка, умение показать пространственные связи между частями и персонажами рисунка, изображение глубины пространства. Таким образом, третий фактор условно можно назвать «творческий». То есть, три выделенных фактора отражают сущность групповой арт-терапевтической работы с эмоциями, эмоциональную, когнитивную и творческую составляющие этой работы.

Подводя итоги проведенного нами исследования, можно сделать вывод о возможности развития эмоционального интеллекта при психических расстройствах, используя арт-терапевтические методы работы. Заметим, однако, что проведенных двенадцати занятий оказалось достаточно, чтобы постепенно начали намечаться некоторые сдвиги в измеряемых показателях. Но этого количества занятий явно недостаточно, чтобы вывести средние показатели эмоционального интеллекта в группе с низких хотя бы до средних значений. Подтвердим этим выраженную нами [7] ранее мысль о том, что введенные в стандартах оказания психиатрической помощи нормативы для арт-терапии (10 занятий) являются явно недостаточными для появления сколько-нибудь выраженных изменений показателей.

В заключение приведем высказывания некоторых участников группы о проведенных арт-терапевтических занятиях: «Занятия проходили достаточно весело и увлекательно, задания были достаточно разнообразными»; «Много

времени уделялось выражению собственных эмоций в рисунке, а работа в команде только подчеркивала индивидуальность каждого из участников»; «Работой в группе остался доволен»; «Мне понравилось, что благодаря занятиям, эмоции становились «зримыми» и осязаемыми. Их можно было анализировать, не погружаясь в переживания»; «Знание и понимание эмоций помогает правильно оценивать себя и более гармонично строить свои отношения с окружающим миром, людьми»; «Творческая составляющая занятий вызывала ажиотаж, интерес»; «Мне понравилась возможность не только индивидуального выражения своего «я», но и работы в группе».

## Литература

1. Андреева И.Н. *Азбука эмоционального интеллекта*. – СПб.: БХВ-Петербург, 2012. – 288 с.
2. Андреева И.Н. *Понятие и структура эмоционального интеллекта // Социально-психологические проблемы ментальности: 6-я Международная научно-практическая конференция*. – Смоленск, СГПУ, 2004. Ч.1. – С. 22-26.
3. Ильин Е.П. *Эмоции и чувства*. – СПб.: Лидер, 2011. – 784 с.
4. Копытин А.И. *Арт-терапия психических расстройств*. – СПб.: Речь, 2011. – 368 с.
5. Лиманкин О.В. *Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи. Аналитический обзор*. – СПб.: Таро, 2015. – 228с.
6. Менделевич В.Д., Пыркова К.В. *Исследования эмоционального интеллекта и креативности у больных с невротическими расстройствами // Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – № 3.; URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20326> (дата обращения: 03.05.2017).
7. Назарова Н.Р. *Работа с эмоциями в арт-терапевтической группе пациентов с психическими заболеваниями /Когнитивная психология: методология и практика. Коллективная монография / Под науч. ред. В.М. Аллахвердова, Н.В. Дмитриевой, О.В. Зациринской, С.Н. Костроминой, С.А. Котовой, Т.В. Черниговской, Ю.Е. Шелепина*. – СПб.: Изд-во ВВМ, 2015. – С.348-355.
8. Плужников И.В. *Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах: авт. дисс ... канд. психол. наук*. – М., 2010. – 34 с.
9. Рычкова О.В., Соина Н.А., Гуревич Г.Л. и др. *Эмоциональный интеллект при шизофрении // Психическое здоровье*. 2014.Т. 12, № 1. – С. 37-42.
10. *Art therapy and clinical neuroscience / edited by Noah Hass-Cohen and Richard Carr*. – London – Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008. – 335 p.

## Клинические особенности фармакорезистентных депрессий с коморбидными личностными расстройствами

Нурходжаев С.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт  
Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность проблемы** изучения фармакорезистентных депрессий вызывается ростом числа депрессивных расстройств в общемедицинской практике [2]. В последние десятилетия возрос интерес к изучению коморбидности депрессивных расстройств и личностных особенностей пациентов. Исследование, проведенное Московским НИИ психиатрии при изучении контингента больных с депрессивной патологией, зарегистрированных в психоневрологических диспансерах Москвы, показало, что в 12,2% всех случаев эндогенной депрессии отмечается ее сочетание с расстройствами личности. Последнее время многие исследователи уделяют внимание изучению факторов, не только оказывающих влияние на клиническую картину депрессии, но и способных дать информацию относительно особенностей дальнейшего течения заболевания и его нозологической принадлежности.

В связи с этим, большое значение приобретает изучение особенностей той конституциональной почвы, на которой развивается болезненное депрессивное состояние, и её динамики [1]. Вместе с тем, при исследовании этой проблемы на популяции больных депрессиями, в одних случаях отмечается тенденция ограничиваться ориентацией на использование только стандартизированных психодиагностических и клинических методик, в других – только клинко-психопатологическим подходом, данные которого с трудом поддаются валидации и статистической оценке [4]. В связи с этим, особое значение приобретает целостный анализ личности больного, включающий как клинко-психопатологический подход, так и использование различных психодиагностических методик [5]. В настоящее время существует несколько направлений в оценке взаимосвязи личностных особенностей и формирования депрессивной патологии. Зарубежные исследователи отводят решающую роль конституционально-генетическим характеристикам, рассматривая их как определяющие дальнейшее течение и проявления заболевания, отмечают патопластическое влияние преморбида на клиническую картину депрессии и выделяют определенные личностные черты, как предикторы развития депрессии [6, 7]. В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической коррекции в рамках терапии периодов обострения [3, 8, 9].

**Цель исследования:** изучить клинические особенности фармакорезистентных депрессий у женщин психиатрического стационара с коморбидными личностными расстройствами для осуществления комплексной

лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом конституционально-личностных особенностей пациенток психиатрического профиля.

**Материал и методы исследования:** объектом для исследования явились 30 женщин в возрасте от 29 до 42 лет, находящихся на стационарном лечении в Городской Клинической Психиатрической больнице г. Ташкента. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также наблюдаемая в течение трёх недель госпитализации терапевтическая резистентность к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический и клиничко-катамнестический. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI).

**Результаты и обсуждения** в ходе исследования было установлено, что наиболее часто аффективные нарушения классифицировались согласно МКБ-10, как тяжёлый депрессивный эпизод (F 32.3) – у 33,3% пациенток, рекуррентное депрессивное расстройство тяжелой степени (F 33.2) – у 26,7% женщин. Реже встречались умеренный депрессивный эпизод (F 32.1) – у 20% обследованных женщин, пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F 43.21) – у 17% женщин и рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F 33.1) – у 3% обследованных. Клиническая структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 8 пациенток был диагностирован конгруэнтный аффекту бред (самообвинения, самоуничужения, ипохондрический бред), который достигал своей выраженности и актуальности лишь на высоте аффекта, что свидетельствовало о тяжести и степени депрессивного синдрома. В анамнезе у 68% обследованных женщин отмечались психосоматические расстройства (бронхиальная астма, псориаз, синдром раздражённой толстой кишки, нейродермиты), в динамике этих состояний прослеживалась чёткая периодичность, как правило, сезонная. Эти состояния были близки к маскированным депрессиям.

С целью установления возможных соотношений между структурой личности и нозологической принадлежности депрессивного расстройства проведены патопсихологическое, экспериментально-психологическое и психодиагностическое исследования. С помощью MMPI было выявлено пять основных конституционально-личностных типов, характерных для больных с терапевтически резистентными депрессиями: шизоидное расстройство личности –

у 12 пациенток (40%), эмоционально неустойчивое – у 8 (28%), истерическое – у 4 (12%); тревожное – у 3 (10%), ананкастное – у 3 пациенток (10%).

По результатам тестирования, было выявлено, что наиболее часто депрессивные расстройства тяжелой степени встречались у женщин с шизоидным расстройством личности, у которых выявлялись повышенная чувствительность, впечатлительность, легкая ранимость и обидчивость. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжелой и крайне тяжелой степени по шкале Гамильтона. Депрессия средней степени тяжести была выявлена у 25% больных, ее возникновение было связано с семейными конфликтами.

У лиц с тревожным расстройством личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжелой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжелой степени встречались в 12,5% случаев. У них имели место такие характерологические черты, как ранимость, впечатлительность, склонность к тревожным опасениям к утрированному самонаблюдению; рефлексии и длительной фиксации отрицательно окрашенных аффектов.

Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Гамильтона было выявлено у 4 пациенток с истерическим типом личности, которые характеризовались также наличием истерических проявлений в виде склонности к фантазированию, потребности в признании, внешней эксцентричности и оригинальности интересов и увлечений. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, демонстративность, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей.

При эмоционально неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжелой степени. В структуре личности этих пациенток на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к аутодеструктивным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, нестабильность при формировании объектных межличностных отношений.

Среди всех обследованных ананкастный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием обсессивно-компульсивной симптоматики. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. Пациентки предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к появлению чувства

вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его.

Формирование депрессии у всех обследованных оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку и адаптацию в социуме. Для всех женщин характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличение количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в привычной деятельности.

Больные с шизоидным типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с тревожным типом личности испытывали быстрое утомление, с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятном микроклимате в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжёлой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с ананкастным и тревожным типом личности на фоне депрессии тяжёлой степени отмечалась трудовая дезадаптация, сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные тенденции, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с эмоционально неустойчивым типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями. При этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжёлой и тяжёлой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Женщины с истерическим типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали значительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, указывали на ухудшение психоэмоционального состояния и способность функционировать в повседневной жизни.

При установлении взаимосвязи между типом личности и клинической картиной депрессивного состояния были получены следующие результаты: при шизоидном расстройстве личности характерны сенесто-ипохондрические и деперсонализационные депрессии; при истерическом расстройстве личности преобладают экзистенциальные и деперсонализационные депрессии с невротической истерической деперсонализацией, при тревожном расстройстве личности отмечались тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны соматизированные, маскированные депрессии, а для ананкастного расстройства личности наиболее часто было развитие ипохондрических депрессий с доминированием обсессивно-компульсивных расстройств невротического уровня.

**Выводы.** Таким образом, в результате исследования клинических особенностей фармакорезистентных депрессий была выявлена взаимосвязь между конституционально-личностными особенностями пациенток и проявлениями

клинической картины терапевтически резистентных депрессий, которая позволяет определить степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет оптимизировать комплексность психофармакотерапии и более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей женщин.

## Литература

1. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. - Томск, 2009 – 510с.
2. Винокур В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. – СПб.: «Альта Астра». – 2015. –46с.
3. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства. - М., 2007. – С. 58.
4. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. – М., 1997. – 308 с.
5. Danileviciute V. Affective disorder: clinical symptoms and present-day approach to treatment // *Medicine (Kaunas)*. – 2002. – V. 38, № 11 – P. 1057-1065.
6. Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J. et al. Prevention of re-lapse/recurrence in major depression by mindfulnessbased cognitive therapy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2000. – Vol. 68. – P. 615–623.
7. Buist-Bouwman M.A., de Gaaf R., Vollebergh W.A. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111:436-43
8. Moussavi S., Chatterdji S., Tandon A., Verdes E. Depression, chronic disease and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-856 pp
9. Riso L.P. The search for determinants of chronic depression, a review of six factors\ Riso L.P., R.K. Miyatake, M.E. Thase. *WJ. Affective Disorders*.2002. Jul №70 (2), 103-115p.

## Влияние социокультурной реабилитации на качество жизни и субъективное благополучие лиц с ограниченными возможностями здоровья

Овчинников А.А.<sup>1</sup>, Султанова А.Н.<sup>1,2</sup>, Сычева Т.Ю.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Новосибирский Государственный медицинский университет МЗ России

<sup>2</sup> Филиал № 3 ФГКУ «Главный центр Военно-врачебной экспертизы» МО РФ

<sup>3</sup> Новосибирский государственный университет экономики и управления (НИНХ)  
Новосибирск

**Актуальность исследования.** В современной клинической практике все более актуальной становится проблема не просто «выживания» людей с



ограниченными возможностями, но и качества жизни, как критерия оценки успешности реабилитации больного. Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие индивидуумом своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [3]. Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время представляются одними из важнейших составляющих оценки состояния больных. Показатели качества жизни используются для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее динамики, течения (тяжести) заболевания.

Инвалидность – не просто проблема или атрибут здоровья людей, инвалидность отражает трудности, с которыми могут столкнуться люди во взаимодействии с обществом и физическими движениями [6]. Термин инвалидность включает в себя нарушения, ограничения активности и ограничения участия в физической деятельности, однако чаще термин используется для обозначения потери здоровья, когда здоровье концептуализируется, с точки зрения функционального потенциала, в ряде областей здравоохранения, таких как мобильность, познание, слух и зрение [8, 9]. Для инвалидов и их семей ситуация становится вдвойне трудной из-за общей проблемы со здоровьем и уникальной социальной стигмы, связанной с различными видами инвалидности [10]. Люди с ограниченными возможностями сталкиваются с различными барьерами, и их жизнь зависит от плохих результатов в отношении здоровья, низкого образования, отсутствия социального и экономического участия, более высоких уровней бедности и повышенной зависимости [11].

Показатели качества жизни становятся неперенными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, качества оказываемой им помощи и должны учитываться при планировании развития психиатрической службы. В мире активно проводятся исследования по изучению качества жизни инвалидов, которое влияет на социальную адаптацию. В России, несмотря на множество работ, касающихся проблем инвалидности, отсутствуют исследования по изучению социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями. Вместе с тем, изучение качества жизни инвалидов, имеющих различную патологию, представляется весьма актуальным, что обусловило цель и задачи настоящего исследования. Социальная адаптация немало важна для лиц с ограниченными возможностями здоровья, так как процесс социализации осуществляется на протяжении всей жизни и происходит в трех формах в деятельности – у человека развиваются задатки и способности, происходит их реализация; в общении, которое возникает во всех сферах жизнедеятельности и развиваются коммуникативные способности, взаимодействия с окружающими; и в сознании – сознании и понимании самого себя, в развитии правильной и адекватной самооценки [1]. Таким образом, для улучшения качества жизни, психологического состояния лиц с ограниченными возможностями самой важной задачей является социальная адаптация. Цель социальной адаптации – формирование познания самого себя, развитие личности, способностей, понимания, а самое главное адаптации в обществе. В контексте личной проблемы люди с ограниченными возможностями рассматриваются как взаимосвязь между

человеком и его недугом [2]. Согласно медицинской модели, инвалидность – это медицинская патология, то чем отличаются люди с ограниченными возможностями от здоровых людей, а проблемы инвалида – следствие патологии. В случае, когда инвалидность рассматривается, как социальная модель, то в центре внимания находится взаимосвязь между инвалидом, окружающим его обществом и средой. Инвалидность понимается, как следствие того, что социальные условия сужают возможности самореализации индивидов (социальная организация, психологический климат, общественная мораль). Таким образом, люди с ограниченными возможностями рассматриваются, скорее как притесняемая группа, чем аномальная. Согласно данной модели, суть проблемы инвалидности, в неравенстве возможностей при провозглашённом равенстве прав. И суть социальной работы – это социальная реабилитация людей с ограниченными возможностями, в осознании ими неотъемлемых прав человека.

Данный подход является основополагающим в развитии и реализации социальной реабилитации в России и за рубежом. Зарубежный опыт включает американскую и европейскую модель. В Соединённых Штатах Америки людей с ограниченными возможностями поддерживают с помощью специализированных фондов и организаций, которые предоставляют инвалидам услуги. Адаптационная подготовка, помогает инвалиду приспособиться к своему состоянию, которое возникло вследствие недуга [4]. Также учат пользоваться различными техническими средствами, которые предусмотрены для данной категории населения. К адаптационной подготовке привлекаются члены семьи инвалида. Цель – обеспечить психологическую и самостоятельную самодеятельность, укрепить дееспособность инвалида; адаптационная подготовка помогает обеспечить дальнейшее трудоустройство и укрепить стремление инвалида, имея тот или иной недуг, приспособиться к работе и достичь в ней успеха [5]. За рубежом инвалидам помогают в обустройстве жилья, создаются условия для нормального и независимого быта, самообслуживания. Оказывают транспортные услуги, когда социальные службы доставляют человека с ограниченными возможностями на работу, в учебное заведение или на общественные мероприятия. Выплачивают специальные компенсации и пособия. В Великобритании социальные службы мобилизуют все возможности, для того, чтобы помочь инвалидам комфортно жить дома. А те, кому нужна дополнительная поддержка в дневное время, могут посещать дневной стационар. Также существуют центры подготовки взрослых, где есть рабочие места для людей с ограниченными возможностями (от простой сборки компонентов и рукоделия до более сложных процессов, где могут использоваться электроинструменты). Трудотерапия является одним из перспективных направлений работы людей с ограниченными возможностями. Главная цель – коррекция физического и психологического состояний инвалидов посредством специфической трудовой деятельности, для оказания помощи и достижения их независимости во всех аспектах повседневной жизнедеятельности [7].

**Гипотеза исследования:** предположение о том, что у лиц с ограниченными возможностями в результате социокультурной реабилитации показатели качества жизни, тревоги, депрессии, эмоционального компонента субъективного

благополучия и уровень психоэмоционального состояния будут выше, чем до проведения социокультурной реабилитации.

В данном исследовании выборку составили лица с ограниченными возможностями, находящиеся в Областном центре социокультурной реабилитации инвалидов (ЦСКР) с февраля по апрель 2017 года - 30 человек (7 мужчин и 23 женщин); средний возраст 51,1 год. В качестве стратегии формирования выборки использовалась рандомизация – случайный отбор людей с ограниченными возможностями, которые только поступили в ЦСКР и еще не получили оздоровительных и социально-реабилитационных мер. Для диагностики здоровья лиц с ограниченными возможностями была использована методика «Ноттингемский профиль здоровья»; для диагностики уровня тревоги и депрессии, как показателя внутреннего состояния в данный момент, использована методика «Госпитальная шкала тревоги и депрессии». Уровень субъективного благополучия изучался по шкале субъективного благополучия, которая направлена на изучение уровня эмоционального компонента субъективного благополучия.

Проективная методика цветового теста Люшера направлена на изучение психоэмоционального состояния. Нами была выявлена группа лиц с ограниченными возможностями с более высокими показателями по используемым методикам, и было принято решение провести с ними психокоррекционную работу. Данная группа состояла из 15 респондентов и обозначена как контрольная. В основную группу включены также 15 лиц с более благоприятной картиной, по результатам первичного психологического исследования. Анализ спектра нарушений, позволяющих отнести этих людей в категорию лиц с ограниченными возможностями здоровья, не выявил особых различий в нозологиях: сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хронический нефрит, заболевания эндокринной системы. Таким образом, мы можем сделать предварительный вывод, что различий, влияющих на физическую активность, не обнаружено.

Поскольку социальная адаптация у лиц с ограниченными возможностями здоровья часто сопровождается нарушениями в виде повышенной тревожности и наличием депрессивных симптомов, то на следующем этапе работы с лицами с ограниченными возможностями был проведен адаптивный тренинг. Целями данного тренинга были: снятие внутреннего психологического и физического напряжения, трансформация отрицательных переживаний в положительное эмоциональное состояние. Критерием включения в терапевтическую группу было наличие высоких показателей по двум и более методикам.

В результате исследования методики Ноттингемский профиль здоровья было выявлено, что по параметру «энергичность» средние показатели выше нормы как в группе до социокультурной реабилитации ( $43,2 \pm 9,5$ ), так и после социокультурной реабилитации ( $33,2 \pm 8,1$ ). По параметру «болевы́е ощущения» средние показатели выше нормы как в группе до социокультурной реабилитации ( $46,1 \pm 13,1$ ), так и после социокультурной реабилитации ( $43,1 \pm 10,5$ ). По параметру «социальная изоляция» средние показатели выше нормы как в группе до социокультурной реабилитации ( $34 \pm 16,4$ ), так и после социокультурной реабилитации ( $32,2 \pm 14,1$ ). По параметру «физическая активность» средние показатели выше нормы как в

группе до социокультурной реабилитации ( $41,6 \pm 19,2$ ), так и после социокультурной реабилитации ( $38,4 \pm 18,4$ ). По параметру «эмоциональные реакции» средние показатели выше нормы как в группе до социокультурной реабилитации ( $33,1 \pm 10,1$ ), так и после социокультурной реабилитации ( $32,4 \pm 8,1$ ). По параметру «сон» средние показатели выше нормы как в группе до социокультурной реабилитации ( $49,9 \pm 14,9$ ), так и после социокультурной реабилитации ( $45,1 \pm 10,2$ ). Сравнительный анализ средних значений показал, что при использовании U-критерия Манна-Уитни есть достоверные различия ( $p=0,022$ ) показателя самоприятия в исследуемых группах. Таким образом, полученные высокие данные связаны с наличием инвалидности и пожилым возрастом, а значит с высокими показателями болевых ощущений, физической активности, энергичности, эмоциональных реакций и сна.

На следующем этапе была проведена диагностика уровня тревожности и депрессии. Нами выявлено, что по шкале «тревога» обнаружены умеренные средние значения как в группе до социокультурной реабилитации ( $8,4 \pm 4,3$ ), так и после социокультурной реабилитации. По шкале «депрессия» обнаружены низкие средние значения как в группе до социокультурной реабилитации ( $6,5 \pm 3,3$ ), так и после социокультурной реабилитации ( $6 \pm 1,8$ ). Сравнительный анализ средних значений показал, что при использовании U-критерия Манна-Уитни между ситуативной тревожностью в обеих исследуемых группах выявлена тенденция к значимым различиям ( $p=0,018$ ). При детальном анализе результатов было выявлено, что по шкале «тревога» в группе до социокультурной реабилитации отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги имеет 13 человек (43%), после социокультурной реабилитации отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги обнаружено у 15 человек (50%). До социокультурной реабилитации субклинически выраженная тревога отмечается у шести человек (20%), после социокультурной реабилитации – у 11 человек (37%). Клинически выраженная тревога до социокультурной реабилитации обнаружена у 11 человек (37%), после социокультурной реабилитации – у 4 человек (13%). При детальном анализе результатов было выявлено, что по шкале «депрессия» в группе до социокультурной реабилитации отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии отмечалось у 15 человек (50%), после социокультурной реабилитации – у 16 человек (53%), до социокультурной реабилитации субклинически выраженная депрессия диагностирована у восьми человек (26%), после социокультурной реабилитации – у 7 человек (23%). Клинически выраженная депрессия до социокультурной реабилитации обнаружена у 8 человек (26%), после социокультурной реабилитации – у 6 человек (20%).

В результате исследования субъективного благополучия была выявлена следующая картина: по шкале субъективного благополучия в группе до социокультурной реабилитации полный эмоциональный дискомфорт выявлен у 7 человек (23%), после социокультурной реабилитации – у 4 человек (13%), до социокультурной реабилитации удовлетворительное субъективное благополучие выявлено у 22 человек (73%), после социокультурной реабилитации – у 25 человек (83%), до социокультурной реабилитации полное субъективное благополучие выявлено у 1 респондента (3%), после социокультурной реабилитации – так же у 1

респондента (3%). Таким образом, результаты данной методики показали, что полной удовлетворенностью жизни обладает всего лишь один человек, что говорит о полном эмоциональном благополучии, несмотря на тяжелое заболевание и ограниченность здоровья, отсутствии серьезных психологических проблем и склонности высказывать жалобы на тяжелое заболевание, наличии адекватной самооценки, уверенности в своих способностях. Больше всего лиц, у которых низкая выраженность качества жизни; они характеризуются умеренным субъективным благополучием; серьезные проблемы отсутствуют, но и о полном эмоциональном комфорте говорить нельзя. Оценки, отклоняющиеся в сторону субъективного неблагополучия, характерны для лиц, которые склонны к депрессии, тревоге, пессимистичны, зависимы, замкнуты, плохо переносят стрессовые ситуации.

В результате исследования психоэмоционального состояния был подсчитан коэффициент вегетативного тонуса. Нами использовался баланс суммы рангов основных четырех цветов теста Люшера, которые характеризуют вегетативно-эмоциональное состояние обследуемого. Эрготропный баланс до социокультурной реабилитации превышал значения нормы (0,9-1,1) и составлял 1,4, а после социокультурной реабилитации – 0,25. Трофотропный баланс до социокультурной реабилитации был ниже нормативного (0,9-1,1) и составлял 0,22, а после социокультурной реабилитации – 0,25. Сравнительный анализ средних значений показал, что при использовании U-критерия Манна-Уитни есть тенденция ( $p=0,05$ ) к значимости различий показателя самопрития в исследуемых группах. Таким образом, у лиц с ограниченными возможностями до социокультурной реабилитации преобладает эрготрофный баланс, что говорит о повышенной возбудимости и преобладания возбуждения симпатической нервной системы, которая обеспечивает мобилизацию имеющихся у организма ресурсов для выполнения срочной работы, а также символизирует повышенную тревогу. После социокультурной реабилитации эрготрофный баланс незначительно снизился. Трофотропный баланс преобладает в меньшей степени как до, так и после социокультурной реабилитации; данный баланс отвечает за синтез клеточных структур и восстановительных процессов.

### **Выводы:**

1. В результате исследования качества жизни у лиц с ограниченными возможностями до социокультурной реабилитации получен низкий уровень показателей качества жизни, который остался таким же низким после социокультурной реабилитации.

2. При изучении уровня тревоги и депрессии у лиц с ограниченными возможностями до и после социокультурной реабилитации получен высокий уровень тревоги и средний уровень депрессии. Это может быть связано с тем, что люди с ограниченными возможностями частично адаптировались к своему заболеванию, поэтому получены средние значения уровня депрессии.

3. При исследовании уровня эмоционального компонента субъективного благополучия у лиц с ограниченными возможностями получены высокие показатели как до, так и после социокультурной реабилитации.

4. При анализе психологического состояния у лиц с ограниченными возможностями до и после социокультурной реабилитации получен высокий уровень эрготопного баланса, который характеризуется повышенной возбудимостью и преобладанием возбуждения симпатической нервной системы и низкий уровень трофотропного баланса, который отвечает за синтез клеточных структур и восстановительных процессов.

## Литература

1. Буравцова Н.В. Особенности проявления личностных расстройств у юношей призывного возраста /Буравцова Н.В., Сычева Т.Ю., Маршируева И.Б. // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2017. №4-2 (58). С.154-156.
2. Овчинников А.А. Особенности психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов с сахарным диабетом [Электронный ресурс] / А.А. Овчинников, А.Н. Султанова, А.Р. Якупова // *Медицина и образование в Сибири: сетевое научное издание*. – 2016. – № 3.
3. Amir M. *The World Health Organization quality of life assess-ment* // *Europ. Psychiat*. 2012. – Vol. 9, Suppl. 1. – P. 68.
4. Blundell M., Vickerman Ph. *Hearing the voices of disabled students in higher education* // *Disability & Society*. 2010. Vol. 25, №. 1. P. 21–32.
5. Brandt S. *From Policy to Practice in Higher Education: The experiences of disabled students in Norway* // *International Journal of Disability, Development and Education*. 2011. Vol. 58, №. 2. P. 109–119.
6. Fellinghauer B., Reinhardt J.D., Stucki G., Bickenbach J. *Explaining the disability paradox: A cross-sectional analysis of the Swiss general population*. *BMC Public Health*.2012; 12:655.
7. Gardelli A. «I know, I can, I will try»: youths and adults with intellectual disabilities in Sweden using information and communication technology in their everyday life // *Disability & Society*. 2013. Vol. 28. №.1. P. 28.
8. Hosain G.M., Atkinson D., Underwood P. *Impact of disability on quality of life of rural disabled people in Bangladesh*. *J Health Popul. Nutr*. 2002; 20:297–305.
9. Ganesh K.S., Das A., Shashi J.S. *Epidemiology of disability in a rural community of Karnataka*. *Indian J Public Health*.2008; 52:125–9.
10. Hairi N.N., Bulgiba A., Cumming R.G., Naganathan V., Mudra I. *Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country*. *BMC Public Health*. 2010; 10:492.
11. Srivastava D.K., Pandey S., Pandey R., Shah H. *Prevalence of physical disability in rural population of District Mau of Uttar Pradesh, India during May 2007*. *Glob J Med Public Health*. 2012; 1:1–9.

## **К вопросу о психосоциальной реабилитации больных шизофренией в условиях медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы**

Палин А.В.<sup>1</sup>, Семенова Н.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им П.Б. Ганнушкина»

<sup>2</sup> Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»  
Москва

В последние десятилетия произошли большие изменения в психиатрической помощи в целом, а также в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации психически больных [1]. Реабилитационные технологии все более внедряются в практику психиатрических учреждений. О том, как развивалась система реабилитации психически больных в стране за последние двадцать лет – в своем ретроспективном анализе показал О.В. Лиманкин (2012), указав также и на дискуссионные вопросы и проблемы, связанные с внедрением в практику психиатрических учреждений психосоциальных технологий нового поколения (полипрофессиональное обслуживание, оценка эффективности реабилитации, обучение персонала учреждений, регламентация деятельности реабилитационных служб) [3].

Новые условия требуют и новых подходов. Психиатрическая реабилитация – это некая открытая система, постоянно развивающаяся область. Содержание реабилитации меняется, меняется и вектор прилагаемых усилий, однако неизменной остается ее суть – восстановление нарушенных в результате болезни личностных ресурсов больного [1]. Этот тезис особенно усиливается в связи с появлением новых специализированных организационных форм оказания психиатрической помощи – медико-реабилитационных отделений (МРО).

Реорганизация, проведенная 16 апреля 2012 г. в ГБУЗ г. Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им П.Б. Ганнушкина», одним из результатов имела – присоединение к больнице четырех психоневрологических диспансеров, а также прикрепление пациентов двух административных округов г. Москвы (Северного и Северо-Западного) и города Зеленограда. Все это существенным образом расширило сферу деятельности больницы и персонала: реабилитация пациентов на всех этапах оказания психиатрической помощи стала одной из основных задач учреждения.

В соответствии с положениями Приказа № 566 Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 г. о «Порядке оказания психиатрической помощи» [6] в больнице было создано медико-реабилитационное отделение. В процессе своего становления, как часть системы реабилитации, данное отделение получило и современное методическое оснащение. Оно обеспечивалось многолетней связью больницы им П.Б. Ганнушкина с Московским НИИ психиатрии.

В нашей недавней публикации [4] мы описывали структурные и функциональные характеристики МРО, типовые проблемы и перспективы развития его деятельности, приводили характеристики пациентов, задействованных в программах психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, а также описывали штат отделения, всецело соответствующий требованиям, приведенным в «Порядке оказания психиатрической помощи».

В настоящей публикации мы поделимся своими размышлениями на предмет дальнейшей перспективы развития деятельности МРО. На наш взгляд, для дальнейшего развития психосоциальной реабилитации более широкого освоения реабилитационных технологий в условиях МРО необходимо придерживаться следующих линий работы: 1) обращение к биопсихосоциальной модели шизофрении – при правильной расстановке акцентов; 2) фокусировка на мотивационных факторах при освоении реабилитационных технологий; 3) развитие индивидуализированных вмешательств.

### **Обращение к биопсихосоциальной модели шизофрении – при правильной расстановке акцентов.**

МРО пронизывает все звенья организации психиатрической помощи (стационар, дневной стационар, ПНД). Это позволяет реализовать принцип преемственности реабилитационных усилий, дает возможность ротации кадров и поддержки всех подразделений кадрами и разными видами реабилитации. В ходе оказания помощи осуществляется полипрофессиональный бригадный подход, предполагающий постоянное взаимодействие и совместную работу специалистов: врача-психиатра, врача-психотерапевта, медицинского психолога, социального работника, а также ведущих студий и клубов. Междисциплинарное и межведомственное сотрудничество, сотрудничество с другими отделениями психиатрической больницы, а также с Общероссийской общественной организацией инвалидов, страдающих психическими расстройствами, и их родственников «Новые возможности», – все это позволяет включить в реабилитационный процесс и более широкий круг мероприятий (выставки, концерты, фестивали).

Вместе с тем, уже становится очевидным, что существовавшие ранее программы реабилитации для разных контингентов психически больных, хоть и важны, но на сегодняшний день явно недостаточны. Особенно если речь идет о больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Действительно, биопсихосоциальная модель шизофрении принята эвристически как полезная рамка для исследования причин, клинического течения, а также для развития терапевтических вмешательств. Однако при воплощении в практику данного подхода мы наблюдаем не всегда оправданный «перекос» в сторону биологических методов лечения шизофрении. При этом психосоциальные факторы, вносящие вклад в становление и развитие данного заболевания, в формирование рецидивов и т.п., либо вовсе остаются без должного внимания, либо понимаются весьма поверхностно и упрощенно. Мы всецело разделяем позицию А.П. Коцюбинского с соавт. [2] о том, что при обращении к биопсихосоциальной модели шизофрении часто можно видеть неправильную расстановку акцентов.



В работе по развитию МРО недопустим такой «перекос» в сторону биологических методов лечения шизофрении, и, в связи с вышесказанным, нами планируется движение в направлении развития реабилитации, базирующейся на доказательной медицине, с использованием преимущественно групповых, структурированных и определенным образом направленных психосоциальных воздействий – отличающихся от методов, дающих пациенту лишь поддержку, некоторое психологическое сопровождение и общую активизацию. А именно в этом состоит поверхностное и упрощенное понимание психосоциальных воздействий, когда во главу угла ставятся биологические методы лечения.

Сказанное не означает отрыва от собственно медицинских задач, ухода в сторону от медико-реабилитационного направления. Именно поэтому оптимальный выбор направления работы отделения предполагает – введение и использование таких «врачебных» модулей как формирование и повышение комплаенса (мотивации к аккуратному и длительному приему фармакотерапии), распознавание ранних (сигнальных) признаков начинающегося обострения [5, 7]. Все это работает на «сближение» врачей отделения, а самих пациентов нацеливает на решение этих первостепенных в плане преемственности оказания помощи (стационар, дневной стационар, ПНД) задач. При нарушении такой преемственности по параметру «комплаенс» возможно обострение, а значит – и срыв реабилитационных усилий.

#### **Фокусировка на мотивационных факторах при освоении реабилитационных технологий.**

Истожающиеся в результате болезни ресурсы личности, а также дефицит мотивации, – все это играет особую роль в развитии психопатологии при шизофрении. Еще Э. Крепелин затрагивал вопросы взаимодействия и «пересечения» мотивационных и когнитивных факторов при шизофрении, говорил о негативной симптоматике, решающим образом связанной с изменениями мотивационной сферы.

Биологические исследования шизофрении набирают обороты, используются все более сложные, наукоемкие технологии и оригинальные методики, направленные на поиск биомаркеров шизофрении. Однако когда речь идет о мотивации больного, данные исследований показывают, что всё многообразие проявлений ее нарушений не обеспечивается единым биологическим фактором [11, 15]. Мотивация при шизофрении – сложное системное образование с рядом составляющих, отражающих целевые, регуляторные, копинговые, поведенческие и когнитивные характеристики – связанные между собой и выполняющие функции побуждения, направления и регуляции деятельности пациента [8, 17].

В настоящее время принято даже говорить о новых целях терапии шизофрении как о воздействии на «внутреннюю мотивацию» пациента – в контексте именно персонализированного лечения при осуществлении самых разных вмешательств, и прежде всего – обучающих, например, когнитивной ремедиации [13, 15].

С увеличением стажа заболевания происходит ослабление и угасание у пациента мотивации к социальному восстановлению – что есть регулярно фиксируемый психиатрами факт. Поэтому мы разделяем мнение ведущих

психиатров о том, что на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса нужны специальные вмешательства, формирующие мотивацию пациента к реабилитации [1]. Нарботки по мотивации в контексте лечебного и реабилитационного процессов имеются и в зарубежной, и в отечественной психиатрии [9]. Все это имеет большой потенциал в плане практической реализации, когда в условиях МРО осуществляется правильное сочетание факторов внешней и внутренней мотивации, обеспечивается возможность для их взаимно подкрепляющего действия. Действительно, мотивация – это продукт сложного взаимодействия физиологических и социальных контекстуальных детерминант [15]. «Социальный контекст» в данном случае – это, прежде всего, внешний вид, психологический климат и общая атмосфера отделения МРО.

Организационно, процедура оказания помощи больным выглядит следующим образом. Заявка от лечащего врача поступает в МРО. Далее определяется тип запроса и производится распределение между отделами МРО: диагностическим подразделением (осуществляющим экспериментально-психологическое исследование, заполняющим лист психологического сопровождения и выдающим заключение) и реабилитационным подразделением (проводящим групповую и индивидуальную работу, оценивающим динамику состояния пациента и выдающим заключение по психосоциальной реабилитации). В связи с вышесказанным, задача диагностического подразделения – выявить относительно сохраненные психологические личностные и средовые ресурсы для совладания с болезнью – как опоры для последующих мотивационных воздействий – в различных клинических (проблемных) группах больных: больные на начальном этапе шизофрении; больные с частыми госпитализациями; больные с неустойчивой трудовой адаптацией; одинокие больные шизофренией и др. Кроме того, на данном диагностическом этапе уже можно выделить группы повышенного риска среди больных в плане ослабления и утраты мотивации к социальному восстановлению, в плане формирования негативных установок на психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию. Таким образом, проблема оптимизации лечения в условиях МРО предполагает обязательную опору на фактор мотивации пациента.

### **Развитие индивидуализированных вмешательств.**

Необходимость развивать реабилитацию в рамках доказательной медицины с использованием преимущественно групповых, структурированных и определенным образом направленных психосоциальных воздействий, отнюдь не отменяет задачи развивать индивидуализированные вмешательства. Речь идет о том, чтобы, осуществляя более фокусированные вмешательства, четко ответить на вопрос, что именно данное вмешательство может сделать для данного конкретного пациента.

Согласно современным международным тенденциям, любые психосоциальные подходы считаются эффективными, когда они индивидуализированы, и когда во главу угла ставятся интересы пациента в плане его личностно-социального восстановления. Это касается, прежде всего, современной модели когнитивной реабилитации [10, 12, 14, 16].

Развитие индивидуализированных вмешательств – в чем-то сродни идеям, высказываемым известным психиатром, van Osetal [18], о «контекстуальном точном диагнозе» как индивидуализированном подходе, базирующемся на сугубо индивидуальных вариациях симптомов в их связи с повседневными жизненными событиями пациента. Здесь сотрудничество с врачом, когда сам пациент активно вовлечен в процесс сбора и интерпретации данных. Контекстный точный диагноз сосредоточен на конкретном пациенте и противостоит устаревшим терапевтическим подходам, в нем учитывается и поведение пациента, и воздействие изменившихся внешних факторов. В нашем случае следовало бы говорить о «контекстуальном точном психосоциальном реабилитационном подходе».

Развитие МРО предполагает и изменение организационной модели. На момент формирования отделения процедура оказания помощи была одной, в русле новой организационной модели и в порядке освоения новых форм реабилитационной работы – в процедуру оказания помощи, наряду с имеющимися, будут включены соответственно новые формы психосоциальной реабилитации. Задачи диагностического подразделения будут расширены за счет включения в экспериментально-психологическое исследование методик определения когнитивного дефицита (нейро-когнитивного и социального). Подготовка кадров и освоение методик проводится в сотрудничестве со специалистами Московского НИИ психиатрии. Задачи реабилитационного подразделения будут также расширены за счет внедрения новых модулей: формирование и повышение комплаенса (мотивации к аккуратному и длительному приему терапии), распознавание ранних (сигнальных) признаков начинающегося обострения, метакогнитивный тренинг, социальные и коммуникативные навыки, мотивация к реабилитации.

Современная психосоциальная терапия и реабилитация – опирается на научные исследования [19, 20]. Имеются данные об эффективности тех или иных реабилитационных воздействий на разных этапах течения болезни и на разных этапах оказания психиатрической помощи. Именно психосоциальная, в том числе, когнитивная терапия и реабилитация по соответствующим модулям [5, 7] – становится в настоящее время основным содержанием работы специалистов медико-реабилитационных отделений. Среди данных модулей – модуль формирования мотивации к реабилитации [9], который очень важен, поскольку, как уже было сказано, мотивация к реабилитации с течением болезни и по мере длительности пребывания пациента на инвалидности склонна к угасанию.

Каждый модуль ведет специалист: врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог и т.д. В перспективе планируется сделать 5 постоянно действующих модулей, за каждый из которых будут отвечать по 2 специалиста, чтобы обеспечить тем самым взаимозаменяемость. Предполагаемая последовательность модулей, которые осваивают пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, такова: от мотивации к реабилитации – к метакогнитивному тренингу – а затем, к так называемым «врачебным» психообразовательным модулям: формирование и повышение комплаенса, распознавание ранних признаков обострения, профилактика повторных

госпитализаций. Так обеспечивается решение последовательно стоящих задач, первой из которых стоит задача восстановления когнитивных функций больного. Второй задачей является восстановление социальных ролей больного, способствующих его продвижению на иной, более высокий уровень адаптации. При этом модули не подменяются терапией занятостью, а разумно сочетаются с ней. Поэтому в качестве третьей задачи – планируется сочетание работы по модулям с другими реабилитационными мероприятиями по типу терапии занятостью (ИЗО студия, музыкальная студия и т.п.). На новом уровне функционирования и качества жизни сам больной уже более мотивирован к кружковой работе и другим формам погружения в социальную сферу (например, посещение музыкальной и ИЗО студии). Это позволяет осуществить генерализацию приобретенных на психосоциальных модулях навыков и умений. При наблюдении за работой пациентов по модулям и в ходе других реабилитационных мероприятий важно оценить, восстанавливаются и удерживаются ли навыки. Если навыки не восстановились, то работу по всем модулям пациент проходит повторно.

При накоплении достаточного количества пациентов, работающих по модулям новой организационной модели реабилитационной работы, можно будет подвести итог, суть которого – реабилитационный эффект, достигнутый посредством организационных изменений и освоения психосоциальных реабилитационных технологий нового поколения.

## Литература

1. Гурович И.Я. Направления совершенствования психиатрической помощи // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2014. – 24, 1, 5-9.
2. Коцюбинский А.П., Еричев А.Н., Клайман В.О., Шмонина О.Д. Биопсихосоциальная модель шизофрении и ранние неадаптивные схемы. Часть 1. Уязвимость-диатез-стресс // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2016. – №. 2. – С. 3-7.
3. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2012. – Т. 22. – №. 3.
4. Палин А.В., Нарышкин А.В., Папсуев О.О. Медико-реабилитационное отделение в системе психиатрической помощи: Совершенствование структуры и содержания работы // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2015. – Т. 25. – №. 4.
5. Папсуев О.О., Мовина Л.Г., Семенова Н.Д. и соавт. Комплексный подход к социально-когнитивным вмешательствам при работе с больными шизофренией // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2015. – 25, 1, 36-44.
6. Приказ от 17 мая 2012 года. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. - 58 с.
7. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: Практическое руководство / Под ред. И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2014.
8. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: Современные тенденции // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2007. – 4, 78-86.

9. Семенова Н.Д., Гурович И.Я. Модуль формирования мотивации к реабилитации в условиях медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, 4, 31-37.
10. Cella M., Reeder C., Wykes T. Group cognitive remediation for schizophrenia: Exploring the role of therapist support and metacognition // *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 2016. – Т. 89. – №. 1. – С. 1-14.
11. Fervaha G., Foussias G., Agid O., Remington G. (2015). Motivational deficits in early schizophrenia: Prevalent, persistent, and key determinants of functional outcome. *Schizophrenia Research*, 166, 1-3, 9-16.
12. Johns L.C. et al. The feasibility and acceptability of a brief Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: the 'ACT for life' study // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 2016. – Т. 50. – С. 257-263.
13. Medalia A. et al. Personalised treatment for cognitive dysfunction in individuals with schizophrenia spectrum disorders // *Neuropsychological Rehabilitation*. – 2016. – С. 1-12.
14. Medalia A., Saperstein A. M. Cognitive Remediation in a Residential Rehabilitation Setting // *Psychiatric Annals*. – 2015. – Т. 45. – №. 3. – С. 126-130.
15. Saperstein A. M., Medalia A. The role of motivation in cognitive remediation for people with schizophrenia // *Behavioral Neuroscience of Motivation*. – Springer International Publishing, 2015. – С. 533-546.
16. Semenova N. Brief Assessment of Cognition and Cognitive Remediation in Schizophrenia: Implications for Psychoeducation // *Early Intervention in Psychiatry*. – 111 River St, Hoboken 07030-5774, NJ USA : Wiley-Blackwell, 2016. – Т. 10. – С. 194-194.
17. Smieskova R., Roiser J.P., Chaddock C.A., Schmidt A., Harrisberger F., Bendfeldt K., Simon A., Walter A., Fusar-Poli P., McGuire P.K., Lang U.E., Riecher-Rössler A., Borgwardt S. (2015). Modulation of motivational salience processing during the early stages of psychosis. *Schizophrenia Research*, 166, 1-3, 17-23.
18. Van Os J. et al. Psychiatry beyond labels: introducing contextual precision diagnosis across stages of psychopathology // *Psychological Medicine*. – 2013. – Т. 43. – №. 07. – С. 1563-1567.
19. Wykes T. Cognitive-behaviour therapy and schizophrenia // *Evidence Based Mental Health*. – 2014. – Т. 17. – №. 3. – С. 67-68.
20. Wykes T., Huddy V., Cellard C., McGurk S.R., Czobor P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia. // *American Journal of Psychiatry*, 23, 41–46.

## Особенности пресуицидального периода в структуре психических заболеваний у лиц пожилого возраста

Полякова А.И., Решедько Л.А.

Смоленский государственный медицинский университет  
Смоленск

**Введение.** Суицидальное поведение является одной из значимых проблем, как в медицинской, так и в социально-экономической областях. По данным ВОЗ, в 2012 г. в мире число смертей от самоубийств составило, в среднем, 11,4 на 100 тыс. населения. В 2014 г. каждые 40 секунд совершался суицид, а суицидальные попытки совершались во много раз чаще. Однако, с учётом сложностей регистрации суицидов и суицидальных попыток, вероятно, что эти цифры являются заниженными [10]. Значимыми при распределении не только самоубийств, но и покушений на самоубийство оказываются половозрастные характеристики суицидентов [6-10]. Несмотря на то, что основной пик самоубийств приходится на людей зрелого возраста, высока частота самоубийств и среди лиц в возрасте 70 лет и старше – как среди мужчин, так и среди женщин, и составляет 50% и 71% всех смертей от насильственных причин для мужчин и женщин соответственно [5].

Российская Федерация входит в число стран с наиболее неблагоприятной суицидологической ситуацией. Если в начале 1990-х гг. количество самоубийств в России составляло 26 на 100 тыс. населения, то к концу 2000 г. составило уже 39,3. Затем индекс стал снижаться, и составлял 32 в 2005 г., 30 в 2006 и 29 в 2007 г. [6]. Интенсивный показатель смертности от суицидов в г. Смоленске в 1994-1995 гг. составлял 38 на 100 тыс. населения, а к концу 2005 г. снизился до 32. Количество суицидальных попыток превысило это число почти в 6 раз [9].

Суицидальная попытка является существенным фактором риска рецидива суицидального поведения, который высок в первый год (и особенно в первые 6 месяцев) после попытки, а каждая 10-ая попытка заканчивается летальным исходом. [4]. По данным Ганнелл и Френкел, риск повторной суицидальной попытки в 20-30 раз выше в первый год после первой [3].

За последние десятилетия в мире отмечается увеличение количества людей пожилого возраста. По оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше насчитывало в 2000 г. 600 млн. человек, что почти втрое превышало численность этой возрастной группы в 1950 г. (205 млн. человек). В 2009 г. она превысила 737 млн. человек, а к 2050 г. составит более 2 млрд. человек, ещё раз утроившись за период времени в 50 лет. В 2009 г. удельный вес населения 60 лет и старше в среднем по миру составлял 10,8%. По данным Всероссийской переписи населения 2010 г., в России проживало 47,5 млн. чел. в возрасте 50 лет и старше, из которых 61% составляли женщины. С 2002 по 2010 г. общая численность пожилых в этой возрастной группе увеличилась на 5,3 млн. человек, а их доля в общей численности населения повысилась на 4% для мужчин и на 5% для женщин.

Уровень самоубийств среди людей пожилого и старческого возраста, приблизительно, в три раза выше, чем среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. Эта тенденция характерна для обоих полов, но более выражена у мужчин [2]. По данным ВОЗ на 2012 г., количество лиц пожилого возраста в странах с низким и средним уровнем дохода, покончивших жизнь самоубийством, составило около 6,2% человек в возрасте 55 лет, около 5% человек в возрасте 70 лет. Среди лиц в возрасте от 55 до 65 лет показатель составлял 6,2% и 5,9% соответственно, а в возрастном периоде от 65 до 70 лет составлял около 5,2%. Среди лиц пожилого возраста от 70 до 75 лет, показатель снижался до 3,7% человек. Количество суицидальных попыток превышает эти цифры в 15-20 раз [5]. Поздний возраст – это время утрат: социального статуса, близких людей, соматического здоровья [1]. Пожилые люди более чувствительны и ранимы, у них легче наступает дезорганизация нервной деятельности, вследствие чего снижаются адаптивные возможности. Присоединение депрессивных расстройств у лиц пожилого возраста определяет значительную суицидальную активность с высокой степенью летальности [9].

Важным для профилактики возникновения и рецидивов суицидального поведения является отслеживание пассивных суицидальных мыслей, суицидальных замыслов и намерений совершить самоубийство. О наличии этих компонентов пресуицидального периода могут свидетельствовать как прямые признаки, такие как заявления или демонстрация готовности покончить жизнь самоубийством, так и косвенные – различные предсмертные приготовления, отказ от еды, приема лекарств, намеренное избегание общества, девиантное или деликвентное поведение.

Учитывая особенности аффективных расстройств в этом возрасте, сопровождающихся частыми и яркими антивитальными переживаниями, вышесказанное диктует необходимость дальнейшего изучения проблемы суицидального поведения в пожилом возрасте, а именно критического периода суицидогенеза – пресуицидального периода, в который наиболее важно медицинское вмешательство для предотвращения потенциальных попыток самоубийства.

**Целью исследования** является совершенствование оказания психиатрической помощи пациентам геронтопсихиатрического стационара, обнаруживающим суицидальное поведение при различных нозологических формах психической патологии.

**Материалы и методы исследования.** Для этого в ходе исследования изучались суицидальные попытки, совершенные лицами пожилого возраста, а также предшествующие им суицидальные мысли, замыслы и намерения совершить самоубийство, вырабатывалась тактика ведения больных в постсуицидальном периоде, оптимизировались методы диагностики суицидального риска, разрабатывались меры профилактики суицидальных проявлений у обследуемых. Также, в рамках данного исследования изучались некоторые социально-психологические предпосылки возникновения внутренних форм суицидального поведения, определялись факторы, способствующие переходу от внутренних форм во внешние проявления суицидальности. Устанавливалась связь различных

суицидальных проявлений с соответствующим спектром психических расстройств, уточнялись наиболее суицидоопасные психопатологические синдромы в пожилом возрасте.

Осмотрено 88 пациентов в возрасте от 55 до 75 лет включительно, поступивших в Смоленскую областную клиническую психиатрическую больницу, согласившихся на участие в исследовании. Обследование проводилась в течение 48 ч после госпитализации, что соответствовало раннему постсуицидальному периоду (по А.Г. Амбрумовой).

Основную группу составили лица в возрасте от 55 до 75 лет (5 мужчин и 2 женщины), совершивших более одной попытки самоубийства. Группу сравнения (18 женщин и 19 мужчин) составили пациенты, которые поступили в психиатрический стационар в связи с впервые совершенной суицидальной попыткой или имевшие не более одной суицидальной попытки в анамнезе. Контрольную группу составили лица пожилого возраста, имеющие психическое заболевание без указаний на суицидальное поведение в анамнезе. Группы были сравнимы по полу, возрасту и нозологии. Определение «суицидальная попытка» соответствовало критериям ВОЗ (Bille-Brahe U., 1998). Не обследовались пациенты с выраженной деменцией и пациенты, суицидальное поведение которых было связано с бредом или галлюцинациями.

Нозологическая структура изучаемых групп была представлена по МКБ 10 и распределена в порядке убывания по частоте встречаемости: органические психические расстройства, синдром зависимости от алкоголя, аффективные расстройства, расстройства адаптации и шизофренического спектра.

Клинические методы исследования включали сбор анамнестических данных и описание психического статуса больного. Внутренние формы суицидального поведения оценивались по данным реконструкции пресуицидального периода больного, которые уточнялись у родственников, соседей и сожителей больного, а в отдельных случаях – у очевидцев суицидальной попытки. Стремление к реализации суицидальных мыслей и замыслов, уровень изоляции и вероятность прерывания суицидального акта, а также степень уверенности в летальности метода суицидальной попытки оценивались по шкале суицидальных интенций Пирса (Pierce Suicide Intent Scale, Pierce, D.W., 1977). Социальный статус больного оценивался на основании карты социального статуса больного и с помощью опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных [3]. Для верификации диагноза использовались инструментальные методы исследования (электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография). Медицинские данные больных уточнялись с помощью медицинских карт амбулаторных и стационарных больных, сопроводительных талонов бригад скорой помощи. Результаты обследования с помощью оценочных шкал регистрировались в специально разработанных картах клинко-психопатологического обследования суицидентов пожилого возраста.

При обработке материала, полученного в ходе исследования, использовались методы описательной статистики, методы статистического наблюдения. Все признаки, подлежащие изучению, измерены в номинальной шкале. Для статистического анализа признаков использовались абсолютные и относительные



показатели (проценты). Статистическая обработка проводилась при помощи электронных таблиц программы Microsoft Office EXCEL.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основную группу представили 71,4% мужчин и 28,6% женщин. Средний возраст в основной группе составил  $62 \pm 4,2$ , а в группе сравнения  $63,4 \pm 8,1$ . Группу с одной суицидальной попыткой в анамнезе составили 48,6% женщин и 51,4% мужчин.

Наличие алкогольного опьянения зарегистрировано у 25%, а 16% обследованных совершали суицидальную попытку в состоянии абстиненции. У 25% суицидентов в анамнезе имелся подтвержденный диагноз синдрома зависимости от алкоголя различной стадии.

Анализ медицинской документации и данные опроса позволили выявить клинически значимую сердечно-сосудистую патологию (в виде ишемической болезни сердца) у 63,6%, патологию дыхательной системы (обструктивные заболевания) у 45,5%, патологию пищеварительной системы (хронические гепатиты и панкреатиты) у 27,3%, заболевания органов зрения (глаукомы и катаракты) у 57%, а 84,1% обследуемых обнаруживалась клинически значимая патология нервной системы. У 68,2% изучаемого контингента обострения имеющихся соматических заболеваний сопровождаются болевым синдромом, который в 23,3% случаев совпадал с пресуицидальным периодом и вызывал суицидальные мысли. Нахождение больных в условиях стационара и прием антипсихотических препаратов, а также последствия перенесенной суицидальной попытки, зачастую приводили к ухудшению течения хронической соматической патологии, что вызвало или усиливало симптомы депрессии и приводило к рецидиву суицидального поведения.

Анализ шкалы суицидальных интенций Пирса позволил определить уровень суицидальных притязаний в пресуицидальный период. Несмотря на то, что низкие показатели уровня изоляции (34,1%) и высокая вероятность вмешательства в суицидальный акт выступают как косвенные признаки не истинности суицидальной настроенности, в 91% случаев суицидальные замыслы и намерения скрывались от окружающих, вплоть до самой попытки самоубийства, а в 66% случаев суицидальные действия носили импульсивный характер, совершались бытовыми подручными предметами и несли за собой тяжелые соматические последствия.

Наличие тревоги в пресуицидальный период выявлено у 75% обследованных пациентов, причем в основной группе показатель составляет 100%, что подтверждает клиническую роль тревожно-депрессивной симптоматики у психически больных с суицидальным поведением. Эти данные соответствуют мнению авторов, что ведущими суицидоопасными синдромами в позднем возрасте следует считать депрессивный, депрессивно-ипохондрический и депрессивно-параноидный [8], а наиболее суицидоопасный – тревожно-депрессивный [4, 5]. Другим суицидоопасным психопатологическим синдромом в пожилом можно считать психоорганический, в особенности, достигающий психопатоподобный уровень расстройств. Это объясняет выявленные органические расстройства личности у 86% основной группы, зато в группе сравнения показатель составляет всего 6%.

Доминирующими нозологиями в группе сравнения явились аффективные расстройства – 43,2%, из них органических аффективных – 69%, что подтверждает суицидальную опасность психоорганического синдрома в пожилом возрасте. Вышеизложенное указывает на необходимость психофармакотерапии и психокоррекции, в первую очередь, расстройств психопатоподобного уровня с непредсказуемым личностным реагированием на острые и конфликтные ситуации. С другой стороны, ввиду повышенного суицидального риска из-за совершенной попытки самоубийства, аффективные нарушения у суицидентов пожилого возраста с учетом особенностей структуры и течения депрессии, также должны быть своевременно продиагностированы и скорректированы психофармакотерапией для предотвращения рецидивов суицидального поведения.

Таким образом, основной стратегией предотвращения суицида среди пожилых людей является эффективное лечение личностных расстройств и депрессии с сочетанным использованием фармакологических и психологических методов [7].

Изучение способов суицидальных попыток выявило статически значимое ( $p < 0,005$ ) преобладание самопорезов различной локализации, как способа суицидальной попытки и составило 36,4%. В 75% случаев самопорезы наносились не только на предплечье, но еще и на бедра, колени и голени и сопровождалась сильными кровопотерями. Редко избирались самоутопление и самосожжение (соответственно по 2,3%). Промежуточные позиции заняли такие способы ухода из жизни, как самоотравления – 25%, самоповешения и самоудушения – 22,7%, а падения с высоты 11,4%. Характеристики суицидальной попытки зависели от особенностей пресуицидального периода. В случаях самоповешений, самоудушений и падений с высоты, пресуицидальный период был относительно короткий (от нескольких минут до 2-3 дней) и сопровождался выраженным аффективным напряжением, однако суициденты с такими попытками отличались низким уровнем суицидальных притязаний и благоприятными в отношении суицидального риска вариантами постсуицида. Суицидальный процесс с попытками самоотравлений и самопорезов напротив, отличался продолжительным пресуицидальным периодом, который в ряде случаев длился несколько лет, высоким уровнем суицидальных притязаний и вовлеченности в суицидальный процесс, и более чем в половине случаев был аффективно нейтральный.

Отдельного внимания заслуживают некоторые данные социального статуса суицидентов, уточненных в данном исследовании. Так, 86,4% обследованных больных, совершивших суицидальную попытку, отмечали сильное дезадаптирующее влияние неблагоприятного материального положения и неудовлетворительных бытовых условий на эмоциональное состояние. В контрольной группе показатель составил 29,5%. С позиции социологической теории суицидогенеза, группа суицидентов пожилого возраста отличается повышенным суицидальным риском, за счет низкого уровня социальной интеграции. 88,6% обследованных больных с суицидальной попыткой выделялись малым количеством социальных контактов (в ряде случаев их отсутствием), не участвовали и не посещали никаких общественных мероприятий, а круг интересов ограничивался просмотром телепередач и распитием спиртных напитков. Основная

группа также отличилась высокими показателями девиантных и деликвентных форм поведения. 71,4% имели судимости, в том числе по уголовным делам, а 28,6% имели более пяти судимостей.

**Заключение.** Таким образом, несмотря на то, что суицидальное поведение в пожилом возрасте встречается одинаково часто у мужчин и женщин, суицидальный риск значительно выше у мужчин и основан на особенностях пресуицидального периода у этой группы больных.

К факторам риска начала суицидального процесса можно отнести наличие тяжелой соматической патологии, а выраженный болевой синдром и состояние алкогольной абстиненции и опьянения могут явиться пусковыми механизмами формирования суицидальных замыслов и спровоцировать попытку самоубийства.

Высокие показатели органических аффективных и личностных расстройств среди изучаемого контингента больных выделяют спектр органических поражений головного мозга, как наиболее суицидоопасный в этом возрасте. Аффективные нарушения в пресуицидальный период несут как прямой суицидальный риск, обеспечивая фон суицидальной настроенности, так и опосредованный, маскируясь под различную соматическую патологию. В структуре аффективных нарушений, помимо симптомов депрессии, особое значение имеют симптомы тревоги. Последняя, в сочетании с чувством внутреннего напряжения и дискомфорта, нарастанием диссомнии, может явиться пусковым механизмом перехода внутренних форм суицидальности в суицидальный акт. Суицидальные попытки при тревожно-депрессивном синдроме отличаются жестокостью способов самоубийства, низкой степенью контроля суицидальных переживаний и быстрым нарастанием желания совершить суицидальный акт. Наличие тревоги, наряду с другими аффективными нарушениями, также выступает как наиболее суицидоопасный фактор в структуре синдрома алкогольной абстиненции.

Повышенный суицидальный риск у психически больных пожилого возраста коррелирует с высоким процентом наличия уверенности суицидентов в летальности способа самоубийства и желания совершить повторную суицидальную попытку.

Суицидальное поведение в пожилом возрасте также тесно связано с социальным статусом больных. Так, низкий уровень доходов, неблагоприятные бытовые условия, недостаточный уровень социальной интеграции создают конфликтные ситуации, требующие решения. При наличии негибкого мышления, характерного для этого возраста, выбираются наиболее примитивные способы решения проблем, посредством совершения суицидального акта.

Полученные данные позволяют улучшить профилактику и диагностику суицидального поведения в изученной возрастной группе, а также позволят более точно оценить суицидальный риск.

## **Литература**

1. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – Т. 6, №4. – С. 14-20.

2. Ваулин С.В., Алексеева М.В. Факторы, определяющие тактику и стратегию оказания помощи лицам, совершившим суицидальную попытку // *Психическое здоровье*. – 2009. – №7. – С. 21-28.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1998. – Т. 8., № 2. – С. 35–40.
4. Лапцкий М.А., Войцех В.Ф., Яковлева С.В., Ваулин С.В. Суицидальные отравления. Эпидемиологические и клиничко-токсикологические аспекты // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2004. – Т. 14, №1. – С. 28-33.
5. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Анализ качества оказания суицидологической помощи в сети специализированных психиатрических учреждений // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. – 2011. – №7. – С. 23-27.
6. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Оценка суицидального риска при госпитализации в психиатрический стационар // *Психическое здоровье*. – 2012. – №4. – С. 33-36.
7. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). – Смоленск: СГМА, 2012. – 256 с.
8. Guelfi G. D. *L'évolution clinique standardisee en psychiatrie, psychopathologie generale. Depression, anxiété et anxiodepression*. – Oxford (UK): Health Services Research Unit Oxford University, 1993. – 440 p.
9. Gunnell D, Frankel S. *Prevention of suicide: aspiration and evidence* // *British Medical Journal*. – 1994. – №308. – P. 1227–1233.
10. *Preventing suicide // A global imperative*. – Geneva: World Health Organization, 2014. – P 14-51.

## Диагноз в психоаналитической психотерапии

Пудиков И.В., Лемешко К.А.

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева»  
Москва

Различие точек приложения терапевтического воздействия психиатрии и психотерапии диктует разницу диагностического подхода в этих дисциплинах. Ещё в 1920-х гг. работа О. Фенихеля в берлинской психоаналитической поликлинике показала необходимость упорядочить представление о показаниях к психотерапевтическому лечению и модифицировать технику в зависимости от «уровня» проблем пациента [21]. Широкое распространение психоанализа, а в последующем и повсеместное подключение к финансированию терапевтической помощи страховых фондов (прежде всего, в ФРГ и США) показало целесообразность подобной практики. В Северной Америке и Западной Европе организация страховой помощи привела к усовершенствованию систем оценки состояния пациента [10]. Необходимость обсуждения терапевтических случаев в

профессиональных сообществах и в специализированной литературе явилась ещё одной важной причиной появления унифицированных схем оценки психодинамики пациента и создания относительно формализованного языка описания [1, 7, 13, 18].

Достижением современного психоанализа стало освоение и практическое использование концепции диагностической оценки личности [2, 5, 9, 10, 11, 14]. Помимо прочего такая система обладает большими эвристическими возможностями, обеспечивая более пристальный, внимательный взгляд специалиста и организуя его поисково-терапевтическую активность. Расширение психоаналитической практики во второй половине прошлого века привело к необходимости учитывать более широкий спектр характеров [14, с. 190], различая не только их типы (горизонтальная диагностика), но и уровни зрелости (вертикальная диагностика). Психоанализ синтезировал медицинскую концепцию описания и различения равнозначных типов с эволюционно-антропологическими концепциями развития и, таким образом, перешёл на качественно новый уровень понимания проблемы характера. В итоге, обретя плюсы медикалистской системы, он освободился от её минусов, получив надёжную эмпирическую поддержку со стороны исследований нормального психологического развития ребёнка М. Малера [8] и Э. Эриксона [16].

В отечественной практике отсутствие развитой системы страхового финансирования и правового регулирования психологической помощи тормозит принятие профессиональным сообществом единого концептуального языка и унифицированной системы психодинамической квалификации пациента. Опыт нашего посещения различных психоаналитических семинаров и конференций свидетельствует о пренебрежительном отношении отечественных специалистов к вопросам диагноза. Эта тема ни разу не поднималась ни на одном из российских психоаналитических конгрессов. В исключительно редких случаях докладчик удосуживается квалифицировать своего пациента в рамках известных в психоанализе диагностических систем. Не лучше обстоят дела и в других направлениях психотерапии. С нашей точки зрения, это принципиально неверно, ибо квалификация материала (диагноз) является квинтэссенцией всесторонней оценки случая и терапевтической стратегии.

Большинство отечественных специалистов, декларирующих психоаналитический формат своей работы, с тревогой воспринимают концепцию системного диагноза. Подобные опасения вызваны как объективными, так и субъективными причинами. К первым относятся обезличенность, механистичность и казёнщина, навеянные опытом отечественной психиатрии, по-прежнему связанной неразрывными узами с карательными традициями психиатрии советской. Вторые (субъективные) гораздо хуже поддаются осознанию и, соответственно, обладают большим дезориентирующим потенциалом. К ним можно отнести плохо осознаваемое противопоставление болезни и здоровья, нормы и патологии, в основе которых лежат механизмы расщепления, примитивной изоляции, проекции и отрицания [4, 17]. Процесс диагностики воспринимается подобными горе-специалистами едва ли не как оскорбление,

обезличивание «неповторимой индивидуальности», «уникальной сущности» их «клиента».

Проблема не так проста, как кажется на первый взгляд, и включает необходимость философского обоснования концепции диагностической квалификации. Невозможно постичь индивидуальность пациента вне контекста общих закономерностей развития и функционирования психического аппарата, тех свойств, которые делают человека человеком. Индивидуальность личности не противостоит общим для всех людей психологическим законам, а вытекает из них. В этом проявляется диалектическое правило единства и борьбы противоположностей [3, 6, 12]. Имплицитная задача терапевта – понять пациента в большей степени, чем это доступно самому пациенту – неразрешима, если терапевт остаётся в концептуальном пространстве «понимающей» психологии с её культом «эмпатийного вчувствования». Подмена взвешенной комплексной оценки личности крайне аморфными и расплывчатыми пожеланиями эмпатии и «понимающего принятия», огульное отрицание формализованной диагностики представляются безответственными и несоответствующими современным реалиям доказательной медицины. Эмпатичное восприятие пациента – необходимое, но, далеко не достаточное условие эффективной терапии. Чтобы обрести новое понимание самого себя и импульс к самотрансформации, пациенту необходим взгляд «снаружи», некое обобщённое представление его жизненной ситуации. Обобщение в данном случае мыслится не как антигуманитарное обезличивание и утрата индивидуально-персонализированных свойств, но как взгляд на индивидуальность в контексте общественной практики, социальной востребованности личности, актуализации того обширного слоя (структурно описываемого как Эго) смыслопорождения, что связан с социальной природой человека. Диагноз позволяет соотнести личную историю, индивидуально-неповторимую жизненную ситуацию человека с опытом общественной практики. Без этого любой анализ индивидуальности страдает однобокостью, становится плоским, одномерным. Парадоксально, но психоаналитический диагноз даёт объёмное видение субъективности, описывая не только единичную ситуацию конкретной личности, но имплицитно обозначает навигацию субъекта в системе координат его социума. Таким образом, в психоанализе понятие диагноза имеет бóльшую смысловую нагрузку и он даже более востребован, чем, например, в психиатрии, где во многих случаях практическая значимость диагноза (для назначения медикаментозной терапии) сведена к синдромальной его части и функционирует по принципу лекарство-мишень. Смысловая нагрузка психоаналитического диагноза гораздо более масштабна.

Диагноз является результатом, в том числе и внутренней работы терапевта по согласованию разнородного и противоречивого клинического «материала» – не только того, что даёт ему пациент, но и своих собственных ответных переживаний (контртрансфера), а также специфических интеракционных проявлений «аналитического третьего» [15]. Поэтому диагноз отражает не просто субъективную позицию терапевта, но и её релятивистскую саморефлексию.

Вопросы теории и практики психодинамического диагноза ясно и подробно изложены в специализированной литературе, доступной психотерапевту любого

направления [2, 5, 9, 10, 14]. Однако широкому освоению концепции комплексной оценки личности в среде российских психотерапевтов препятствуют не столько однобокое понимание диагноза как «ярлыка» (упрощённая характеристики личности), сколько непонимание эволюционно-развитийной сущности человеческой психики. В то время как диагноз, на наш взгляд, не только характеристика пациента, но и руководство для врача, как с ним себя вести (как организовать взаимодействие). Преимущество психоаналитического диагноза состоит в том, что он указывает на:

- 1) психодинамические особенности, присущие конкретному пациенту;
- 2) перспективы личностной динамики пациента;
- 3) условия организации терапевтического процесса (модификация техники);
- 4) пределы терапевтического метода (тем самым, снижая уровень тревоги аналитика);
- 5) проблемные зоны (возможные сложности) и пути их трансформации.

Современный психоанализ располагает эффективной системой оценки личности, одновременно учитывающей два направления.

I. Ось эволюционной зрелости структур психического аппарата.

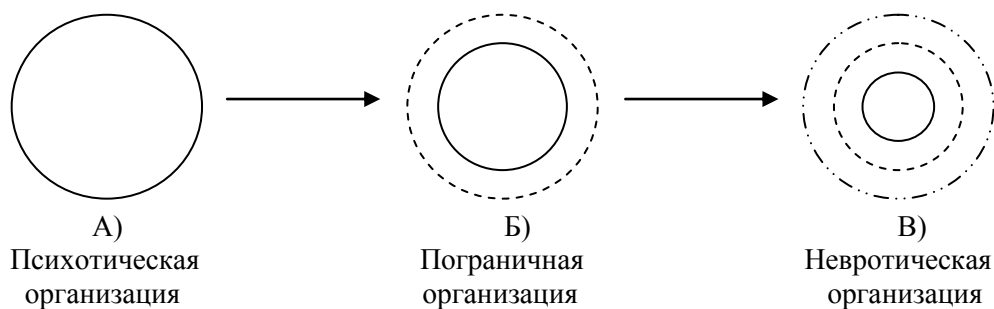
II. Ось конфигурации личности в зависимости от кластера преобладающих защитно-адаптационных механизмов.

Ниже мы рассмотрим вкратце эти направления.

### **I. Ось эволюционной зрелости структур психического аппарата.**

Личность рассматривается как эволюционирующая структура, проходящая последовательно через три уровня «зрелости» (организации внутреннего устройства). Ребенок последовательно «осваивает» уровни в ходе индивидуального развития, и соответственно складывается его психическая организация (Схема 1). При этом естественное психическое развитие в традиционной культуре соотносится с определенными возрастными рамками. Эволюционные катаклизмы (страх и реальная потеря значимого объекта, первичный дефицит эволюционного объекта) могут прервать развитие и привести к его остановке. Спонтанное возобновление развития в этом случае маловероятно. Вне естественных возрастных интервалов структуры психического аппарата могут возобновить рост в контексте аналитического процесса. Важно, что «освоенный» уровень представляет определенный фундамент для дальнейшего прогресса и сохраняется «внутри» следующего. Получила распространение идея о психотическом ядре личности [19, 20].

Уровень развития психического аппарата определяет всю структуру объектных отношений, их коммуникативных и поведенческих эпифеноменов, интегрированность перцептивных и когнитивных процессов. Психопатологическая же феноменология является лишь изолированным аспектом личностной эволюционной незрелости [14].



Психотическое ядро выделено сплошной линией.

*Схема 1. Эволюционная структура личности*

Хотя рассматриваемые авторы и не пишут о методологических предпосылках этой теории, очевидно, что она имплицитно содержит представления Д.Х. Джексона об эволюционной иерархии функциональных «слоёв» [22]. Психоаналитические приложения модели Джексона имеют несколько важных следствий, одно из которых предполагает тормозящее и сдерживающее влияние позднейших, более зрелых структур психического аппарата на архаичные. В реальности связь внутриспихических образований носит более диалектический характер двусторонних асимметричных влияний. Метафора Фрейда, уподобляющая Эго и Ид всаднику, управляющему конём, получает новое содержание в русле кибернетической теории обратной связи: управляющее «сдерживание» уравнивается энергетической подпиткой высшего слоя за счёт низшего. Другими словами, «психотическое ядро» может активизироваться не только в патологическом состоянии (диссолютивно), но и ситуационно. Например, когда при соматической патологии недостаточно эффективными оказываются методы традиционной медицины, нормально-невротическая личность обращается к нетрадиционным способам целительства. В то время как психотическая личность изначально отдаёт предпочтение нетрадиционным методам<sup>1</sup>.

Различение уровней личностной организации строится с учётом критериев:

- 1) Способность разграничивать события внутренней и внешней реальности (Я – другие)
- 2) Развитие объектных отношений
- 3) Уровень интеграции идентичности
- 4) Адекватность тестирования реальности
- 5) Способность наблюдать свою собственную патологию
- 6) Природа основных конфликтов
- 7) Особенности переноса и контрпереноса
- 8) Способность переносить тревогу
- 9) Степень выраженности первичных процессов мышления в клиническом интервью.

<sup>1</sup> За исключением некоторых случаев, когда психотически организованная личность находится под влиянием авторитетной фигуры и обращается к традиционной медицине под её влиянием.



Наш опыт общения с врачами-психиатрами, интересующимися данной темой, показывает, что для этой категории специалистов характерна попытка совместить привычную дихотомию психоз – невроз (и её более продвинутую версию – трихотомию психоз – пограничное состояние – невроз) с концепцией уровня организации личности. Это в корне неверно! Методические предпосылки этого заблуждения связаны, помимо прочего, с дефицитом саморефлексии специалистов, который в данном случае существенно влияет на последовательность и логическую структуру умозаключения.

Эти процессы относятся к принципиально различным уровням:

1. Клинической феноменологии.
2. Психодинамики, включающей в себя объектные отношения и интеграцию собственного Эго [23].

События этих уровней можно рассматривать параллельно (одновременно), но не стоит смешивать сами уровни. Ещё хуже обстоит дело с пониманием этой проблемы психологами, в том числе медицинскими, у которых уровень путаницы разнородных понятий ещё выше.

В соответствии с более структурированным пониманием личности строится и психоаналитическая терапия, понимаемая как «устраняющая задержки роста психического мира переживаний пациента», включающая «одновременно и восстановление у пациента потенциала развития, и помощь ему в реактивации задержавшегося процесса развития в тех рамках, которые допускает его личность» [14, с. 187].

Соответственно уровню организации строятся и терапевтические стратегии, подробно описанные В. Тэхке:

1. С пациентом психотической организации – «Восстановление и защита дифференцированности» [14, с. 295]
2. С пациентом пограничной организации – «Помощь в индивидуации» [14, с. 345]
3. С пациентом невротической организации – «Содействие эмансипации» [14, с. 445]

## **II. Ось конфигурации личности в зависимости от кластера преобладающих защитно-адаптационных механизмов.**

Типы личности (Таблица 1) определяются по преобладающему кластеру защитных операций, выделяющихся на общем фоне менее востребованных механизмов: «Положение личности на типологической оси определяет привычное использование одной защиты или одной группы защит» [9, с. 126]. Эти защитно-приспособительные реакции в то же время представляют собой устойчивый паттерн реагирования, не требующий сознательного контроля и воспроизводимый относительно автоматически<sup>1</sup>. Категории типов (категории по оси типологии) неумолимо несут на себе печать медикалистской-психиатрической традиции (Блэйлер, Кречмер), хотя основания и методологические принципы их выделения в психоанализе и психиатрии отличаются. По тем же причинам нет полного

<sup>1</sup> При этом надо учитывать, что более «зрелые» уровни личности обладают более широким диапазоном защитных механизмов и их большей пластичностью. Зрелость защитных механизмов и их сочетание определяет различные диагностические направления (оси).

соответствия и с видами акцентуаций характера, которые хорошо знакомы отечественным психиатрам (Леонгард, Личко). Например, диссоциальный тип выделен по итогам наблюдений Мелоя [25]; мазохистический – вслед за Менакером [26, 27], нарциссический – после исследований Мейсснера [24] и т.д. Не вдаваясь в подробности этих различий, вкратце укажем, что психоаналитическая типология строится на целостной характеристике превалирующих влечений и аффектов, защитно-адаптивных процессов, особенностях объектных отношений и собственного Я, а также специфике переноса и контрпереноса (более подробно см. [9]). Выделяются: шизоидный, параноидный, мазохистический, депрессивный, диссоциальный, нарциссический, компульсивный и истерический типы.

Таблица 1.

Соотношение оси развития и оси типологии личности

Ось типологии / Ось развития	Шизоидный	Параноидный	Мазохистический	Депрессивный	Диссоциальный	Нарциссический	Компульсивный	Истерический
Нормально-невротический								
Нормально-пограничный								
Нормально-психотический								

Таким образом, мы получаем двухосевую матрицу (см. Таблицу 1), содержащую 7 типов и 3 уровня. Стоит подчеркнуть, что эта система описывает весь континуум характеров. И в отличие от классификации патологических характеров каждому уровню в равной степени можно применить категорию «нормально-»: нормально-невротический, нормально-пограничный, нормально-психотический. Вопрос о пороге и направлении декомпенсации представителей того или иного уровня организации остаётся открытым, хотя, кажется, что возможности компенсации увеличиваются в направлении от психотического к невротическому полюсу. Также возможно, что все три уровня обладают одинаковой способностью компенсации, но формы реагирования невротически организованной личности представляются более упорядоченными (чем у психотически организованных) и менее драматичными (чем у погранично организованных).

Разумеется, система оценки личности, существующая на сегодняшний день в психоанализе, требует совершенствования, и такая работа ведётся [28]. Наиболее уязвимой представляется терминология типов характера, перекочевавшая в

психоаналитическую диагностику из психиатрии и невольно смещающая содержательные аспекты собственно аналитического подхода. Представленная диагностическая таблица носит схематичный характер и не учитывает того факта, что большая интегрированность невротического характера предполагает спектр реакций, доступный различным типам. В свою очередь на психотическом уровне типы также менее дифференцированы, но в силу причин противоположного свойства: меньшая интегрированность приводит к сужению диапазона реакций, их своеобразной универсализации и утрате специфичности личностных качеств.

Таким образом, диагностическая оценка не только определяет модификацию техники в отношении конкретного пациента, но позволяет также представить исходные данные и результаты терапии унифицированным образом, что важно для обсуждения случаев и в ситуации страховой помощи. Особого внимания заслуживает то обстоятельство, что диагноз повышает ответственность психотерапевта в отношении своего пациента и вместе с тем снижает тревогу специалиста, делая его более чутким, позволяя выделить в потоке первичного материала значимые элементы. И только в таком контексте возможно осуществление работы «внутреннего супервизора».

## Литература

1. Вайсс Д. *Как работает психотерапия: Процесс и техника*. – М.: Класс, 1998. – 240 с.
2. Волкан В. *Расширение психоаналитической техники: Руководство по психоаналитическому лечению*. – СПб.: ВЕИП, 2012. – 358 с.
3. Гадамер Х.Г. *Истина и метод: Основы философской герменевтики*. – М.: Прогресс, 1988. – 704 с.
4. Гюенбюль-Крейг А. *Власть архетипа в психотерапии и медицине*. – М.: БСК, 1997. – 118 с.
5. Кернберг О.Ф. *Тяжёлые личностные расстройства: Стратегии психотерапии*. М.: Класс, 2000. – 464 с.
6. Лаплани Ж. *Проблематики*. – Ижевск: ERGO, 2011. – 386 с.
7. Люборски Л. *Принципы психоаналитической психотерапии. Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению*. – М.: Когито, 2003. – 256 с.
8. Малер М.С., Пайн Ф., Бергман А. *Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация*. – М.: Когито, 2015. – 413 с.
9. Мак-Вильямс Н. *Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе*. – М.: Класс, 1998. – 476 с.
10. *Операционализованная психодинамическая диагностика (ОПД)-2. Руководство по диагностике и планированию терапии*. – М.: Академический проект; Культура, 2011. – 454 с.
11. Спотниц Х. *Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники*. – СПб.: ВЕИП, 2004. – 296 с.
12. Рикёр П. *Конфликт интерпретаций*. – М.: Академический проект, 2008. – 695 с.
13. Томэ Х., Кэхеле Х. *Современный психоанализ. Т.1. Теория*. – М.: Прогресс-Литера, Яхтсмен, 1996. – 576 с.
14. Тэхке В. *Психика и её лечение: психоаналитический подход*. М.: Академический проект, 2001. – 576 с.
15. Ферро А. *Психоанализ. Создание историй*. – М.: Класс, 2007. – 232 с.
16. Эриксон Э. Г. *Детство и общество* – СПб.: Летний сад, 2000.

17. Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д. *Супервизорство. Техника и методы корректирующего консультирования*. С.-Пб.: Б.С.К., 1997. – 235 с.
18. Balint M., Balint E. *Psychotherapeutic techniques in medicine*. Tavistock, London, 1961.
19. Bychowski, G. *The problem of Latent Psychosis // J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1953; 1, p. 484-503.
20. Eigen M. *The Psychotic core*. NY: Jason Aronson, 1986, 386 p.
21. Fenichel O. *Statischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930 // Rad S., Fenichel O, Müller-Braunschweig C. 10 Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Int Psychoan Verlag, Vienna, 1930.*
22. Jackson J.H. *Remarks on evolution and dissolution of the nervous system // The British J Psychiatry – 1887, Vol. 33. – P. 25-48.*
23. Kernberg O. *Borderline personality organization // J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1967; 15: 641-685.
24. Meissner W.W. *Narcissistic personalities and borderline conditions: A differential diagnosis. Annual Review of Psychoanalysis*, 1979;7, 171-202.
25. Meloy J.R. *The psychopathic Mind: Origins, dynamics and treatment*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1988, 474 p.
26. Menaker E. *The masochistic factor in the psychoanalytic situation // Psychoanalytic Quarterly*, 1942, 11, 171-186.
27. Menaker E. *Masochism – a defense reaction of the ego // Psychoanalytic Quarterly*, 1953, 22, 205-220.
28. Stern B.L., Caligor E, Roose S.P. & Clarkin J.F. *The Structured Interview for Personality Organization (STIPO): Reliability and validity // J Am Psychoanalytic Association*, 2004, 52, 1223-1224.

## **Особенности психического здоровья и социальной адаптации у пациентов с манипулятивным типом постсуицидального периода**

Рутковская Н.С.<sup>1</sup>, Днов К.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П.Кашенко»

<sup>2</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** В соответствии с прогнозом ВОЗ, в 2020 г. в мире покончит жизнь самоубийством около 1,53 млн. человек, при этом каждые 1-2 секунды будет совершаться суицидальная попытка, а каждые 20 секунд – завершённое самоубийство [4]. При тренде к снижению среднестатистических показателей суицидов в РФ в последние годы, среди умерших россиян в 2009 г. было 1,9% самоубийц, то есть каждый пятидесятый гражданин уходил из жизни добровольно каждые 14 минут. Вероятность смерти от суицида в течение жизни составила 606,4 на 100 000 родившихся в РФ [3].

В настоящее время установлено, что лица, совершившие попытку самоубийства, склонны повторять ее в будущем, причем особенно опасным является период ближайшего года [5].

На территории бывшего СССР, в том числе в России, высокую эффективность доказала концепция суицидального поведения, разработанная А. Амбрумовой и В.Тихоненко (1978) [2], согласно которой для прогноза повторных суицидальных действий особое значение имеет тип постсуицидального периода [1]. Согласно предложенной ими концепции суицидального поведения, постсуицидальный период, начинающийся вслед за попыткой самоубийства, представляет собой результирующую таких многочисленных составляющих, как конфликтная ситуация, приведшая к покушению на самоубийство; сам суицидальный акт; особенности прерывания суицида и последующих реанимационных мероприятий; соматические последствия и осложнения; новая, сложившаяся после попытки ситуация и личностное отношение к ней. После совершения попытки самоубийства в ближайшем постсуициде соответственно определяются три главных момента: а) актуальность суицидогенного конфликта; б) степень фиксированности суицидальных тенденций; в) особенности отношения к совершенной попытке.

Перечисленные критерии позволяют выделить четыре типа постсуицидальных состояний: критический, манипулятивный, аналитический, суицидально-фиксированный.

Первый тип – критический. а) Конфликт утратил свою актуальность, т.к. в пресуицидальном периоде значимость его была гиперболизирована. Суицидальное действие как бы «разрядило напряженность». б) Суицидального мотива (суицидальных тенденций) нет. в) Отношение к совершенной попытке негативное – чувство стыда перед окружающими, чувство страха перед возможным смертельным исходом суицидальной попытки. Понимание того, что конфликт «не стоил жертв» и что покушение на свою жизнь не изменяет положения, не разрешает ситуации. При данном типе постсуицидальных состояний вероятность повторения суицида, хотя и имеется, но минимальна.

Второй тип – манипулятивный. а) Актуальность конфликта значительно уменьшилась, но, в отличие от первого типа, это произошло за счет непосредственного влияния суицидальных действий пациента на сложившуюся ситуацию и изменения ее в благоприятную для него сторону. б) Суицидальных тенденций нет. в) Отношение к совершенной попытке рентабельное – легкое чувство стыда и страх перед возможным смертельным исходом; однако имеется отчетливое понимание того, что суицидальные действия в будущем могут служить способом для достижения своих целей и средством влияния на окружающую обстановку. Вероятность повторных суицидов конфликтных ситуациях значительно возрастает, хотя степень их «серьезности» (опасности для жизни) уменьшается. Намечается тенденция к превращению истинных покушений в демонстративно-шантажные.

Третий тип – аналитический. а) Конфликт по-прежнему актуален для суицидента. б) Суицидальных тенденций нет. в) Отношение к попытке негативное – раскаяние за совершенное покушение. Понимание того, что суицид не является

адекватным способом ликвидации конфликта; однако, поскольку последний сохраняет свою актуальность, обнаруживаются поиски иных путей его разрешения. В случае, если таковые не будут найдены, а существование конфликтной ситуации окажется невыносимым для субъекта, возможен повторный суицид, но уже не как «необдуманный шаг» под влиянием аффекта, а как единственный «выход из тупика». При этом увеличивается опасность смертельного исхода.

Четвертый тип – суицидально-фиксированный а) Конфликт актуален. б) Суицидальные тенденции сохраняются. в) Отношение к суициду – положительное, причем вербально это может выражаться в заявлении: «не вижу иного пути». При данном типе постсуицида пациент продолжает быть опасным для самого себя и, по сути дела, не выходит из «суицидального статуса», т.е. суицидальная попытка не прерывает пресуицида.

**Материалы и методы.** Обследовано 260 пациентов психиатрического стационара, проходивших лечение после совершения суицидальной попытки. Основным методом обследования являлся клинико-психопатологический. Использовались также исследование общей выраженности психопатологии по шкале GAFS, оценка уровня социальной адаптации (Рустанович А.В., Фролов Б.В., 2001), определение типов приспособительного поведения (по В.М. Воловику).

**Результаты и обсуждение.** Все пациенты, совершившие перед поступлением суицидальные попытки, были поделены на группы, согласно типу постсуицидального периода.

Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией, предложенной А. Амбрумовой и В. Тихоненко.

Манипулятивный тип постсуицидального периода выявлен у 42 пациентов (16,2% всех суицидентов). Средний возраст пациентов с манипулятивным постсуицидом ( $36,7 \pm 14,1$ ) несколько ниже, чем средний возраст всех пациентов с суицидальными попытками ( $43,5 \pm 17,7$ ). В этой группе отмечается небольшое преобладание женщин (59,5%). Средняя длительность госпитализации была немного меньше ( $31,1 \pm 23,8$ ), чем среди всех пациентов с суицидальными попытками ( $42,7 \pm 43,2$ ). Чаще имела место первая госпитализация (71,4%), реже – вторая и многократные госпитализации.

В среднем, уровень социальной адаптации у пациентов с манипулятивным постсуицидом был несколько выше ( $14,4 \pm 3,9$ ), чем у всех пациентов с суицидальными попытками ( $13,7 \pm 3,2$ ). У пациентов с манипулятивным постсуицидом уровень социального функционирования при поступлении был выше ( $21,2 \pm 13,6$ ), чем в среднем у всех пациентов с суицидальными попытками ( $12,4 \pm 11,0$ ), а при выписке отличался незначительно ( $54,6 \pm 9,2$  и  $54,3 \pm 9,9$  соответственно).

Наиболее часто у пациентов с манипулятивным постсуицидом имел место дезадаптивный тип приспособительного поведения (ТПП) - (52,4%), как и среди всех пациентов, совершивших суицидальные попытки (53,9%). Среди вариантов дезадаптивного ТПП при манипулятивном постсуициде чаще выявлялся дезадаптивный антисоциальный (42,9%), реже морбидный (9,5%). Регрессивный

ТПП у больных с манипулятивным постсуицидом занимает второе место после дезадаптивного (42,9%). Конструктивный ТПП у пациентов с манипулятивным постсуицидом отмечался реже (2,4%), чем в целом у всех пациентов, совершивших суицидальные попытки (8,8%). Неопределенный ТПП также встречался реже, чем у всех суицидентов (2,4% и 3,5% соответственно).

Наиболее часто наследственность у пациентов с манипулятивным постсуицидом была отягощена алкоголизмом (33,3%), на втором месте отягощенность психическими заболеваниями (7,1%), реже – суицидами (2,4%). Сходная картина отмечалась среди всех пациентов, совершивших суицидальные попытки, но отягощенность алкоголизмом была несколько ниже (25,4%), а психическими заболеваниями (15,4%) и суицидами (7,3%) выше.

Отставание в раннем развитии чаще наблюдалось у пациентов с манипулятивным постсуицидом, чем среди всех суицидентов (11,9% и 4,6% соответственно). Воспитание в неполной семье у пациентов с манипулятивным постсуицидом встречалось чаще, чем у всех пациентов, совершивших суицидальные попытки (16,7% и 13,8% соответственно), воспитание в государственных учреждениях также несколько чаще, чем у всех пациентов, совершивших суицидальные попытки (4,8% и 3,8% соответственно). Судимости в анамнезе у пациентов с манипулятивным постсуицидом имели место чаще, чем у всех пациентов, совершивших суицидальные попытки (11,9% и 8,8% соответственно).

Наиболее часто в анамнезе пациентов с манипулятивным постсуицидом встречались черепно-мозговые травмы (38,1%). На втором месте – хронические вирусные гепатиты (21,4%) На третьем месте сердечно-сосудистая патология (9,5%). На четвертом месте ВИЧ (7,1%). Затем следуют туберкулез (4,8%), венерические заболевания, кроме сифилиса (4,8%). Реже встречались сифилис, нейроинфекции и ОНМК (по 2,4% соответственно).

Наиболее часто пациенты с манипулятивным постсуицидом наносили себе самопорезы (40,5%), на втором месте отравление медикаментами (38,4%). Другие способы суицидальных попыток встречались значительно реже.

Демонстративно-шантажное поведение при совершении суицидальной попытки у пациентов с манипулятивным постсуицидом встречалось значительно чаще (88,1%), чем в среднем у всех суицидентов (10,8%). Алкогольное опьянение в момент суицидальной попытки отмечалось у половины (50,0%) пациентов с манипулятивным постсуицидом и у 32,3% всех суицидентов.

У пациентов с манипулятивным типом постсуицида чаще имели место органические психические расстройства (31,0%). Среди всех суицидентов органические расстройства также занимают первое место, но встречаются несколько реже (26,5%). На втором месте у пациентов с манипулятивным постсуицидом личностные расстройства (23,8%). У всех суицидентов в среднем расстройства личности встречались значительно реже (10,0%). На третьем месте у пациентов с манипулятивным постсуицидом невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (11,9%) и алкоголизм (11,9%). У всех суицидентов в среднем эти группы расстройств занимают 11,2% и 12,3% соответственно. Четвертое место у пациентов с манипулятивным постсуицидом

занимают наркомании (9,5%), у всех суицидентов в среднем они встречаются реже (5,4%).

Психоз во время суицидальной попытки у пациентов с манипулятивным постсуицидом отмечался реже, чем в среднем у всех суицидентов (11,9% и 31,9% соответственно). Значительная разница отмечалась между частотой эндогенных психозов в обеих группах (4,8% при манипулятивном постсуициде, 20,8% в среднем у всех суицидентов). Интоксикационные психозы у пациентов с манипулятивным постсуицидом также отмечались редко (4,8%), но чаще, чем у всех суицидентов в среднем (1,2%). Другие психозы у пациентов с манипулятивным постсуицидом не встречались.

Депрессивное состояние у пациентов с манипулятивным постсуицидом отмечалось реже (21,4%), чем в среднем у всех суицидентов (46,5%). На первом месте у пациентов с манипулятивным постсуицидом отмечалась реактивная депрессия (9,5%), на втором месте алкогольная депрессия (11,0%), реже встречались органическая и эндогенная депрессия (по 2,4% соответственно).

Последующие госпитализации (в данный стационар) имели место у 19,0% пациентов с манипулятивным постсуицидом. При этом суицидальные попытки перед повторными госпитализациями отмечались только у 4,8% пациентов с манипулятивным постсуицидом, из них неоднократные (две и более) у 2,4%. У 2,4% пациентов отмечались только суицидальные высказывания. Таким образом, последующие госпитализации в данный психиатрический стационар у пациентов с манипулятивным постсуицидом встречались относительно редко, а суицидальные попытки после госпитализации в психиатрический стационар – еще реже (4,8%). В то же время, среди пациентов с манипулятивным постсуицидом 26,2% до первого поступления в стационар один или несколько раз предпринимали суицидальную попытку.

### **Выводы.**

Средний возраст пациентов с манипулятивным постсуицидом несколько ниже, чем у всех пациентов, совершивших суицидальные попытки. Чаще это пациенты, впервые госпитализированные в психиатрический стационар. Уровень социальной адаптации и социального функционирования (при поступлении) в данной группе несколько выше, чем у всех суицидентов. Тем не менее, у этих пациентов чаще выявляется дезадаптивный антисоциальный и регрессивный типы приспособительного поведения. В данной группе пациентов чаще, чем у всех суицидентов, отмечалась отягощенная алкоголизмом наследственность, отставание в раннем развитии, воспитание в неполной семье и государственных учреждениях, а также судимости в анамнезе.

Из перенесенных заболеваний чаще имели место черепно-мозговые травмы, вирусные гепатиты и заболевания сердечно-сосудистой системы. Психозы (особенно эндогенные) и депрессивные состояния в момент совершения суицидальной попытки в данной группе пациентов встречались реже, чем у всех суицидентов. Наиболее часто у пациентов с манипулятивным постсуицидом имели место органические психические расстройства; расстройства личности; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; алкоголизм и наркомании.



Демонстративно-шантажное поведение при совершении суицидальной попытки у пациентов с манипулятивным постсуицидом встречалось значительно чаще, чем в среднем у всех суицидентов. Половина пациентов этой группы совершали суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения. Наиболее часто пациенты с манипулятивным постсуицидом наносили самопорезы, второй частый способ - отравление медикаментами.

Последующие госпитализации в данный психиатрический стационар у пациентов с манипулятивным постсуицидом встречались относительно редко (19,0%), а суицидальные попытки после госпитализации в психиатрический стационар – еще реже (4,8%). В то же время, среди изучаемой пациентов группы 26,2% до первого поступления в стационар один или несколько раз предпринимали суицидальную попытку.

Приведенные данные можно рассматривать как факт положительного влияния лечения в психиатрической больнице на последующую адаптацию таких пациентов, в том числе, если речь идет о демонстративно-шантажном суицидальном поведении.

### Литература

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. *Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации.* – М., 1980. -48 с.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. *Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. // Актуальные вопросы суицидологии –М. - 1978. –с. 6-28.*
3. *Демографический ежегодник России 2010: Стат. Сб. Росстат.* - М., 2010. – 525 с.
4. Нечипоренко В.В., Лыткин В.М., Никольская С.А. *«Малая» психиатрия: избранные разделы. Дискуссии продолжаются.* - СПб.: «Нестор-История», 2017. – 160 с.
5. Старшенбаум Г.В. *Суицидология и кризисная психотерапия.* – М.: «Когито-Центр», 2005. – 376 с.

## К вопросу о влиянии религиозного фактора на суицидальное поведение

Рутковская Н.С.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко»  
Санкт-Петербург

Уровень самоубийств (количество суицидов в год на 100 тыс. населения) является важной характеристикой общественного здоровья и считается одним из основных критериев качества жизни населения, важным индикатором социально-экономического и политического состояния общества.

Основными факторами, способствующими росту суицидов в популяции, а также провоцирующими суицид у отдельного индивидуума, традиционно считаются одиночество, лично-семейные проблемы и конфликты, безработица, финансовые затруднения, наличие в прошлом проблем в родительской семье (утрата одного или обоих родителей в детском возрасте, эмоциональное отвержение и другие формы искаженного воспитания и т.п.). Важную роль играет наличие суицидальных попыток в семье (в данной ситуации возможно как влияние генетических факторов, так и психологических - так называемая «жизнь в тени суицида») и суицидальные попытки в прошлом.

Количество повторных суицидов составляет, по разным данным, от 20% до 50%. К другим значимым факторам относятся социальные девиации, алкоголизация, наркомания. Многие авторы отмечают также важную роль подражания в провоцировании суицидального поведения, которое обуславливает так называемые «кластерные» суициды, возникающие после самоубийства, например, эстрадного кумира, среди его поклонников. Широкое освещение суицидов в прессе также нередко вызывает волну сходных по способу самоубийств, обычно среди лиц той же возрастной категории. Этот эффект подражания известен как «синдром Вертера». От «кластерных» суицидов необходимо отличать совместные, коллективные и массовые самоубийства.

В свою очередь, могут препятствовать суициду такие факторы, как семья, религия, страх перед болью (смертью). Эти факторы могут быть сугубо индивидуальны и даже неожиданны для окружающих. Для некоторых людей, особенно женщин, антисуицидальным фактором может являться представление их в неприглядном виде после совершенного самоубийства. Так, в книге воспоминаний Майи Плисецкой рассказывается, что когда она однажды в трудную минуту думала о повешении, ее остановила мысль о том, в каком «туалетном виде» она предстанет после смерти [3].

Религиозное мировоззрение человека, по мнению многих авторов, может оказывать существенное влияние на возникновение суицидального поведения в кризисной ситуации. Религиозная вера в ряде случаев рассматривается как антисуицидальный фактор. В частности, в Колумбийской шкале оценки тяжести суицида (C-SSRS) религия относится к числу «сдерживающих» факторов, помогающих пациенту удержаться от попытки самоубийства. Связано это с наличием в большинстве традиционных религий строгого запрета на совершение самоубийства, как посягательства на нарушение Божией воли о человеке.

В конце XIX – начале XX вв., когда подавляющее большинство населения нашей страны было православным, Россия относилась к странам с низкой интенсивностью самоубийств, также как и Италия, Финляндия. Высокий уровень суицидов в тот период времени наблюдался в таких странах, как Саксония, Швейцария, Франция, Япония, Дания, США, Венгрия, Швеция [2]. В то же время в современной нам России, наряду с высоким уровнем суицидов, мы наблюдаем формально высокий процент номинальных «православных», для которых религия, возможно, антисуицидальным фактором не является. Можно предположить, что виной тому низкий уровень воцерковленности современных православных, а также отсутствие у них элементарных знаний о своей религии.

Официальной статистики, касающейся религиозной принадлежности населения в России, не существует. Однако различными организациями неоднократно проводились социологические опросы, которые и позволяют составить представление о религиозном составе населения России.

В 2012 г. проводился Всероссийский репрезентативный опрос населения, касающийся вероисповеданий и национальностей России. Выборка составила 56 900 респондентов в возрасте от 18 лет из 79 субъектов РФ. Результаты этого опроса представлены, в частности, в «Мегаэнциклопедии Кирилла и Мефодия»: православные (воцерковленные) - 41%; верующие (без определенной религиозной принадлежности) – 25%; атеисты – 13%; мусульмане – 4,7%; христиане – 4,1%; мусульмане – сунниты – 1,7%; православные вне Церкви – 1,5%; язычники – 1,2%; буддисты – 0,5%; староверы – 0,5%; протестанты – 0,5%; мусульмане – шииты – 0,5%; католики – 0,5%; иудаисты – 0,5%; индуисты – 0,5%; пятидесятники – 0,5% [6].

Вызывает сомнения столь высокий процент воцерковленных православных (41%). По данным различных авторов, занимающихся изучением воцерковленности у православных христиан, этот процент значительно меньше (8-13%). Понятие «воцерковленность» является довольно неопределенным, чем и объясняется разница в статистических данных. Если считать воцерковленными тех, кто более или менее регулярно посещают храм, то их, действительно, может оказаться порядка 40%, но при этом тех, кто регулярно исповедуются и причащаются, гораздо меньше. Тем не менее, именно регулярное причащение является наиболее важным критерием воцерковленности. В качестве примера можно привести данные Ю.Ю. Синелиной: так или иначе участвуют в жизни религиозной общины или прихода 21% православных, более или менее регулярно посещают храм свыше 40% православных. При этом исповедуются и причащаются раз в месяц и чаще 2% относящихся к группе православные, несколько раз в год – 10%, раз в год обязательно – 12% [7].

В христианстве самоубийство является тяжким (смертным) грехом, нарушением заповеди «не убий». В случае реализованного суицида невозможно покаяние, в отличие от всех остальных грехов, поэтому самоубийство – наиболее тяжкий грех. В первые века христианства было приравнено к суициду и поведение тех христиан, которые в эпоху гонений «напрашивались» на мученичество. Суицидальное поведение в христианских странах было не только «личным грехом», но и каралось Церковью и государством (запрет отпевать самоубийц, похороны тела вне кладбища, без церковной молитвы и христианского погребения). Самоубийцу отпевали только в том случае, если суицид был совершен «в припадке безумия». Как отмечает В.С. Ефремов, «... в России отдельные постановления относительно самоубийц длительное время находились только в церковном законодательстве. В требнике Петра Могилы (1646) и в «Инструкции Патриарха Адриана поповским старостам или благочинным смотрителям от 26 декабря 1697 года» (цит. по Таганцеву Н.С., 1870) в статье 21 также содержится запрещение хоронить у церквей или на кладбищах тела самоубийц».

Однако, начиная с эпохи Петра Великого, появляются и такие «карательные акции», как «волочение тела по улицам» или «повешение мертвым за ноги». Оставшихся в живых самоубийц били плетью или приговаривали к тюремному заключению или каторжным работам. При этом в других христианских государствах наказания самоубийц были еще более жесткими – от многолетнего тюремного заключения до смертной казни. Только в 1961 г. в Англии было законодательно установлено отсутствие состава преступления в самоубийстве и покушении на него [2].

Осуждается самоубийство также в иудаизме и в исламе. В Ветхом Завете описаны лишь единичные самоубийства, преимущественно совершенные в безвыходной ситуации. Таковы самоубийства первого библейского царя Саула, раненого в битве с филистимлянами, и его оруженосца (I Царств, 31:1, 3-5), или судии израильского, назорея Самсона, взятого в плен и ослепленного врагами, который уничтожил себя вместе с ними (Суд 16:25-30).

Запрет самоубийства в иудаизме выводится из библейского запрета убийства (Десять заповедей) и из галахической концепции «пиккуах-нефеш» («спасение жизни», «забота о сохранении жизни», раввинистическое понятие, обозначающее долг спасения человеческой жизни, когда ей угрожает опасность). В Талмуде не содержится прямого запрета самоубийства, однако послеталмудические авторитеты считали самоубийство грехом даже более тяжким, чем убийство, поскольку оно посягает на концепцию Божественного воздаяния и самое всемогущество Бога [9]. Как отмечают К.Г. Эрдынеева и В.П. Филиппова, законодательно запрет на самоубийство был оформлен только в постталмудический период и изложен в трактате «Семахот». Самоубийство там названо худшим из грехов.

Те же авторы пишут: «В исламе самоубийство запрещалось Кораном и считалось тяжелейшим из грехов. Правоверные мусульмане верят, что судьба, предначертанная Аллахом, будет определять всю их жизнь, и они обязаны терпеливо сносить все удары судьбы. Однако, двоякое толкование позволяет лишать себя жизни, при этом деяние не считается самоубийством (шахиды). В известном смысле шахиды не являются самоубийцами, так как целью является убийство другого человека или группы людей, сам шахид в данном случае рассматривается как воин Аллаха, павший на поле брани».

Многие авторы, тем не менее, отмечают некоторую противоречивость Корана, в том числе и в этом вопросе [10]. О совершении погребальной молитвы за мусульманина, покончившего с собой, в сборнике хадисов имама Муслима передан следующий рассказ. Пророку Мухаммаду привезли тело самоубийцы. Посланник Аллаха не стал совершать над ним погребальный намаз. В объяснении этого хадиса сказано, что Пророк не совершил погребальный намаз за мусульманина-самоубийцу в качестве назидания для людей, чтобы указать на тяжесть совершенного этим мусульманином греха (убийство без права, в т. ч. самоубийство, является самым большим грехом после неверия). А своим сподвижникам Посланник Аллаха не запретил совершить за этого мусульманина заупокойную молитву. Некоторые теологи говорят, что правитель (халиф) не

совершает погребальный намаз за такого умершего, следуя в этом примеру Пророка, а другие мусульмане – совершают [8].

В странах Востока, таких как Китай, Япония, Индия, отношение к самоубийству традиционно было более уважительным. Суицид даже поощрялся, особенно в исключительных случаях, когда не просто разрешалось, но и предписывалось совершить «ритуальное самоубийство». Так, в Индии и Китае поощрялось самоубийство вдов (а нередко и слуг умершего господина). В Японии совершение харакири (японцы предпочитают термин «сеппуку») не только разрешалось, но и во многих случаях предписывалось. Истоки такого отношения можно обнаружить в религиозных воззрениях жителей этих стран. В частности, Ю.Н. Иванов пишет, что синтоизм – это не просто традиционная религия Японии, а образ жизни, основа японской национальной психологии. В ней существует кодекс самураев «бусидо», который обязывает презирать смерть. Погибшие в бою смертники причислялись к лику «ками» – святых покровителей Японии [4].

Буддизм отличается нейтральным отношением к суициду, не запрещает его, но и не видит в нем смысла. Как отмечают К.Г. Эрдынеева и соавт., «Буддизм состоит в вере в бесконечность перерождений. Прекратить ее можно только в состоянии Будды, мирянину же это абсолютно недоступно. Самоубийство может привести к дальнейшему перерождению, но уже не в облике человека, а, например, животного или демона идея реинкарнации, общая для буддизма и индуизма, делает суицид бессмысленным и даже вредным – но не из страха перед Богом, а из вполне рациональных соображений. Добровольно уходящий из жизни ничего не достигнет – карма вновь поставит его в ту же самую ситуацию, ибо человек с ней не справился. Самоубийство все равно не спасет от выпавших на твою долю страданий» [10].

Таким образом, основные мировые религии демонстрируют различное отношение к суициду, от полного запрета до нейтрального и даже одобрительного, поощряющего отношения. В этом вопросе религия играла не последнюю роль в формировании мировоззрения целых этносов.

В отличие от культуuroобразующих религий, отношение к суициду в различных сектах и раскольнических группах зависит преимущественно от позиции лидера секты, при этом подавляющее большинство сектантских «гуру» имеют психические отклонения и патологическое стремление к власти, вследствие чего они часто поощряют суициды своих адептов. При этом преобладают в сектах массовые самоубийства, совершаемые обычно по приказу лидера. Но нередки случаи индивидуальных суицидов, совершаемых членами сектантских группировок.

Наиболее известные массовые суициды среди сектантов описаны, в частности, в монографии А.Л. Дворкина «Сектоведение», одна из глав которой названа «Религия, которая убивает». Это массовый суицид членов секты «Народный храм», возглавляемой Джимом Джонсом (1978). Тогда погибло 912 человек, в том числе 276 детей. Правда, патологоанатомы тогда установили, что из них не менее 700 человек были убиты, лишь остальные ушли из жизни добровольно. В 1993 г. лидер секты «Ветвь Давида» Дэвид Кореш взорвал штаб-квартиру своей группы вместе с собой и своими последователями. Тогда погибло

около 100 человек (из них 25 детей). В 1994, 1995 и 1997 гг. произошли несколько массовых самоубийств членов секты «Храм солнца», возглавляемой Люком Жюре. Общее число жертв этой секты составляет 74 человека (48 из них были застрелены).

В 1997 г. произошел массовый суицид членов секты уфологической направленности «Небесные врата», тогда покончили с собой 39 человек, все они были высококлассными программистами. Их самоубийство, совершенное по приказу лидера секты Маршалла Эпплуайта, было обставлено как «полет на другие планеты». В 2000 г. тоталитарной секте «Движение за возрождение десяти заповедей Бога» под руководством Кредонии Мверинды 500 человек совершили массовое самосожжение. Впрочем, возможно, его можно квалифицировать как массовое убийство, т.к. на территории, принадлежащей секте, были обнаружены еще сотни трупов с признаками насильственной смерти [1].

Массовые самоубийства сектантов нередко подпитываются апокалиптическими настроениями, как, впрочем, и суициды раскольников в России, начиная со старообрядцев XVII века и заканчивая членами современных раскольнических групп. Историк церкви А.В. Карташев пишет: «Бессильные доказать среднему здравомыслящему человеку необходимость трагического разрыва не только с Церковью, но и со всей окружающей средой, расколовожди покрывали себя действительно страшным догматом об антихристе и действительно пугающими совпадениями и приметами его тайного пришествия». Тот же автор описывает и способы самоубийства раскольников: «Самоистребление фанатиков имело даже не одну форму самосожжения. Практиковались и самоуморение, пощение до смерти, самозаклание, самоутопление. Фанатики убегали в леса с семьями, с детьми и морили себя в ямах и храминах... Но более всего практиковалось самосожжение как средство избежать печати антихриста. В 1672 г. отмечен был первый случай массовой «гари»: сожглось около 2000. В «горях» Пошехонского уезда Ярославской губернии за 1676-1687 гг. сожглось 1929 человек... По приблизительной статистике, до 1690 г. в таких самосожжениях покончило с собой больше 20 000 человек» [5].

Попытки вычисления точной даты конца света продолжаются и в наше время, хотя это полностью противоречит Евангелию. Однако не только вера в скорое наступление апокалипсиса является поводом к самоубийству у раскольников и сектантов. Как уже описано выше, суициды могут совершаться просто по приказу лидера секты, от которого адепты полностью зависимы морально, а часто и физически. Но даже у тех, кто сумел разорвать отношения сектантской группировкой, могут возникать тяжелые депрессивные состояния вследствие моральной травмы. Годы, проведенные в секте, приводят человека к состоянию беспомощности, невозможности быстрой адаптации в социуме, нередко к полной изоляции, т.к. во многих сектах существует запрет на общение с бывшими членами организации, даже если это близкие родственники. Другой причиной суицидов у бывших адептов сект является развитие клинически очерченного психического расстройства, спровоцированное воздействием на психику недоедания, недосыпания, нередко употребления психоактивных веществ, использования грубой суггестии, оккультных методик.

Таким образом, религиозное мировоззрение человека может быть как антисуицидальным фактором, так и напротив, провоцировать, прямо или косвенно, развитие суицидальных тенденций. Исторически такие традиционные религии, как христианство, иудаизм, ислам в большинстве случаев отрицательно относятся к суициду, в то время как «восточные» религиозные течения демонстрируют терпимое, противоречивое и даже поощряющее отношение к нему. Сектантские и раскольнические группировки, как правило, являются плацдармом для совершения массовых суицидов и провоцируют индивидуальные самоубийства.

## Литература

1. Дворкин А.Л. *Сектоведение. Тоталитарные секты. Опыт систематического исследования.* – Нижний Новгород: издательство «Христианская библиотека», 2012. – 816 с.
2. Ефремов В.С. *ИЛИ НЕ БЫТЬ.* – СПб: Нестор-история, 2012. – 524 с.
3. Ефремов В.С. *Оставшиеся в живых: работа с суицидентом.* СПб: Нестор-история, 2013. – 268 с.
4. Иванов Ю.Н. *Камикадзе: пилоты-смертники.* – Русич, 2001.
5. Карташев А.В. *Очерки по истории Русской Церкви* – Минск: ООО «Харвест», 2007. В 2 томах, т.2 – 592 с.
6. *Религиозный состав населения России* URL: <http://megabook.ru/>.
7. Синелина Ю.Ю. *Религиозность в современной России.* // *Отечественные записки.* - № 1 (52). - 2013.
8. *Суицидность смерти и похоронный обряд. По мазхабуумама аш-Шафи'и.* – Махачкала, 2009. – 394 с.
9. *Электронная еврейская энциклопедия*, URL: <http://www.eleven.co.il/article/13680>
10. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. *Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ).* – М: «Академия Естественных наук», 2010.

## Восприятие временной перспективы у больных сахарным диабетом

Султанова А.Н.<sup>1</sup>, Сычева Т.Ю.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет МЗ РФ

<sup>2</sup> Новосибирский государственный университет экономики и управления (НИНХ)  
Новосибирск

**Актуальность** исследования обусловлена тем, что в настоящее время наблюдается увеличение темпов роста заболевания. Так, количество больных сахарным диабетом в мире составляет более 100 млн. человек. Ежегодно их число увеличивается на 5-7%, а каждые 12-15 лет удваивается. По прогнозам Всемирной

организации здравоохранения, к 2025 г. ожидается увеличение числа больных сахарным диабетом до 300 млн. человек. В настоящее время он является четвертой по значимости причиной смертности и главной причиной слепоты во всех странах мира.

Сахарным диабетом первого типа страдают 0,25% людей в возрасте до 20 лет, причем 54% из них составляют дети. Эта форма сахарного диабета также обозначается как юношеский или инсулинозависимый сахарный диабет.

В «Новосибирске, по данным Государственного регистра сахарного диабета, численность больных за период 2000-2010 гг. выросла с 15 387 до 35 921 человек, т.е. в 2,3 раза. Увеличение численности больных сахарным диабетом объясняется не только улучшением диагностики и обращаемостью жителей, но и ростом истинной заболеваемости диабетом» [4].

Сахарный диабет, наряду с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, язвенной болезнью, бронхиальной астмой, псориазом и другими заболеваниями, входит в понятие «психосоматика»; существенную роль в его патогенезе играют неблагоприятные психические воздействия. В разной степени психосоматическим расстройствам подвержены все возрастные группы популяции, включая детский и подростковый возраст.

Неудовлетворенная потребность в любви и нежности является одной из главных психологических причин диабета. Испытывая хронический «голод по любви», человек, желая получить какую-нибудь радость в жизни, при помощи еды удовлетворяет свои эмоциональные потребности. Для больного сахарным диабетом пища становится главным источником удовольствия. В первую очередь, это сладкая пища, отсюда следует переедание, ожирение, повышение содержания сахара в крови и неутешительный диагноз – сахарный диабет. В итоге получается, что сладости – один из последних источников удовольствия – оказываются под запретом.

В исследованиях отечественных ученых установлено, что в возникновении заболевания существенную роль могут играть психологические факторы, связанные с семейным окружением, межличностными взаимоотношениями в семье, уровнем эмоционального принятия и поддержки [2, 5, 8].

В исследованиях зарубежных авторов выявлено, что одной из центральных психологических характеристик больных сахарным диабетом является постоянное чувство неуверенности, которое сопровождает этих пациентов всю жизнь. Больные постоянно обращают внимание на соматические симптомы, вследствие чего усиливается субъективное восприятие физических ощущений и повышается опасность, что эти ощущения будут неправильно оценены как болезненные. Определено, что диабетики в большей степени, чем здоровые люди, заменяют свое инфантильное зависимое состояние на более зрелое и независимое.

**Цель:** Изучить особенности восприятия временной перспективы у больных хроническими соматическими заболеваниями (на примере сахарного диабета первого типа).

Согласно теории Ф. Зимбардо, временная перспектива играет фундаментальную роль в человеческой жизни [3]. Так, каждый человек обладает тенденцией злоупотреблять одной определенной временной перспективой – он



может концентрироваться на будущем, или на настоящем, или на прошлом. При этом у каждого вида «злоупотребления» одной определенной временной перспективы есть особенности. Ф. Зимбардо в своей книге «Парадокс времени» описывает их. Например, люди, ориентированные на настоящее, показывают высокую готовность помогать другим, но при этом не готовы помогать себе и, более того, принимать чужую помощь. В свою очередь, люди, больше ориентированные на будущее, с большей вероятностью будут успешными, но с наименьшей вероятностью будут помогать другим.

При этом разные установки в восприятии своего прошлого играют большую роль в принятии решений сегодня, потому что становятся своего рода ограничительными точками зрения, преобладающими в уме тех, кто позитивно или негативно относится к своему прошлому. Ф. Зимбардо выделяет два пункта, по которым можно определить отношение человека к своему прошлому: негативное прошлое (в таком случае прошлое вызывает отрицательные эмоции, видится неприятным и вызывающим отвращение); и позитивное прошлое (воспоминания и прошлый опыт представляются "в лучшем свете", с ноткой ностальгии, т.е. видятся приятными). Эти пункты не антонимичны, т.е. «сильная выраженность одного из аспектов не влечет более слабую представленность в сознании другого аспекта» [3].

Также выделяются два пункта, по которым определяются отношения к настоящему. Гедонистическое настоящее – полное удовольствия, в таком случае высоко ценится настоящий момент, человек не жалеет о своем поведении и не жалеет о совершенных поступках. Фаталистическое настоящее характеризует неспособность повлиять на события своего настоящего, ни на события будущего, человек верит в судьбу и подчиняется ей, думая, что изменения невозможны.

Только один пункт выделяется в оценке индивидом своего будущего – это ориентация на будущее. Этот пункт характеризуется присутствием «целей и планов на будущее, а также поведением, направленным на осуществление этих целей и планов» [7].

Также выделяется сбалансированная временная перспектива (временная ориентация) – психологический конструкт, который связан с гибким переключением между мыслями о настоящем, прошлом или будущем, в зависимости от ситуаций, оценки возможностей, личностных и социальных оценок.

Рассматривая временную перспективу личности в стрессовой ситуации, следует отметить, что в психологии время может изучаться с двух совершенно разных точек зрения, как объективный и как субъективный фактор. В одном случае говорится об объективном ограничении времени, которое выделено для решения той или иной задачи (например, в эксперименте), а в другом больше внимания уделяется тому, как относится субъект к ограничению во времени и какими представлениями о времени он руководствуется [6].

Классическая в психологии стресса схема Р. Лазаруса (стрессор – первичная, вторичная оценка – переоценка – копинги) соотносится с «субъективностью» фактора времени [1]. Одновременно время может быть как стрессором (ощущение «нехватки» времени), так и ресурсом, который может помочь справиться со стрессом (говорится, что «время лечит»). Но при этом время всегда неотделимо от субъективной оценки индивида.

**Материалы и методы.** Обследовано две группы испытуемых. Основная группа – больные сахарным диабетом первого типа в количестве 26 человек, средний возраст 23,5 года. Группа сравнения – студенты 5 курса факультета социальной работы и клинической психологии в количестве 48 человек. Средний возраст – 22,5 года. Группы исходно сопоставимы по своим данным.

Все испытуемые заполнили психодиагностические методики:

1. Опросник стилей отношений ко времени Ж.К. Узунье.
2. Семантический дифференциал времени (Л.И. Вассерман, О.Н. Кузнецов, В.А. Ташлыков, М. Тейверлаур, К.Р. Червинская, О.Ю. Щелкова).
3. Опросник по временной перспективе Ф.Д. Зимбардо (ZTPI), модификация А. Сырцовой, Е.Т. Соколовой, О.В. Митиной.
4. Методика «Мой жизненный путь» И.Л. Соломина.

**Результаты и обсуждение.** При оценке временной перспективы, по опроснику Ж.К. Узунье, наиболее высокий балл в основной группе имеет шкала «Упорство»  $5,31 \pm 1,25$ , в группе сравнения  $5,5 \pm 0,68$ . Можно предположить, что участники основной и контрольной групп активно преодолевают трудности на пути к цели, так как эта шкала наиболее выражена в группах. Шкала «Стремление к быстрому результату» в данном случае, менее выражена в основной группе ( $3,37 \pm 1,57$  балла), чем в группе сравнения ( $3,8 \pm 0,88$  балла).

Шкала «Покорность времени» более выражена в основной группе –  $5,1 \pm 1,48$  балла по сравнению с контрольной –  $4,78 \pm 1,6$  балла. Испытуемые основной группы находились на стационарном лечении, т.о. их личным временем управлял персонал больницы. Не выявлено значимых различий и по шкале «Временная тревога» ( $3,39 \pm 1,43$  балла в основной группе и  $3,31 \pm 0,96$  балла в группе сравнения). Испытуемые обеих групп одинаково испытывают трудности в регуляции времени и беспокойство, связанное с этим.

Выявлены значимые различия по шкале «Будущее», показатели в основной группе –  $4,75 \pm 1,3$  балла, в контрольной группе –  $5,72 \pm 0,6$  балла ( $p=0,003$ ). Несмотря на то, что этот параметр значим для обеих групп, испытуемые основной группы менее заинтересованы в будущем.

Показатели по шкале «Прошлое» ( $3,24 \pm 1,3$  балла в основной группе и  $3,54 \pm 1,33$  балла в группе сравнения) наименее выражены в двух группах, испытуемые менее ориентированы на анализ и рефлекссию прошлого, что характерно для данного возраста. Не обнаружено значимых различий по остальным показателям: «Экономическое время» ( $4,53 \pm 1,1$  балла в основной группе и  $4,54 \pm 1,16$  балла в группе сравнения); «Неструктурированное время» – в основной группе  $3,37 \pm 1,51$  балла и  $3,28 \pm 1,06$  балла в группе сравнения.

При оценке «Прошлого» по методике «Семантический дифференциал времени» на 1-м месте в основной группе шкала «Эмоциональная окраска времени» ( $7,06 \pm 6,6$ ) и  $8,83 \pm 5,2$  в группе сравнения, эта шкала имеет положительное значение, что указывает на позитивное восприятие психологического времени прошлого испытуемыми. При этом значение преобладает у группы сравнения, это может объясняться тем, что прошлое испытуемых контрольной группы не было омрачено заболеванием.

Показатели шкалы «Величина времени» значимо ниже в группе больных ( $p=0,02$ ) –  $5,33\pm 6,9$  балла в сравнении с  $9,89\pm 3,1$  балла у здоровых. Больные сахарным диабетом воспринимают свое прошлое менее ярко, чем здоровые испытуемые, что может объясняться использованием психологических защит.

Показатели шкалы «Активности времени» ( $4,94\pm 5,8$  балла в основной группе и  $3,28\pm 4,5$  балла в группе сравнения) положительные, свое прошлое испытуемые определили как активное, полное. Причем, в основной группе показатели выше, чем в группе сравнения.

«Структура времени» ( $-0,4\pm 4,35$  балла в основной группе и  $-0,3\pm 2,97$  балла в группе сравнения). Отрицательное значение этой шкалы означает, что испытуемые описывают время как кажущееся, далекое, частное, замкнутое и неосязаемое. Показатели шкал примерно одинаковы, испытуемые одинаково оценивают свою «структуру времени прошлого».

Наименее выраженная шкала в обеих группах – это «Ощущаемость времени» ( $-2,1\pm 4,5$  балла в основной группе и  $-1,1\pm 2,42$  балла в группе сравнения, значения отрицательны). Восприятие своего прошлого ощущается как далекое и кажущееся.

При оценке «Настоящего» на 1-м месте в основной группе находится шкала «Активность времени» ( $7,67\pm 5,42$  балла в основной группе и  $7,06\pm 3,74$  балла в группе сравнения). Шкала имеет положительное значение, психологическое время настоящего воспринимается испытуемыми обеих групп как насыщенное и активное.

По шкале «Эмоциональная окраска времени» показатели основной группы ( $7,22\pm 5,45$  балла) и группы сравнения ( $7,67\pm 5,3$  балла) практически не отличаются. Психологическое время настоящего кажется испытуемым весьма ярким и насыщенным.

Шкала «Величина времени» ( $6,06\pm 5,04$  балла в основной группе и  $6,06\pm 5,03$  балла в группе сравнения) имеет положительное значение, что говорит о восприятии испытуемыми времени как большого, медленного, глубокого, широкого. Такое представление свидетельствует о высоком мотивационном потенциале, а также о позитивном эмоциональном состоянии испытуемых. Значения между группами равны, т.е. восприятие психологического времени у испытуемых схоже.

Наименее выраженная шкала «Структура времени», в основной группе значение  $3,06\pm 4,98$  балла у испытуемых группы сравнения ( $2,83\pm 3,92$  балла). Это говорит о наличии у испытуемых плана действий.

Значимые различия ( $p=0,003$ ) получены по шкале «Ощущаемость времени»:  $-0,3\pm 4,34$  балла в основной группе и в группе сравнения  $3,17\pm 3,18$  балла. В основной группе испытуемых преобладает негативное отношение испытуемого к своему настоящему, о возможном нарушении ощущения изменения себя во времени. В то время как у испытуемых группы сравнения значение шкалы имеет положительный знак, это говорит о позитивном отношении к своему настоящему времени. Различия на наш взгляд могут объясняться стрессовой ситуацией у испытуемых основной группы, многие из них недавно поступили в стационар, само нахождение в больнице для испытуемых является стрессом.

При оценке будущего наиболее выражена шкала «Величина времени» (11,3±3,26 балла в основной группе и 11,3±3,21 балла в группе сравнения) в обеих группах. Испытуемые обеих групп оценивают свое время как понятное, неделимое, непрерывное. Испытуемые имеют высокий мотивационный потенциал.

По шкале «Эмоциональная окраска времени» (10,4±6,9 балла в основной группе и 9,78±3,5 балла в группе сравнения) получены положительные значения, испытуемые представляют свое будущее время как яркое, радостное, спокойное, возлагают большие надежды на него.

Показатели по шкале «Структура времени» у испытуемых обеих групп не отличаются. В основной группе – 61±4,8 балла и в группе сравнения – 3,39±4,35 балла.

Наименее всего выражена в обеих группах шкала «Ощущаемость времени» (-0,4±4,35 балла в основной группе и -0,3±3,04 балла в группе сравнения, значения отрицательны), что характеризует восприятие будущего как далекого, кажущегося. Значимых различий не обнаружено, обе группы испытуемых больше времени уделяют настоящему.

По результатам опросника временной перспективы Ф. Зимбардо (ZTPI), установлено, что как в основной, так и в группе сравнения преобладают значения по шкале «Будущее» (3,74±0,6 баллов в основной группе и 3,8±0,5 баллов в группе сравнения), которая отражает общую ориентацию на будущее, имеется стремление к целям и вознаграждениям будущего.

По шкале «Позитивное прошлое» (в основной группе –3,71±0,54 баллов, в группе сравнения – 3,85±0,68 балла) показатели не существенно отличаются. Эта шкала характеризуется теплым сентиментальным, ностальгическим отношением к прошлому, которое видится в радужном свете. В отличие от нее шкала «Негативное прошлое» менее выражена в изучаемых группах: в основной группе – 2,97±0,7; в группе сравнения –2,51±0,86. Шкала отражает общее пессимистическое, негативное или с примесью отвращения отношение к прошлому.

Показатели шкалы «Гедонистическое настоящее» в основной группе – 3,45±0,63, в группе сравнения – 3,29±0,5 также не имеют значимых различий. Шкала отражает рискованное, по принципу: «а мне все равно», отношение ко времени и жизни.

Шкала «Фаталистическое настоящее» менее всего выражена в обеих группах, в основной группе испытуемых – 2,8±0,53 и у группы сравнения – 2,48±0,6. Шкала «Фаталистическое настоящее» раскрывает беспомощное и безнадежное отношение к будущему и жизни и отражает отсутствие сфокусированной временной перспективы в отличие от вышеназванных фокусов. Имеется предубеждение, что будущее предопределено, и на него невозможно повлиять индивидуальными действиями, что настоящее нужно переносить с покорностью и смирением.

Шкала «Трансцендентное будущее» (в основной группе – 3,26±0,77 и в группе сравнения – 3,39±0,55 балла) не имеет различий у двух групп.

При оценке восприятия временной перспективы в методике «Жизненный путь» отмечено, что после предъявления задания 70% больных сахарным диабетом

первого типа испытали своего рода шок. Многие отказывались рисовать что-либо, соглашаясь только после продолжительной беседы. Это может быть расценено как сопротивление испытуемых, уход от осознания возможных проблем, нежелании раскрыть себя.

При интерпретации рисунков во многих работах был отмечен слабый нажим, как признак неуверенности. Большинство рисунков больных сахарным диабетом первого типа схематичны, что может говорить о сниженной активности и возможных соматических проблемах.

В основной группе у 17% испытуемых выделены рисунки с более целостным восприятием временной перспективы, выявлено значимое отличие по сравнению с контрольной группой. У 39% испытуемых изображены «схематичные» (пустые) рисунки. У 44% испытуемых были выделены рисунки с «поэтапным» (несвязанным между собой) изображением временной перспективы.

При обработке результатов группы сравнения было выявлено, что у 67% испытуемых в рисунке Жизненного пути изображено целостное восприятие временной перспективы, у 33% испытуемых было изображено «поэтапное», несвязанное между собой прошлое, настоящее и будущее, т.е. рисунок изображен своеобразными периодами. Рисунков со схематичным изображением жизненного пути выявлено не было. Выявлено значимое отличие по данным показателям между контрольной и экспериментальной группой.

При исследовании величины Жизненного пути и его временных отрезков (прошлое, настоящее, будущее) было выявлено, что количество испытуемых основной группы, ориентированных на прошлое 45%, ориентированных на настоящее 33% испытуемых, на будущее – 22% испытуемых. В контрольной группе испытуемых ориентировано на настоящее 78%, на прошлое – 16% испытуемых, и на будущее – 6% испытуемых. По этому показателю определены достоверные различия между группами ( $p \leq 0,01$ ). Таким образом, больные сахарным диабетом первого типа имеют направленность в прошлое, по сравнению с контрольной выборкой.

### **Выводы.**

1. В группе больных сахарным диабетом ярче выражено пессимистичное, негативное отношение к прошлому. При сравнении данных в восприятии прошлого у здоровых было выявлено различие в эмоциональной окраске времени.

2. Имеются различия в восприятии временной перспективы настоящего. В группе больных сахарным диабетом значение шкалы имеет отрицательный знак (в контрольной группе – положительный знак), это свидетельствует о негативном отношении испытуемого к своему настоящему, о возможном нарушении ощущения изменения себя во времени.

3. У больных сахарным диабетом значимо ниже показатель «Активность времени» по сравнению со здоровыми, то есть испытуемые основной группы представляют свое будущее менее активным по сравнению с контрольной группой.

4. При восприятии будущего у больных сахарным диабетом преобладает беспомощное и безнадежное отношение к будущему, имеются предубеждения, что оно предопределено и на него невозможно повлиять каким-либо действиями.

5. Выявлены значимые отличия восприятия временной перспективы по шкале «Будущее» между основной и контрольной группами ( $p < 0,01$ ). Больные сахарным диабетом менее направлены в будущее, чем здоровые.

6. При интерпретации рисунков отмечено, что большая часть больных сахарным диабетом неуверенны в себе.

## Литература

1. Брайт Д., Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования, мифы. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 352 с.
2. Буравцова Н.В. Суверенность психологического пространства как фактор, способствующий развитию ценностно-смыслового пространства личности // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия Психология. 2008. Т.2 № 1 С. 45-49.
3. Зимбардо Ф. Парадокс времени. Новая психология времени, которая улучшит вашу жизнь. СПб.: Речь, 2010. – 352 с.
4. Никитин Ю.П., Симонова Г.И. Сахарный диабет и метаболический синдром в Сибири и на Дальнем Востоке // Вестник РАМН. – 2012. – №1. – С. 66-74.
5. Овчинников А.А. Особенности Я-образа больных эндокринными заболеваниями [Электронный ресурс] / А.А. Овчинников, А.Н. Султанова, Т.Ю. Сычева // Медицина и образование в Сибири – 2015. – № 6. – Режим доступа: [http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1938](http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1938) (Дата обращения 30.04.2017).
6. Овчинников А.А. Взаимосвязь личностных особенностей и отношений к временному пространству [Электронный ресурс] / А.А. Овчинников, А.Н. Султанова, Т.Ю. Сычева // Медицина и образование в Сибири – 2015. – №6. – Режим доступа: [http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text\\_full.php?id=1996](http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1996) (Дата обращения 30.04.2017).
7. Сырцова А., Бойд Д., Митина О.В. Феномен временной перспективы в разных культурах (по материалам исследований с помощью методики ZPTI) // Культурно-историческая психология. – №4. – 2007.
8. Урванцев Л.П. Психология соматического больного. - Ярославль: Открытое общество, 2000. – 167 с.

## **Картина нарушений когнитивного развития детей с резидуальной церебральной органической патологией и ЭЭГ-признаками незрелости головного мозга**

Туровская Н.Г.<sup>1</sup>, Воронкова А.А.<sup>2</sup>, Курушкина В.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Волгоградский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница»<sup>2</sup>  
Волгоград

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья пациенты с резидуальной церебральной патологией составляют самую многочисленную группу, состав которой характеризуется выраженной неоднородностью и полиморфизмом [2, 5]. Неотработанная система динамического психологического наблюдения за детьми данной категории в различные периоды детства, позднее начало комплексных коррекционных мероприятий приводят к нарушению формирования высших психических функций [6].

В процессе оказания помощи детям с нервно-психическими расстройствами особое значение приобретает реализация принципа комплексности и взаимодействия всех работающих с ребенком специалистов [8]. Так, учет совокупности психофизиологических параметров функционирования головного мозга ребенка, в сочетании с клинико-психологическими данными позволило бы не только спрогнозировать специфику возможного нарушения психического развития, но и существенно повысить эффективность психологического сопровождения больного и, следовательно, обеспечить дополнительный ресурс оказания помощи помимо медикаментозного лечения [9].

Существует ряд важных отечественных исследований, направленных на выявление нейро- и психофизиологических механизмов отклонений в психическом развитии детей с умственной отсталостью, задержкой психического развития, сенсорными дефектами [3, 10 и др.]. Исследованы особенности электроэнцефалографии (далее – ЭЭГ) детей раннего возраста с перинатальной энцефалопатией и детским церебральным параличом [1]. Однако выявление закономерностей, механизмов и клинико-психологической структуры патологии психического развития детей с резидуальной церебральной органической патологией требует дальнейшего изучения больных указанных категорий.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница». В исследовании приняли участие 66 детей в возрасте 6–9 лет и их родители (законные представители).

Испытуемым был выставлен один из следующих клинических диагнозов: F06.69 – Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с неуточненным заболеванием; F06.79 – Легкое когнитивное расстройство в связи с неуточненным заболеванием; F06.829 – Органическое непсихотическое

расстройство в связи с неуточненным заболеванием; F07.87 – Органические расстройства личности и поведения в связи с перинатальной патологией, F07.89 – Органические расстройства личности и поведения в связи с неуточненным заболеванием; F07.97 – Органические расстройства личности и поведения в форме легкой/умеренной/выраженной интеллектуальной неполноценности в связи с перинатальной патологией, F07.99 – Органические расстройства личности и поведения в форме легкой/умеренной/выраженной интеллектуальной неполноценности в связи с неуточненным заболеванием.

В качестве психологических методов исследования использовались клинико-биографические (изучение медицинской документации, анализ анамнестических сведений, наблюдение) и экспериментально-психологические (методы нейропсихологического исследования высших психических функций у детей (Цветкова Л.С., 2002)).

В процессе изучения историй болезни анализировались следующие анамнестические данные: наличие резидуально-органической церебральной патологии и результаты ЭЭГ-обследования.

Нейропсихологическое исследование позволило оценить состояние ряда высших когнитивных функций: регуляторного, динамического и кинестетического праксиса, слухового и фонематического восприятия, номинативной функции речи, тактильного, предметного и сомато-пространственного гнозиса, оптико-пространственного фактора, способности понимания логико-грамматических конструкций, слухоречевой памяти, внимания, мышления.

Биоэлектрическая активность головного мозга регистрировалась в стандартных монополярных и биполярных отведениях, на электроэнцефалографе "Мицар-ЭЭГ-201". При исследовании использовалась стандартная схема расположения электродов по системе Джаспера «10–20».

У 97,6% из принявших участие в исследовании детей была диагностирована фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа. Для оценки целостного паттерна ЭЭГ использовались классификация и критерии, предложенные Е.А. Жирмунской и В.С. Лосевым (1994) [4], и рекомендации по интерпретации ЭЭГ детей Н.К. Благодсконовой, Л.А.Новиковой (1994) [1].

Было установлено, что у большинства обследованных детей ЭЭГ были представлены двумя основными типами:

1) ЭЭГ дезорганизованного типа, при котором доминирует недостаточно организованная альфа-активность, регистрирующаяся со средним на границе с высоким индексом, частотой около 9,5 Гц и амплитудой до 100 мкВ, достаточно устойчивого ритма, локализованная в теменно-затылочных и центральных областях коры;

2) ЭЭГ дезорганизованного типа, с преобладанием медленноволновой тета-активности или без отчетливого преобладания определенного вида активности. Альфа-активность выражена недостаточно (среднего индекса), регистрируется в виде групповых колебаний, низкой частоты до 8,5 Гц и низкой амплитуды до 50 мкВ.

Следует отметить, что и в норме для фоновой ЭЭГ детей 6–7 лет характерен дезорганизованный ритм с доминирующей частотой 8–10 кол/с, который в 7–8 лет



сменяется регулярным альфа-ритмом [10, с.146]. При этом в 7–8 лет в 35% случаев диагностируется четко выраженный альфа-ритм, доминирующий в затылочно-теменных областях коры; в 31% случаев отмечается сочетание преобладающего в затылочно-теменных областях коры альфа-ритма со значительным числом медленных волн (в передних областях коры может регистрироваться полиморфная активность); в 34% случаев ЭЭГ носит полиморфный характер с преобладанием во всех областях низкоамплитудных колебаний различного частотного диапазона [1, с. 40]. К 10 годам созревание основного ритма ЭЭГ – альфа-ритма в основном завершается, его средние показатели становятся равными характерной для взрослого человека частоте (10 кол/с), однако сохраняются отдельные черты незрелости биоэлектрической активности головного мозга, в частности, различная степень выраженности альфа-ритма в затылочных, теменных и центральных областях коры [1, с. 43].

Созревание альфа-ритма (увеличение его частоты и показателей доминирования) и уменьшение представленности на ЭЭГ медленных дельта-ритма и, особенно, тета-ритма в центральных областях коры, как указывают Н.К. Благодосклонова и Л.А. Новикова, отражают как созревание нейронального аппарата коры, так и определенную динамику корково-подкорковых взаимодействий (усиление тормозящих влияний коры на стволовые структуры мозга) [1, с.50]. Этот аспект учитывался при анализе результатов нейропсихологического исследования респондентов: наличие фоновой ЭЭГ дезорганизованного типа воспринималось нами, как минимум, как показатель незрелости головного мозга.

Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты дисперсионного анализа показали, что наличие фоновой ЭЭГ дезорганизованного типа у детей с резидуальной церебральной недостаточностью сопровождается недостаточностью регуляторного фактора ( $F=5,692$ ;  $p=0,020$ ), оптико-пространственного фактора ( $F=5,115$ ;  $p=0,027$ ), внимательности ( $F=5,787$ ;  $p=0,018$ ), модально-неспецифическими нарушениями памяти ( $F=6,494$ ;  $p=0,013$ ) и эмоционально-волевыми нарушениями ( $F=4,732$ ;  $p=0,033$ ).

Данные результаты позволяют сделать вывод о том, что фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа у детей 6–8 лет с резидуальной церебральной органической патологией сочетается, в первую очередь, с несформированностью функций третичных ассоциативных полей (лобных префронтальных, зоны ТРО) коры больших полушарий головного мозга.

В поведении таких детей отмечаются выраженные трудности волевой организации деятельности, концентрации активного внимания. Такие дети отличаются чрезмерной подвижностью, активностью, повышенной отвлекаемостью, пресыщаемостью психической деятельности, что значительно затрудняет их воспитание и обучение, является фактором повышенного риска как невротизации, так и формирования в будущем (в ситуации сохранения незрелости/патологии функций мозга) личностной патологии по «органическому» типу. Это предположение подтверждается наличием статистически значимой связи

между выявлением фоновой ЭЭГ дезорганизованного типа и эмоционально-волевыми нарушениями у указанной категории детей [9].

Несформированность оптико-пространственного фактора проявляется в недостаточном развитии у детей пространственных представлений, в том числе умения ориентироваться в пространстве листа, слабом развитии конструктивной деятельности и пространственного мышления [9].

Наличие модально-неспецифических нарушений памяти может свидетельствовать о дисфункции первого (энергетического) структурно-функционального блока головного мозга (по А.Р. Лурия), отвечающего за поддержание адекватного тонуса психической деятельности, либо о несформированности корково-подкорковых взаимодействий в осуществлении психических процессов. Следовательно, такие дети могут отличаться повышенной истощаемостью психической деятельности, неустойчивой работоспособностью, испытывают трудности запоминания информации любой модальности, что в сочетании с несформированностью активного внимания и волевых процессов может препятствовать успешному обучению в начальной школе, а в ситуации сохранения незрелости/патологии функций мозга стать значительным по силе патогенетическим фактором нарушения когнитивного развития ребенка в целом [9].

Анализ состояния когнитивных функций у детей из выделенных по типу ЭЭГ групп показал, что различная картина ЭЭГ у детей 6–9 лет с резидуальной церебральной органической патологией коррелирует с различной структурой когнитивной недостаточности. Так, сравнительный анализ с помощью t-критерия Стьюдента выявил статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ) между двумя группами детей по таким параметрам, как развитие регуляторного, динамического, конструктивного и пространственного праксиса, понимания логико-грамматических конструкций (квазипространственных отношений), интеллектуальных процессов, навыков письма, чтения и счета. Следовательно, у детей второй группы, на ЭЭГ которых недостаточно выражена альфа-активность, наблюдаются более выраженная несформированность функций третичных корковых полей и премоторных отделов лобных долей коры больших полушарий головного мозга. Дисфункция стволово-диэнцефальных отделов у детей обеих групп выражена одинаково сильно.

Нейропсихологическое исследование детей первой группы обнаружило нарушение динамического и регуляторного компонента психической деятельности в виде повышенной истощаемости и снижении темпа психической деятельности, умеренных трудностей принятия и удержания задачи деятельности, концентрации активного внимания, ослабления регулирующей функции речи, эмоциональной лабильности.

Нейропсихологическое исследование детей с преобладанием медленноволновой тета-активности или без отчетливого преобладания определенного вида активности на ЭЭГ дезорганизованного типа показало, что недостаточность динамического и регуляторного компонента у данной группы респондентов проявляется в быстрой пресыщаемости психической деятельности, общей мотивационной обедненности (отсутствии познавательных интересов), выраженных трудностях принятия и сохранения задачи деятельности, низкой

работоспособности, значительном снижении темпа деятельности, сочетании импульсивности и инертности психической деятельности. Характер динамических нарушений у детей второй группы был иной, чем у первой группы: симптомы повышенной лабильности и истощаемости перекрывались инертностью с наличием персевераторных явлений, трудностей переключения. Для эмоциональной сферы были характерны черты эмоциональной вязкости.

Если несформированность оптико-пространственного фактора у детей первой группы проявлялась в трудностях ориентации в пространстве относительно себя и другого объекта, то у детей второй группы – в недостаточном развитии пространственных представлений на уровне ориентировки в собственном теле, слабом развитии конструктивной деятельности и пространственного мышления.

У детей первой группы были выявлены легкие нарушения логико-грамматических операций. Особую трудность для них представляло понимание конструкции атрибутивного родительного падежа («брат отца» или «отец брата», «хозяин собаки» или «собака хозяина»). Умеренная несформированность квазипространственного фактора у детей второй группы проявлялась (помимо указанных выше) в трудностях в понимании сравнительных отношений (например, «Катя светлее Сони», «Соня светлее Кати») и таких временных отношений, которые включают пространственную компоненту («весна перед летом», «зима после осени» и т. д.).

**Заключение.** Таким образом, в результате эмпирического исследования было выявлено, что фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа у детей с резидуальной церебральной органической недостаточностью сопровождается несформированностью регуляторного фактора, оптико-пространственного фактора, внимательности и модально-неспецифическими нарушениями памяти. Данные результаты позволяют сделать вывод о том, что фоновая ЭЭГ дезорганизованного типа у детей 7-9 лет с указанной нервно-психической патологией сочетается, в первую очередь, с несформированностью функций третичных ассоциативных полей (лобных префронтальных, зоны ТРО) коры больших полушарий головного мозга. Наличие модально-неспецифических нарушений памяти может свидетельствовать о дисфункции первого (энергетического) структурно-функционального блока головного мозга (по А.Р. Лурия), отвечающего за поддержание адекватного тонууса психической деятельности, либо о несформированности корково-подкорковых взаимодействий в осуществлении психических процессов.

Также установлено, что чем ниже уровень альфа-активности на ЭЭГ детей младшего школьного возраста, тем более выраженный характер носят нарушения регуляторных функций, динамического фактора и пространственных синтезов.

Результаты данного психологического исследования позволят более дифференцированно проанализировать особенности психического развития детей с резидуально-органической церебральной патологией и подобрать адекватные пути оказания им не только медикаментозной, но и психологической помощи.

## Литература

1. *Благосклонова, Н.К., Новикова, Л.А. Детская клиническая электроэнцефалография: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 201с.*
2. *Буторина, Н.Е., Благинина, Н.А. Клинические особенности резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей младшего школьного возраста: полидисциплинарные аспекты. – Челябинск: Изд-во Сити-Принт, 2011. – 260 с.*
3. *Дети со сложными нарушениями развития. Психофизиологические исследования / Под ред. Григорьевой Л.П. М.: Издательство Экзамен, 2006. – 352 с.*
4. *Жирмунская, Е.А., Лосев В.С. Системы описания и классификация электроэнцефалограмм человека. М.: Наука, 1994.*
5. *Линьков, В.В., Новиков, А.Е., Лобанова, Л.В. Минимальная мозговая дисфункция у детей и подростков: Учеб.пособие. – Иваново: «Научный мир», 2002. – 72 с.*
6. *Стребелева, Е.А., Белякова, Ю.Ю., Браткова, М.В. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: метод. пособие для педагогов / Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Экзамен, 2004. – 127 с.*
7. *Туровская, Н.Г., Тимофеев, А.В. Психические расстройства в детском возрасте. Возможности психологического сопровождения // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2012. – Т. 42. – №2. – С. 112–116.*
8. *Туровская Н.Г., Курушина О.В., Деларю В.В. Неврологическая и психологическая оценка развития ребенка первого года жизни // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 56. – № 4. – С. 3–8.*
9. *Туровская, Н.Г. Особенности когнитивного развития детей с эпилептиформной активностью на ЭЭГ // Психиатрия. – 2016. – Т. 71. – № 3. – С. 30–39.*
10. *Фишман, М.Н. Нейрофизиологические механизмы отклонений в умственном развитии у детей: методическое пособие. – М.: Издательство Экзамен, 2006. – 156 с.*

## **Использование тренинга когнитивных и социальных навыков в комплексном лечении пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара**

Ханько А.В.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»  
Санкт-Петербург

На сегодняшний день достоверно известно, что первые годы после манифестации шизофрении являются тем «критическим периодом», когда происходят наиболее серьезные биологические, психологические и социальные изменения [2]. Результаты проведенных в этой области исследований свидетельствуют, что у больных, перенесших первый психотический эпизод, снижается эффективность переработки информации, ухудшаются внимание,

вербальная и рабочая память, зрительно-пространственный процессинг, мышление и исполнительские функции [1, 8, 11]. Эти нарушения психической деятельности, входящие в понятие «нейро-когнитивный дефицит», в свою очередь, влияют на снижение социальных навыков [4, 6, 12] – социального восприятия, вербальных коммуникаций, способности к решению межличностных проблем и преодолению сложных жизненных ситуаций, обуславливая нарушение трудового функционирования и социальную беспомощность больных шизофренией, развивающуюся уже в первые годы болезни [7, 9, 10]. Поэтому приоритетными задачами психосоциальной реабилитации пациентов с первым психотическим эпизодом являются восстановление когнитивных, мотивационных, эмоциональных и социальных функций личности, а также оптимизация психологической адаптации пациентов к заболеванию.

Для решения этих задач сегодня в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 имени П.П. Кащенко используются различные методы и формы психосоциальных вмешательств на основе бригадного полипрофессионального ведения больных с участием психиатра, психотерапевта, медицинского психолога и специалиста по социальной работе. Одним из наиболее устойчиво реализованных из них является тренинг когнитивных и социальных навыков (ТКСН), который проводится в отделениях первого психотического эпизода на постоянной основе и позволяет достаточно эффективно решать проблему восстановления когнитивных функций и развития социальных способностей пациентов, оптимизации их социального поведения и включения в более широкую сеть межличностных контактов [3, 5].

В основе применяемого нами тренинга лежат принципы швейцарской интегративной психологической терапии и программа тренинга когнитивных и социальных навыков, разработанная под руководством А.Б. Холмогоровой в лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии [6]. Эта программа, ориентированная на больных шизофренией с разной длительностью заболевания и предполагающая деление тренинговой работы на интенсивный (в закрытой группе в больнице) и поддерживающий (в частично открытой группе в амбулаторных условиях) этапы, была несколько модифицирована нами для работы с пациентами с первым психотическим эпизодом в условиях стационара.

В тренинге принимают участие мужчины и женщины, страдающие шизофренией или расстройствами шизофренического спектра, с длительностью заболевания не более пяти лет с момента манифестации, в течение которых отмечалось не более трех психотических приступов. В этой связи в работе обязательно учитываются следующие важные обстоятельства: дезорганизующие поведение и снижающие уровень включенности в социальное взаимодействие растерянность и страх пациентов перед остро развившимися проявлениями своего заболевания; высокий уровень внутренней напряженности в связи с попаданием в психиатрический стационар; преимущественно молодой возраст участников группы; небольшие сроки пребывания пациентов в стационаре; относительно сохранная мотивация больных на дальнейшее успешное социально-трудовое функционирование.

Цель ТКСН у пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара – в сжатые сроки восстановление или повышение эффективности их психической деятельности и выработка адаптивных форм социального поведения. Основными задачами тренинга являются:

1. Снижение уровня нервно-психической напряженности и повышение психической активности пациентов.

2. Усиление произвольной регуляции памяти, внимания и снижение интеллектуальной ангедонии.

3. Усиление коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления.

4. Повышение уверенности в себе и развитие способности к кооперации.

5. Развитие социального восприятия (изменение ригидного образца интерпретаций и выработка адекватных представлений о социальной ситуации).

6. Повышение эмоциональной компетенции и развитие способности к регуляции своих состояний.

7. Улучшение вербальной коммуникации (развитие коммуникативных навыков слушания, понимания и вхождения в контакт).

8. Отработка навыков социального поведения (тренировка образцов поведения, тесно связанных с дальнейшей жизнью пациентов).

9. Обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем

В комплексном лечении больных с первым психотическим эпизодом в условиях стационара ТКСН проводится нами параллельно с психообразовательными программами, что позволяет облегчить выработку активной позиции пациентов в преодолении психического заболевания и его последствий, сформировать ответственность пациентов за свое поведение и улучшить комплаенс. Тренинг проводится в закрытых группах при участии медицинского психолога и специалиста по социальной работе. Начинаются занятия сразу после купирования острых проявлений заболевания, в течение 3 недель проводится 12 занятий.

Перед началом работы в группе на предварительном этапе происходит первичное индивидуальное консультирование, которое необходимо для оценки психического состояния пациента, выработки мотивации к занятиям и установления партнерских отношений. В процессе данного консультирования проводится психологическое исследование, выявляются не только нарушенные, но и сохраненные стороны личности, на которые можно будет опираться в процессе тренинга.

Занятия осуществляются в специальном тренинговом помещении реабилитационного центра больницы, оборудованном компьютером, проектором, доской для иллюстраций. Применяется практика объединенных групп мужского и женского отделений, что облегчает преодоление в процессе групповой работы пассивности, отгороженности, напряженности и страха перед общением, приближает групповую ситуацию к реальной жизненной динамике пациента. Активно используются следующие хорошо зарекомендовавшие себя методы социального научения: инструктирование, как вести себя в той или иной ситуации; анализ и подкрепление определенных видов поведения; воспроизведение модели

поведения; разыгрывание ролей; домашние задания на отработку желаемого поведения. Стимулируется активность участников и спонтанность в групповом взаимодействии. Со стороны ведущих пациентам предоставляется высокая степень эмоциональной поддержки и четкая обратная связь. Избегаются эмоциональные, когнитивные, физические перегрузки.

Каждое занятие длится не более 1 часа и имеет четкую структуру. В начале каждый участник приветствует группу и говорит несколько слов о себе – своём настрое в данный момент и том, что ему больше всего запомнилось с прошлого занятия. Затем проводится разминочное упражнение, направленное на активизацию участников, проверяется «домашнее задание», сообщается информация в рамках подпрограмм тренинга и выполняются более трудоемкие упражнения на отработку различных навыков. В конце занятия обсуждаются результаты выполнения упражнений, подводятся итоги, дается «домашнее задание» и проводится короткое упражнение, поддерживающее положительную эмоциональную атмосферу, создающее ощущение успеха и удовольствия. Сложность тренировок и их количество в неделю постепенно нарастает.

Важным принципом ТКСН с пациентами стационара с первым психотическим эпизодом являются соответствие подпрограмм тренинга смене фаз развития группы. На первых занятиях, когда участники адаптируются друг к другу, проявляют повышенную тревожность, неуверенность, а затем – тенденцию к самоутверждению и протесту, проводится тренировка когнитивной дифференциации – произвольного внимания, памяти, зрительно-моторной координации, мышления. На следующем этапе тренинговой работы у пациентов снижается эмоциональная напряженность, начинают устанавливаться взаимоотношения и зарождаться взаимопонимание, что значительно облегчает тренировку социального восприятия, вербальных коммуникаций и способности к кооперации. Заключительные занятия, когда группа становится рабочим коллективом, посвящаются отработке навыков социального поведения и эффективного решения межличностных проблем.

Традиционно предполагается разделение функций между основным ведущим – медицинским психологом и соведущим – специалистом по социальной работе. Медицинский психолог дает инструкции к упражнениям и руководит общей последовательностью работы, предоставляет информацию в рамках подпрограмм тренинга, следит за правильностью выполнения упражнений и динамикой эмоционального состояния участников, дает необходимую обратную связь членам группы. Специалист по социальной работе помогает в ситуациях, требующих моделирования, стимулирует коммуникации в группе и поддерживает атмосферу эмпатии и взаимопомощи.

Параллельно с ТКСН с пациентами могут осуществляться другие психосоциальные мероприятия, при этом дважды в неделю проходят собрания членов полипрофессиональной бригады, на которых, в числе прочего, определяются особенности проведения тренинговых мероприятий с каждым пациентом, оценивается завершенность, эффективность поставленных целей и задач, что фиксируется в «картах бригадной курации».

Оценка эффективности ТКСН осуществляется с помощью клинических наблюдений и различных психодиагностических методик на оценку когнитивной, мотивационной, эмоциональной сфер личности. Практически у всех пациентов, участвовавших в нашем тренинге, отмечается улучшение психического и социального функционирования, в том числе: улучшение когнитивных функций, повышение дифференцированности социального восприятия, повышение самооценки, улучшение восприятия социальной поддержки, увеличение эмоциональной стабильности и готовности к сотрудничеству, а также повышение личностных ресурсов и снижение уровня тревоги.

Таким образом, тренинг когнитивных и социальных навыков является необходимым компонентом комплексного лечения больных с первым психотическим эпизодом и обеспечивает повышение качества психиатрической и психосоциальной помощи пациентам. Используемая нами программа ТКСН имеет свою специфику в условиях стационарного лечения и представляет собой результат обобщения имеющегося в современной науке опыта тренировки когнитивно-социального функционирования больных шизофренией.

## Литература

1. Аведисова А.С. Шизофрения и когнитивный дефицит / А.С. Аведисова, Н.Н. Вериго // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2001. – Т.3., №6. – с. 5.
2. Гурович И.Я. Оказание комплексной полипрофессиональной помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями на этапе их дальнейшего ведения / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Л.Г. Мовина [и др.] // *Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей и других специалистов, оказывающих психиатрическую помощь: Методические рекомендации, пособие*. – М.: ООО "ИПУЗ", 2009. – С. 431-448.
3. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении): методические рекомендации / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Е.Б. Любов [и др.] – М.: НИИ Психиатрии, 2007. – 23 с.
4. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни: дисс. ... канд. мед. наук / М.В. Магомедова. – М., 2003. – 142 с.
5. Ханько А.В. Психологическое сопровождение пациентов в отделении первого психотического эпизода психиатрического стационара / А.В. Ханько // *Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи (в двух томах)*. Т.2. Под ред. О.В. Лыманкина. – СПб., 2009. – С. 122-129.
6. Холмогорова А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, А.А. Долныкова, А.Б. Шмуклер // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2007. – Т. 17., № 4. – с. 67-77.
7. Bottlender R. Against: «Every person with schizophrenia should be treated as early as possible» / R. Bottlender // *Psych. Prax.* – 2006. – Vol. 33. – P. 106 – 107.
8. Brewer W. Memory impairments identified in people at ultra-high risk for psychosis who later develop first-episode psychosis / W. Brewer, Sh. Francey, S. Wood, H. Jackson, Ch. Pantelis et al. // *Am J Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 71 – 78.
9. Brown S. Causes of the excess mortality of schizophrenia / S. Brown, B. Barraclough, H. Inskip // *British Journal of Psychiatry*. – 2000. – Vol. 177, № 3. – P. 212 – 217.



10. Carpenter W.T. *The prediction of outcome in schizophrenia: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort* / W.T. Carpenter, J.S. Strauss // *J Nerv Ment Dis.* – 1991. – Vol. 179. – P. 517 – 525.
11. Jobe T.H. *Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review* / T.H. Jobe, M. Harrow // *Can J Psychiat.* – 2005. – Vol. 50. – P. 852 – 900.
12. Saykin A.J. *Neuropsychological deficit in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia* / A.J. Saykin, D.L. Shtasel, R.E. Gur et al. // *Arch. Gen. Psychiat.* – 1994. – Vol. 51. – P. 124 – 131.

## **Задачи и проблемы внедрения и развития системы психосоциальной помощи психически больным**

Холмогорова А.Б.<sup>1,2</sup>, Рычкова О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Московский НИИ психиатрии - филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ

<sup>2</sup>Московский городской психолого-педагогический университет  
Москва

Внедрение психосоциальных форм помощи пациентам с психическими расстройствами в России подготовлено положительным опытом целого ряда клиник Москвы, Санкт-Петербурга, Оренбурга, Омска и других городов [1, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 16 и др.]. Так, исследования, проведенные сотрудниками Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова г. Омска, показали, что внедрение моделей комплексной психосоциальной помощи в два раза повышает эффективность и экономичность лечения тяжелых форм шизофрении по сравнению с традиционными моделями лечения [16]. Однако до сих пор большинство психиатрических больниц в нашей стране остаются ориентированными преимущественно на биологические методы лечения, что ставит перед специалистами службы психического здоровья, включая клинических психологов, задачу реорганизацию помощи с учетом результатов многочисленных научных исследований. Дальнейшее развитие системы оказания психиатрической помощи населению России должно происходить в соответствии с общепринятыми, утвержденными международными профессиональными сообществами медицинскими рекомендациями [3, 8, 14]. Однако тенденция к сокращению количества стационарных коек, децентрализации помощи, идеи о введении целевых показателей часто рождают у специалистов недоумение и опасения, что разрушение созданной системы помощи не получит достойного замещения и качество помощи больным будет снижаться [2, 4].

Подобного рода опасения можно понять, так как отказ от госпиталоцентризма неизбежно ведет к появлению новых многочисленных

проблем, которые должны быть учтены и решены. Так, растет число пациентов, требующих амбулаторного наблюдения; существенно более значимым фактором становится готовность пациента к соблюдению режима самостоятельного приема психофармакотерапии; перераспределяется ответственность за состояние пациента, с переносом ее значительной части с психиатрического учреждения на опекающую семью и службы сообщества. Уже только названные пункты ставят ряд сложных задач перед врачами, клиническими психологами, психотерапевтами и социальными работниками, участвующими в оказании помощи людям с психическими расстройствами. Особую остроту названные проблемы приобретают в случаях тяжелых психотических расстройств. Каковы же основные вызовы, возникающие в условиях перераспределения нагрузки на амбулаторное звено психиатрической помощи? Перечислим только некоторые из них.

1) Отказ от длительных госпитализаций психически больного требует другого подхода к выбору психофармакотерапии и ее проведению. Необходимо формирование готовности пациента к выписке, в котором важное место занимает принятие им роли субъекта собственного лечения. Принцип партнерства, в данном случае, должен быть реализован не на словах, а на деле, для чего необходима специализированная психологическая работа, направленная на более быстрое осознание пациентом особенностей своего состояния, возможностей использования психофармакотерапии и психологических средств для совладания с симптомами, повышение уровня комплаентности и собственной ответственности за проводимое лечение [10, 13, 14]. Подобные программы психообразования и психотерапии, учитывающие современные достижения в международной практике помощи, но адаптированные для российских пациентов и специалистов, крайне актуальны и нуждаются в дальнейшей разработке. Также необходимо увеличение ставок разных специалистов в амбулаторной сети, так как мотивирующие тренинги и психообразовательные программы не могут проводиться в больших группах и в короткое время.

2) Оказание действенной помощи больному в амбулаторных условиях трудно представить без участия лиц из его семейного окружения. Однако роль семьи возрастает одновременно с нагрузкой на семью, уровнем ответственности ее членов за соблюдение врачебных рекомендаций пациентом, за оказание ему помощи в восстановлении после приступа болезни. Социально-психологическая поддержка семьи, в свою очередь поддерживающей психически больного, – сложная комплексная проблема, не имеющая на сегодняшний день сколько-нибудь очевидного решения. В связи с этим необходимо создание системы поддержки таких семей, используя при этом не только психообразовательные программы (которые также нуждаются в дальнейшей разработке и внедрении), но и общественные ресурсы, возможности социальных и психологических служб, сети Интернет.

3) Длительное время отечественная психиатрия ориентировалась на использование стационарной психиатрической помощи при тяжелых психических расстройствах. Исследования объективной оценки эффективности стационарной помощи в России единичны [16]. Западная практика использования ресурсов страховых медицинских компаний для оплаты расходов на лечение психических

расстройств привела к тому, что аспект оценки не только эффективности, но и экономической целесообразности разных видов помощи активно изучался в представительных сравнительно-статистических исследованиях. И результаты многих исследований свидетельствуют о целесообразности использования стационарозамещающих технологий [см. обзор 19]. Недостаточность аналогичных по дизайну исследований в отечественной психиатрии способствует живучести мифов об эффективности преимущественно стационарной помощи. Такие исследования нужны, однако их проведение требует создания прецедентов адекватно организованной системы преемственности стационарной и амбулаторной помощи и выделения специальных ресурсов и финансирования.

4) Несмотря на рост числа регионов, разрабатывающих новые организационные формы помощи больным и на успешную работу отдельных учреждений, многие вопросы организации комплексной системы психосоциальной реабилитации пациентов остаются неясными, а специалисты на местах – не готовыми к их осуществлению. Дефицит широких контактов с научными сообществами, университетами, кафедрами, лабораториями, равно как и недостаточность материальной базы, приводят к невозможности реального и масштабного осуществления программ переподготовки специалистов. Несмотря на нарастающие темпы развития дистанционных технологий обучения в мире, отечественная высшая школа мало что может предложить для переподготовки психиатров и клинических психологов за пределами городской черты обеих столиц. Тогда как необходимость формирования целого ряда важных профессиональных компетенций у психологов, психотерапевтов, социальных работников в психиатрических учреждениях очевидна, и требует организационных ресурсов, создания специализированных программ повышения квалификации и переподготовки.

5) Одной из несомненных и досадных ошибок в организации психиатрической помощи и развитии амбулаторной службы стала ликвидация системы кабинетов неврозов в первичной медицинской сети, созданной в начале 2000-е гг. Эта система служила важным буфером, смягчающим нагрузку на других специалистов поликлиники, психиатрические стационары и ПНД, а также являлась важнейшей профилактической мерой для предотвращения хронификации психических расстройств [8]. Возрождение этой системы крайне необходимо.

Решение перечисленных задач будет содействовать изменению отношения к происходящим сдвигам в системе психиатрической помощи, а также успешному внедрению психосоциальных методов лечения лиц с психическими расстройствами на основе комплексного, полипрофессионального подхода с активным использованием психотерапевтической помощи и реабилитационных мероприятий. Недооценка роли психотерапии при лечении тяжелых психических расстройств, в отечественной психиатрии пока сохраняется. Между тем, неуклонно растет число исследований, которые в корне меняют традиционные представления о возможностях психотерапии. Назовем лишь некоторые.

1) Традиционно существующие представления о стабильности, неизменности личностных черт человека, об их предопределенности генетическими и конституциональными факторами разбиваются о результаты

современных исследований [17]. Недавний опубликованный в журнале «Psychological Bulletin» обзор 207 исследований на общем материале более 20 000 человек показал, что клиенты, участвующие в терапевтических интервенциях, значительно менее невротичны и чуть более экстравертированы после этих вмешательств (чем до них). Данные бросают вызов представлениям о том, что личностные черты закладываются при рождении или в детстве, и остаются неизменными. Проанализированные исследования включали в себя интервенции когнитивно-поведенческие, поддерживающие, психологическое консультирование, фармакотерапию (например, антидепрессанты), или сочетание подходов. Наибольшую положительную динамику претерпевали черты эмоциональной стабильности; а наиболее изменяющимися оказались пациенты с тревожными расстройствами (минимальные эффекты наблюдались у лиц, злоупотреблявших психоактивными веществами).

2) Журнал «Translational Psychiatry» опубликовал данные, основанные на использовании новейших технологий нейровизуализации, и свидетельствующие о том, что вследствие когнитивно-поведенческой психотерапии у пациентов с психотическими расстройствами не просто формируются новые мозговые связи, но такие связи оказывают долгосрочное положительное влияние [18]. В первую очередь, фиксируются связи между подкорковыми образованиями (миндалины) и префронтальными отделами коры больших полушарий, и данный эффект вызван психотерапевтическим воздействием (и не вызывается только психофармакотерапией). Привычная и распространенная недооценка роли психотерапии на основе подобных данных должна быть, по мнению авторов статьи, пересмотрена. Результаты исследования показывают, что именно психотерапия ассоциируется с долгосрочными положительными эффектами при лечении психозов, и с восстановлением от психоза (в рамках концепции «recovery»).

3) Для пациентов с психозами доказано значительное количество трагических, психотравмирующих событий в анамнезе. Данные клиницистов, исследователей (и диатез-стрессовая модель генеза психоза) свидетельствуют, что симптомы ПТСР повышают риск развития психоза. И хотя это так, симптомы ПТСР, практически, никогда у пациентов с шизофренией не становились основанием для назначения специализированной психотерапевтической помощи. О неправильности такой привычной тактики пишут специалисты из Амстердамского университета, доказавшие, что стандартная психотерапия психологической травмы не только безопасна для лиц с психотическими расстройствами, но и эффективна, а также улучшает их общее психическое состояние [20].

Общепринятая в мире и аргументированная данными обширных эпидемиологических исследований стратегия развития службы охраны психического здоровья требует комплексного, полипрофессионального подхода при ведении пациентов с психическими расстройствами, развития медико-психолого-социальных служб, ориентированных на ресоциализацию, реадaptацию больных в сообществе и в семье [3, 8, 14]. Необходим выбор вариантов помощи, возможность мониторинга и оценки эффективности, внедрение методов с

доказанной эффективностью, интеллектуальное инвестирование в развитие психиатрии, психотерапии, реабилитологии. Важно также широкое обсуждение указанных проблем в профессиональном сообществе с целью выработки наиболее эффективных путей внедрения новых технологий и вовлечения специалистов в обучающие программы. Не менее важна и поддержка общества в целом, формат просветительской, популяризаторской работы, и многое другое, что и составляет вызовы для отечественной психологической науки и практики в условиях происходящих изменений психиатрической службы.

В самом общем виде на основе доказательных международных исследований можно сформулировать следующие мишени психологической и психосоциальной помощи наиболее тяжелому контингенту психически больных – больным шизофренией:

– *Организация лечебной среды*: возможность регулярных осмысленных занятий по интересам; принимающий и заинтересованный персонал, поддерживающий установку на возможность выздоровления и возврата к нормальной жизни; раннее вмешательство социального работника, способного составить реалистичный план социальной и трудовой реабилитации пациента; избегание смены лечащего врача; систематические занятия в психотерапевтических группах; постепенность перехода от лечения в клинике к обычным условиям жизни.

– *Мероприятия на макросоциальном уровне*: преодоление характерной для нашей культуры стигматизации психически больных, создание дружественной, безопасной социальной среды, рабочих мест для психически больных, условий для их интеграции в социум. Также необходимым условием успеха в этом направлении становится отказ от замкнутости традиционной матрицы специализированной службы, использование других государственных и общественных институтов, с обеспечением для пациентов и их близких доступа ко всем организациям и учреждениям в сообществе, деятельность которых может быть использована для улучшения социального функционирования и качества жизни психически больных.

– *Личностный уровень и психические функции*: развитие автономии, самостоятельности, социальных навыков и навыков совладания со стрессом, способности к самовыражению, символизации своих переживаний, а также коммуникативной направленности мышления или способности к ментализации; разработка и внедрение психотерапевтических программ, направленных на компенсацию когнитивного дефицита у больных шизофренией и перестройку дисфункциональных убеждений и атрибутивного стиля, поддерживающих продуктивную симптоматику и параноидный настрой.

– *Семейный и интерперсональный уровни*: снижение критики и негативных эмоций в семье, повышение принятия, понимания и автономии членов семьи, принятие ответственности всеми членами семьи, расширение социальной сети больного, предотвращение изоляции, интеграция в социальную среду путем использования ресурсов семьи. Президент Ассоциации родственников людей с психическими расстройствами Берт Джонсон (Бельгия) в своем докладе отметил,

что в сумме численность семей такого типа составляет 25 млн. только в Европе (<http://jamhwb-finalconference.admeus.net/>). Он подчеркнул, что семья должна принимать активное участие в системе психического здравоохранения, что на практике не всегда осознается. Период реабилитации после стационарного лечения играет ключевую роль, так как предопределяет ход и прогноз заболевания. Причем оплата услуг специализированных реабилитационных центров может стать непосильной ношей для родственников пациента, вследствие чего они фактически берут на себя функции реабилитационных учреждений. Так, родные предоставляют больному место жительства, следят за приемом назначенных лекарств, берут на себя попечительство, организуют контакт с врачом и многое другое. Члены семьи при этом чаще испытывают сильнейший эмоциональный стресс, подвергают опасности свое здоровье и благополучие, ощущают на себе эффекты стигматизации. Родственникам необходима поддержка и понимание окружающих, специальное обучение тому, как находиться рядом с тяжело психически больным человеком. Специалисты психиатрических служб могут и должны помочь в обеспечении поддержки семьи (а не только больного).

В заключение подчеркнем, что дискуссионные вопросы развития психосоциального лечения и реабилитации психически больных требуют активной и согласованной работы разных специалистов, включая клинических психологов – исследователей, теоретиков и практиков.

## Литература

1. Бабин С. М. *Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. НИПНИ им. В. М. Бехтерева.* – СПб, 2006. – 56 с.
2. Бобров А.Е. *К дискуссии об организационной реформе в отечественной психиатрии.* // *Независимый психиатрический журнал.* – 2017. – №.1. – С. 7-12.
3. «Европейский план действий по охране психического здоровья». *Европейское региональное бюро ВОЗ,* – 2013
4. Евтушенко В.Я. *Реформа или антиреформа?* // *Независимый психиатрический журнал.* – 2017. – №.1. – С. 12-15.
5. Гурович И.А., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии.* М. 2004. – 492 с.
6. Гурович И.Я. *Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация* // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2007. – Т. 17, № 1. – С. 5–9.
7. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. *Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции* // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 78–86.
8. Довженко Т.В., Бобров А.Е., Краснов В.Н., Антипова О.С., Царенко Д.М. *Психиатрическая помощь в первичном звене здравоохранения: обеспеченность и потребность* // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 50–58.
9. «Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 гг.» *WHA 66.8 (шестьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, пункт 13.3 повестки дня).* ВОЗ, – 2013
10. Лиманкин О.В. *Современные тенденции развития общественно-ориентированной психиатрической помощи* - СПб.: Таро, 2015. – 228 с.

11. Лиманкин О.В. Роль общественных организаций – пользователей психиатрической помощи в повышении ее качества // *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина* №06, 2013. – С.59-63.
12. *Нарушения психического здоровья: в помощь семье / Под редакцией проф. В.С. Ястребова.* – 3-е изд.– М.: МАКС Пресс, 2008. – 100 с.
13. Незнанов Н.Г., Кочорова Л.В., Вишняков Н.И., Борцов А. В. *Организационная эволюция системы психиатрической помощи.* – СПб., 2006. – 472 с.
14. «Организация служб психического здоровья. (Свод методических рекомендаций по вопросам политики и оказания услуг в области психического здоровья)». ВОЗ, – 2006.
15. *Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных: практическое руководство: коллективная монография / Под ред. проф. И.Я. Гуровича и проф. А.Б. Шмуклера.* – М., 2015.
16. Степанова О. Н. *Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе: автореф. дис. ... канд. мед. наук.* - Моск. НИИ психиатрии. М., 2009. – 18 с.
17. Roberts B.W.; Luo J.; Briley D.A.; Chow P.I.; Su R.; Hill P.L. *A systematic review of personality trait change through intervention.* // *Psychol Bull.* – 2017. – Vol. 143(2) – P. 117-141.
18. Mason L., Peters E., Williams S.C., Kumari V. *Brain connectivity changes occurring following cognitive behavioral therapy for psychosis predict long-term recovery.*// *Translational Psychiatry.* – 2017. – Vol. 7. - e1001.
19. Shek E., Stein A.T., Shansis F.M., Marshall M., Crowther R., Tyrer P. *Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia.* // *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Oct 7; (4):CD003240. doi: 10.1002/14651858.CD003240.pub2.
20. Berg D. van den, Bont P. de, Vleugel B. van de, et al. *Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With a Psychotic Disorder.* // *JAMA Psychiatry.* 2015. – Vol.72 (3). – P.259-267.

## **Психотерапевтическая работа в психиатрическом стационаре как основа реабилитационного процесса**

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

ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2»  
Оренбург

### **Введение**

Большая часть психических расстройств протекает тяжело с последующей инвалидизацией и социальной дезадаптацией в силу специфических изменений в эмоциональной и мыслительной сферах. Современная концепция оказания психиатрической помощи на госпитальном этапе не ограничивается

биологическим и медицинским направлениями, и диктует необходимость принимать во внимание все аспекты нарушений – биологический, психологический и социальный. В настоящее время главной задачей при оказании психиатрической помощи является ее комплексность, которая предусматривает организацию полипрофессиональных бригад, где лечебно-реабилитационные задачи решаются совместными, направленными на различные мишени, усилиями команды специалистов, включающих врача-психиатра, врача-психотерапевта, клинического психолога, социального работника, средний и младший медицинский персонал [5, 6].

### **Психотерапия и психологическая помощь в структуре лечебно-реабилитационного процесса**

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

К настоящему времени в каждом из 9 общепсихиатрических отделений стационара работают врачи-психотерапевты и клинические психологи. Были разработаны и внедрены основные стандарты работы психотерапевта и клинического психолога: определены группы пациентов для обязательного обслуживания, показания для психотерапии, расписание консультаций, сроки и порядок осмотров, формы заполняемой документации. Созданы надлежащие условия для качественной работы специалистов [4].

С целью упорядочения деятельности психотерапевтической и психологической службы, введены единые формулировки целей и задач психотерапии в психиатрическом лечебном учреждении. Используется известная классификация задач групповой психотерапии отечественных авторов из Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, модифицированная и адаптированная к работе в нашем стационаре [3, 7].

Непосредственная динамическая деятельность психотерапевта и психолога заключается в проведении индивидуальных и групповых занятий. Индивидуальная психотерапия проводится по гибкому графику. Групповая терапия проводится 4 раза в неделю, в т.ч. 2 раза в неделю вербальные и 2 раза в неделю невербальные группы (конкретные методики на усмотрение врача-психотерапевта).

### **Психотерапевтическое отделение**

Развитию бригадных форм оказания психиатрической помощи, психотерапевтической службы, широкому использованию различных психотерапевтических методов, способствовало открытие и развитие отделения «Динамической психиатрии (психотерапии)» в 2001 г. За основу мы взяли работу «Клиники Ментершвайге» основанную известным психиатром, психотерапевтом, психоаналитиком Г. Аммоном в Мюнхене [1, 2].

Отделение осуществляет стационарную помощь при психотических расстройствах на этапе становления ремиссии; тяжёлых неврозах; невротических и патохарактерологических развитиях личности; т.н. «пограничных» border-line расстройствах; психосоматических расстройствах. В штате 8 врачей-психотерапевтов, непосредственно в отделении работают 2 врача-психотерапевта и заведующий. Остальные закреплены за общепсихиатрическими отделениями



стационара. В отделении нет врача-психиатра. Психотерапевты являются лечащими врачами и проводят весь комплекс клинико-экспертных мероприятий и психофармакотерапию. Ведущая роль в работе отделения отводится психотерапии. Акцент делается на групповой терапии, при этом базовой и обязательной является индивидуальная психотерапия.

Единая структура службы позволяет привлекать к работе отделения «динамической психиатрии (психотерапии)» врачей-психотерапевтов из других подразделений стационара, что позволяет максимально расширять используемые методы и повысить интенсивность психотерапевтической деятельности. В отделении широко практикуется вербальная групповая психотерапия в таких формах, как коммуникативно-активирующая терапия, группы проблемных дискуссий, свободных вербальных дискуссий, психообразовательные и когнитивно-поведенческие тренинги. Группы ориентированы на обсуждение личностных проблем пациентов, конфликтов, особенностей болезни, причин дезадаптации, выработку адекватных форм компенсации, и т.д. Как правило, в послеобеденное время проводятся группы невербальной направленности: арт-терапии, активной музыкальной психотерапии, танце-двигательной психотерапии, психогимнастики, сказкотерапии, терапии средой или милио-терапии.

*Активная музыкальная психотерапия* ставит целью использование альтернативных способов реализации переживаний, построение согласованных эмоциональных и коммуникативных состояний, выработку навыков коллективного взаимодействия. Большее значение для этой терапии имеет не объект (музыкальный инструмент) или форма (метод) проведения занятий, а содержание переживаний, возникающих в ходе процесса и взаимодействия его участников. На музыкальных занятиях используются в основном инструменты, не требующие предварительных навыков игры. Пациенты учатся формировать общее «звуковое полотно», брать ответственность за формирование и поддержание контакта друг с другом [1, 3, 9].

*Танцевальная и двигательная терапия (хореотерапия)* – вид психотерапии с акцентом на невербальное выражение состояний, где психотерапевт использует движение и танец клиента в качестве области работы для достижения терапевтических целей. Нами изначально была выбрана динамически-ориентированная танцевальная терапия, в рамках которой танец является еще одним способом проникновения во внутренний мир пациента, в его бессознательное, с целью лучшего понимания и коррекции существующей проблематики. Методика проведения танцевальной терапии состоит в следующем. В психотерапевтической группе пациент под музыкальное сопровождение исполняет индивидуальный танец, пытаясь в движении передать настроение, чувства и собственные переживания на данный момент с максимальным выражением собственных чувств. Группа является экраном, в котором «отражается» танцующий. В качестве музыкального сопровождения мы используем преимущественно классические произведения, т.к. смысл танцевальной терапии в выражении преимущественно спонтанных движений и ослаблении «телесной зажатости» [1, 3, 9].

Традиционно *арт-терапевтические методы активно* применяются в психотерапии душевнобольных, чаще в групповых вариантах. Мы используем классические приемы и упражнения из арсенала арт-терапевтических психотерапевтов. Центральным местом в работе арт-групп мы отводим невербальной визуализации бессознательного материала пациента, а рисунок, скульптура, поделка выступает в роли «переходного объекта» посредством которого терапевт или группа вступает в контакт с душевнобольным.

*Сказкотерапия* – один из психотерапевтических методов, используемых в нашем стационаре. В основе терапевтического эффекта сказкотерапии лежит концепция метафоры как важного носителя информации о жизненных явлениях и ценностях. Сказкотерапия в нашем стационаре проводится в сочетании с куклотерапией – изготовлением пациентами кукольных героев и последующей постановкой спектакля по предложенному сказочному сюжету. Групповая терапия проводится со всеми правилами групповой динамики.

В целом работа отделения Динамической психиатрии и психотерапии строится вокруг динамически понимаемой терапии средой – так называемой *милио-терапии*. Организация специфической терапии средой в отделениях больницы является одной из наиболее сложных задач. Общение в данных группах происходит через т. н. «третий объект» – работу над спланированным самой группой реальным проектом и его реализацией [1, 3, 9].

С момента начала проведения милио-терапии в отделении реализованы различные милиопроекты: оформление коридоров, палат, холла, столовой с использованием изобразительной продукции самих пациентов. Все палаты и комнаты для групповой терапии приобрели индивидуальный вид. В прогулочных двориках руками пациентов были смонтированы беседки, проложены дорожки, разбиты клумбы. Одним из постоянных и долгосрочных милио-проектов явилось создание и регулярный выпуск журнала «Диалог». В его содержании традиционно присутствует блок творческих работ пациентов стационара. На сегодня выпущено уже тринадцать номеров журнала.

Не стоит рассматривать милио-терапию как разновидность трудотерапии или терапии занятостью, с соответствующим формальным подходом, без учета групповой динамики, желания пациента в выборе группового проекта.

Достаточно активно, при участии звена социальных работников, используются структурированные варианты досуговых мероприятий при активном участии в их организации самих пациентов. Приветствуется инициатива пациентов по выдвиганию тех или иных предложений – осуществляются регулярные выезды на экскурсии в городские музеи, культурные центры, ипподром, природные объекты. Администрация стационара помогает в обеспечении транспорта и договоренности с принимающей стороной.

Наблюдается позитивная трансформация «терапии средой» в создание «терапевтического сообщества» – такой системы взаимоотношений в терапевтическом коллективе, где сотрудничеству между больными и персоналом придается первостепенное значение [9]. Основным в этой концепции является привнесение социальных норм обычной жизни в распорядок психиатрического стационара. В продолжение формирования терапевтического сообщества

проводятся еженедельные общие собрания пациентов, медперсонала и врачей, на которых осуществляется знакомство с новыми пациентами и их прием в коллектив отделения, обсуждение общеотделенческих проблем, планов работы, порой – разбор затруднительных ситуаций при взаимодействии пациентов и сотрудников. Используются элементы самоуправления пациентов в областях организации досуга, соблюдения порядка и чистоты, предупреждения конфликтных и асоциальных явлений, работа «актива» или «совета» пациентов, дополнительные собрания тем или иным составом для целенаправленного разрешения различных (проблемных либо перспективных) вопросов.

К настоящему моменту мы можем констатировать наличие сформированного комплексного подхода к лечению и реабилитации душевнобольных на стационарном этапе, позитивный опыт следования полипрофессиональному принципу оказания психиатрической помощи.

## Литература

1. Аммон Г. *Динамическая психиатрия. Пер. с нем.* — СПб.: Изд. Психоневрологического НИИ им. В.М. Бехтерева, 1995. — 200с.
2. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. *Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г. Аммона: взаимодействие и интеграция // Российский психиатрический журнал.* — 2004. — №3. — С. 59-63.
3. Бабин С.М. *Психотерапия психозов: практическое руководство.* - СПб.: СпецЛит, 2012. — 335 с.
4. Бабин С. М. *Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации и психиатрии: итоги и перспективы / С. М. Бабин, Ю. Л. Пустотин, В. П. Сировская // Социальная и клиническая психиатрия.* — 2003. — Т.13, № 2. — С. 117–120.
5. Гурович И. Я. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова.* — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2004. — 492 с.
6. Незнанов Н. Г. *Биопсихосоциальная парадигма — новые тенденции и старые проблемы / Н. Г. Незнанов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2-х тт.* — СПб., 2009. — Т. 1. — С. 32–36.
7. Вид В.Д. *Психотерапия шизофрении. 2 изд., перераб. и доп.* — СПб.: Питер. 2001. — 432 с.
8. *Клинические и организационные основы реабилитации психически больных.* / Под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. — М.: Медицина, 1980. — 400 с.
9. *Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова.* — СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. — 438 с.

## **«Закон парных случаев» или одновременное появление сходных паттернов переживаний у пациентов в практике психоаналитической психотерапии**

Чистяков М.С.

СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)»  
Санкт-Петербург.

Каждый врач-психотерапевт, принимающий не меньше 5-6 пациентов в день на амбулаторном приеме, знаком с ситуацией, когда в определенный период, который может длиться от нескольких дней до нескольких недель, к нему обращается множество однотипных больных. Например, в течение недели к нему может прийти 4-5 пациентов с шизотипическим расстройством, с жалобами на неприятные ощущения в области сердца и ипохондрическими опасениями, а затем в течение многих месяцев таких случаев может вообще не встречаться.

Еще пример. За неделю на прием пришли 3 пациента, с большим трудом, разорвано, фрагментированно и расплывчато описывающие свое «состояние внутреннего дискомфорта». Все трое социально неплохо функционировали, производили впечатление эмоционально сохранных людей, но при этом их речь производила впечатление шизофренической разорванности. У всех троих при экспериментально-психологическом обследовании квалифицированный психолог не нашел структурных расстройств мышления и других признаков шизофренического процесса. У всех за вышеописанным фасадом фрагментированности выявился тревожно-депрессивный фон настроения с сопутствующими проявлениями деперсонализации в рамках депрессивного эпизода. В течение этой же недели на групповой супервизии супервизантка представила автору случай клиента, во многом аналогичный вышеописанным (напряженный, депрессивный, эмоционально сохранный пациент, непоследовательно и фрагментированно излагавший свои переживания, но не являющийся больным шизофренией).

Когда сталкиваешься в клинической практике с такой общей специфической картиной у ряда пациентов в определенный временной период, трудно объяснить это простой случайностью. Следует упомянуть еще более интересное явление – периодическое появление у разных пациентов, не знакомых друг с другом, иногда проходящих психотерапию у разных психотерапевтов, сходных паттернов переживаний, сходных сочетаний символов в описании своего опыта, воспоминаний, относившихся у этих разных людей к одному и тому же возрастному периоду.

Например, в один день три пациента из шести пришедших на прием говорили о том, что, когда их «время занято какими-то делами», они «проводят время в чередке дел», «сильно устают», им «хочется времени для себя», «своего личного времени». А когда у них «есть свое личное время», они «чувствуют скуку, растерянность, одиночество» и думают, что было бы лучше, если их время было

структурировано извне. У всех троих в процессе сеанса за этими описаниями выявились ранние эмоционально окрашенные воспоминания об ощущении отвергнутости, одиночества, неуместности их эмоциональных проявлений, незащищенности в отношениях с матерью, отгораживающейся от их переживаний, убегающей от своего ребенка «в дела, в работу», переживающей пребывание рядом с ребенком как пустую трату времени, жертву, в то время, когда «жизнь проходит мимо». Все пациенты в своем описании этого комплекса переживаний «проблемы с личным временем» идентифицировались со своими отгораживающимися от них в детстве, раздраженными матерями, используя эту идентификацию как защиту от детских чувств отвергнутости, беспомощности, одиночества, от неудовлетворенной детской потребности в (симбиотическом) эмоциональном контакте с матерью, проецируя эти свои детские чувства на своих теперешних партнеров по браку. Все пациенты имели разные семьи, разную историю психотравм. Все они к этому времени проходили психотерапию длительностью от нескольких месяцев до нескольких лет. У всех отмечались внутренние конфликты, имеющие индивидуальную окраску, связанные с отношениями с родителями и, в частности с матерями. Все они по-разному и раньше обсуждали переживания, связанные с этими конфликтами в процессе своей психотерапии. Но вдруг в один день они как будто заговорили об этом на одном языке, используя похожие описания проблемных переживаний, используя похожие метафоры. Именно в этот день в их переживаниях, в выборе слов для их описания, в языковой структуре этого описания проявился некий общий паттерн, предьявляемый как «проблема структурирования времени». Ни до, ни после этого у этих пациентов в процессе их психотерапии в материале сессий такой паттерн не проявлялся так отчетливо.

Приведем еще несколько примеров.

В психотерапевтической группе, которую вел коллега автора, один из участников с тревогой описывает «свою проблему с глазами», что у другого участника вызывает ассоциации «червей, паразитов в глазу». На следующий день на индивидуальной сессии пациентка автора рассказывает сновидение, где она «видит купол, похожий на глаз и под этой оболочкой прячется» она и «еще кто-то», при этом в сновидении у нее отмечается «ощущение опасности, исходящей снаружи оболочки». В этот же день другая пациентка автора в индивидуальной сессии говорит, что «чувствует себя отдельно от окружающих, как будто» она «находится внутри оболочки», «как будто внутри глазного яблока». Понятно, что в этих описаниях можно усмотреть символический образ клейнианской «комбинированной родительской фигуры», у кого-то это вызовет ассоциации с ребенком, находящимся в матке. Но в любом случае это довольно специфический способ представления этих образов (как кого-то маленького живого, находящегося внутри глазного яблока). У каждого из этих пациентов образы вызывали свои индивидуально окрашенные переживания и воспоминания. Но отправной точкой для индивидуально окрашенных переживаний у всех послужил один и тот же достаточно специфический символический образ с сопровождающим чувством тревоги.

В течение двух дней у трех пациентов в процессе индивидуальной терапии в материале сессий появляется образ водопроводного крана. У одной пациентки этот образ появился в сновидении. У другой – в метафоре, которую она использовала на сессии, чтобы описать свой разговор с матерью: «у меня такая злость возникла на нее, и я ей высказала все, как будто из водопроводного крана полилось». У третьей пациентки этот образ возник в рассказанном на сессии воспоминании из раннего детства, в котором она в трехлетнем возрасте, бегая по квартире от разгневанного на нее отца, останавливается на секунду на кухне, замороженно глядя на текущую из водопроводного крана воду. Это не просто знакомый психоаналитикам фаллический символ, это во всех трех случаях совершенно специфический образ крана с вытекающей водой, который бессознательное всех троих выбирает для отражения этого символа, в комбинации с образом агрессии.

В течение недели у нескольких пациентов в материале на индивидуальных сессиях звучит тема «прыщей». У одного пациента этот образ всплывает, когда он описывает свою девушку, у другого – когда он вспоминает себя в подростковом возрасте и свои подростковые комплексы, у третьего – когда он говорит о сотруднике по работе. И здесь психоаналитик может усмотреть фаллический символ, но снова это достаточно специфический образ его передающий, совпадающий у всех этих пациентов.

На индивидуальной сессии одна пациентка описывает испытываемое ею на работе переживание замкнутости, «как в тюрьме», из-за закрытых окон в связи с ремонтом здания. Другая пациентка, также получающая индивидуальную психотерапию, описывая предполагаемые переживания ее мужа, говорит, что он «наверно чувствует себя как в тюрьме», когда он в течение дня «вовлечен в одну и ту же деятельность: работа, спортзал, дом». Третий пациент на индивидуальной сессии сказал психотерапевту, что он, живя с родителями, чувствует себя «как в тюрьме».

В другой день у трех пациентов, получающих индивидуальную психотерапию, в материале сессий появляется образ «пустоты», в одном случае – это «ощущение пустоты внутри», у другой пациентки – «ощущение, что муж – пустой, ему нечего мне дать», в третьем случае – это слова, что кабинет психотерапевта «ощущается как ненаполненный, возникает ощущение пустого пространства».

В один день двое пациентов на индивидуальном приеме описывают «свое ощущение, что в общении» они «растрачивают себя», у обоих возникло сравнение этого с «образом шара, от которого другие отрывают кусочки, высасывая энергию». У одной из этих пациенток этот образ сразу же вызвал отчетливую ассоциацию с материнской грудью.

Как будто в определенное время у ряда пациентов наблюдается тенденция к актуализации одного и того же определенного образа в комбинации с определенными аффектами для символического выражения определенных «идей» или комплексов переживаний. При этих сходных у всех этих пациентов чертах в описании своих переживаний, у некоторых этот паттерн переживаний в процессе сессий становился главной темой сессии, выходя на передний план, у других эта структура являлась только промежуточной или побочной темой, а на первый план

выступала другая, хотя может быть и связанная тема, или другие аспекты тех же отношений, которые отражены в общем паттерне (например, в вышеописанном паттерне «проблемы структурирования времени»).

В течение двух дней три разных пациента в индивидуальной терапии вспоминают травматические переживания (разные в каждом случае), которые произошли с ними в возрасте 6 лет. При этом у двух из троих пациентов (их вели 2 разных психотерапевта) травматические переживания были похожи: и того и другого в какой-то момент в 6-летнем возрасте родители оставили с беспомощным пожилым прародителем (в одном случае – с бабушкой, в другом случае – с дедушкой), в обоих случаях возникла пугающая ребенка стрессовая ситуация (в одном случае ребенок с прародителем заблудился в незнакомом месте, в другом случае у прародителя возник тяжелый сердечный приступ, от которого он через несколько часов скончался в присутствии ребенка); в обеих ситуациях родители были недоступны для ребенка в этот момент, чтобы получить у них помощь, в обоих случаях ребенок чувствовал себя ответственным за пожилого прародителя и искал помощь у посторонних взрослых людей.

В течение двух дней три пациента на своих индивидуальных сессиях с одним психотерапевтом и один пациент на группе с другим психотерапевтом вспоминают о травматических событиях, произошедших с ними, когда им было 9 лет. У всех пациентов были разные обстоятельства этих травматических событий, но во всех случаях переживания в этих обстоятельствах включали ощущение утраты контакта с родителями, тревогу, ощущение агрессивной угрозы снаружи и в трех случаях – ощущение угрозы физической целостности и здоровью.

В течение одной недели в двух разных группах с одним ведущим, в третьей группе с другим ведущим, а также у двух пациентов на индивидуальных сессиях у автора статьи в материале сессий звучат повторные ссылки на «высокомерие», «любопытство», «тупость». У. Бион в своей статье «О высокомерии» отмечал, что ссылки в материале на сессии на «высокомерие», «любопытство», «тупость» отражают определенный единый паттерн переживаний пациента, отсылающий к первичной сцене и ранним переживаниям эдипального конфликта [8]. И вот этот паттерн в определенный момент появляется в материале нескольких разных индивидуальных пациентов и в материале сессий трех разных психотерапевтических групп (которые к тому же ведут два разных психотерапевта), а затем бесследно исчезает. И эти индивидуальные пациенты, и эти группы дальше говорят о своих переживаниях, используя другой язык.

Все это в какой-то степени напоминает образ калейдоскопа, где хаотически расположенные части вдруг складываются в определенную фигуру, которая затем распадается, превращаясь в хаотическое смешение частей, а затем в другой определенный момент из их смешения появляется новая фигура, новый паттерн.

Подобные явления с трудом поддаются объяснению, с точки зрения современной науки, современной психологии. Может поэтому и не очень принято обращать на них внимание, хотя на уровне личного общения между психотерапевтами «закон парных случаев» вполне признается и нередко обсуждается. И, конечно, легче назвать это выдумкой и бредом, или объяснить влиянием контрпереноса психотерапевта, «наведением переживаний

психотерапевта на пациента», «субъективным фокусом внимания у психотерапевта, связанным с его проблемами» и т.д. Однако речь идет о разных паттернах переживаний, каждый из которых появляется в определенный период одновременно у разных пациентов, порой получающих психотерапию у разных психотерапевтов, и индивидуально, и в группах. Кроме того, по наблюдениям автора, какие-то определенные общие паттерны в переживаниях пациентов появляются не все время, а только иногда, периодически, время от времени. Какой-либо строгой периодичности в проявлении этих общих паттернов переживаний автору заметить не удалось (за исключением известной в психиатрии сезонной периодичности в обострении биполярного и рекуррентного депрессивного расстройства).

Интересно, что за конкретными образами в этих общих для пациентов паттернах переживаний зачастую прослеживаются клейнианские частичные объекты (грудь, пенис, комбинированная родительская фигура и т.д.), а переживания, сопровождающие эти образы, имеют отчетливую прездипальную окраску, с трудом вербализуются (хотя разные пациенты описывают их похожим образом). Также в приведенных выше клинических случаях, когда в определенный период несколько разных пациентов вспомнили травматические переживания, относящиеся у них у всех к определенному возрасту, в дальнейшей психотерапевтической работе с ними из-за «экрана» этих воспоминаний постепенно выступали травматические переживания, относящиеся к доэдипальному периоду. Например, у одного из вышеупомянутых пациентов, вспомнивших психотравмирующее событие, пережитое в 6-летнем возрасте, вскоре из-за «экрана» этого события всплыла, отчетливо связанная ассоциациями пациента с этим событием, травматически пережитая в прездипальном периоде «первичная сцена». То есть создается впечатление, что в основе этих периодически появляющихся общих паттернов переживаний, появляющихся в определенный момент у нескольких разных пациентов, лежат паттерны переживаний, связанных с частичными объектными отношениями прездипального периода.

Как же различные теоретические подходы объясняют возможность появления у разных, не связанных между собой, людей сходных паттернов переживаний со сходными образами, сопровождающихся сходными чувствами? Классический психоанализ, видит в таких общих паттернах, отражение, на символическом уровне и на уровне чувств, точек фиксации и неразрешенного напряжения в психосексуальном развитии в детстве у взрослого. При постулируемой биологической обусловленности последовательности психосексуального развития и универсальности символики и переживаний, отражающих его этапы, психоанализ уделяет немалое значение влиянию психологических факторов индивидуального опыта на это развитие, а также влиянию культурного контекста, в котором оно происходит. Эти факторы и этот контекст считается тем, что придает дополнительные важные оттенки этим универсальным символам и переживаниям, организует и структурирует их и по-разному, в зависимости от влияния этих дополнительных факторов, расставляет акценты в их соотношении друг с другом.



Юнгианцы связывают появление сходных паттернов переживаний у разных людей с актуализацией архетипов, биологически обусловленных паттернов восприятия и переживаний, универсальных для всех культур, наполняющихся индивидуальным содержанием при взаимодействии с окружением.

Клейнианцы видят за общими паттернами в переживаниях разных людей отражение частичных объектных отношений и частичных объектов, относящихся к преэдипальному периоду (имеется в виду преэдипальный период в понимании классического психоанализа). При этом паттерны переживаний и представлений, относящиеся к частичным объектным отношениям и частичным объектам, считаются врожденно, т.е. биологически обусловленными («врожденное знание», врожденно обусловленные «бессознательные фантазии»).

Еще одна модель, объясняющая появление общих паттернов переживаний у разных людей – это модель этологии – науки о поведении животных и человека в естественной среде обитания с точки зрения, лежащих в основе этого поведения специфичных для биологического вида генетических программ. С точки зрения этологии, эти генетические программы поведения, включая социальное поведение, а также генетически обусловленные схемы восприятия у человека, как и у животных, запускаются особыми ключевыми стимулами, имеющимися в специфичной для данного вида среде обитания. Т.е. определенные факторы типичной для вида окружающей среды автоматически запускают генетически обусловленные определенные схемы восприятия и поведения.

Т.е. клейнианцы, последователи Юнга, как и этологи, считают биологически, врожденно обусловленными подчас довольно сложно организованные комплексы переживаний, отмечая, что структура и организация этих сложных паттернов биологически (наследственно) предопределена. Классический психоанализ в организации и структурировании таких сложных комплексов переживаний относительно большую роль отводит психологическим факторам, связанным с индивидуальным развитием.

Что касается появления общих паттернов переживаний у нескольких пациентов в одно и то же время, то это явление более всего описано у пациентов одной и той же психотерапевтической группы. Конкретными механизмами, обеспечивающим появление общих переживаний у нескольких участников группы (обуславливающими «эмоциональное заражение»), считаются психологические механизмы, связанные с идентификацией (проективная и интроективная идентификация, идентификация через общий эго-идеал). Для концептуализации этого явления и разработки подхода к нему с точки зрения клинической практики разными авторами создавались различные теоретические модели. З. Фулкс для этого создал концепцию «матрицы», в которой индивидуальные переживания участников группы являются функцией этой общегрупповой «матрицы» переживаний [14]. У. Блон создал концепцию «базовых допущений», где степень звучания активного в определенный момент общегруппового базового допущения в индивидуальных переживаниях конкретного члена группы определяется имеющейся у этого участника т.н. «валентностью» к этому «базовому допущению» [9]. Интересно, что У. Блон видел за «базовыми допущениями» переживания, связанные с клейнианскими частичными объектами и ранними переживаниями

преэдипального периода. Следует помнить, что, хотя У. Бион связывал «базовые допущения» с частичными объектными отношениями ранней эдипальной ситуации, клейнианцы, в том числе и У. Бион, относили возникновение эдипова комплекса к возрасту ребенка в несколько месяцев, т.е. к преэдипальному периоду, с точки зрения классического психоанализа. Он предполагал, что «базовые допущения» могут обуславливать определенные соматические заболевания у человека, находящегося в группе (здесь, кстати, любопытно вспомнить действие «закона парных случаев» известное в практике любого врача в соматической медицине).

Как же могут появляться общие паттерны переживаний в один и тот же период времени у разных людей, не находящихся в одной психотерапевтической группе и не знакомых друг с другом? Сложно ответить однозначно на этот вопрос. У. Бион считал, что «базовые допущения» проявляются в любых естественных группах в обществе, а человек всегда соотносится с какой-либо группой [9]. То же самое считал и З. Фоулкс в отношении общегрупповой (на всех уровнях человеческих групп) «матрицы» переживаний [14]. Мы еще недостаточно знаем о регуляции психических и физиологических процессов внутренними биоритмами организма и о том насколько могут совпадать эти ритмы у разных людей. Стоит упомянуть, что, внешние ритмы для любого организма задают закономерные изменения поведения и активности других живых существ (т.н. биотические экологические факторы). Проявлением совпадающего у многих людей влияния биоритмов на психическое состояние является известное в психиатрии увеличение количества больных с обострениями рекуррентного и биполярного аффективного расстройства осенью и весной. И, наверно, с одной стороны, могут существовать некие общегрупповые феномены на уровне города, региона, народа, страны (что согласуется с моделями З. Фоулкса, У. Биона), и, таким образом, могут актуализироваться какие-то общие «базовые допущения» (в терминологии У. Биона) или общие архетипы (в терминологии К. Юнга).

С другой стороны, мы встроены в окружающую среду с ее физическими факторами (т.н. абиотические экологические факторы), такими как геомагнитная активность, влияющая на нее солнечная активность, видимый солнечный свет (обуславливающий фотобиологические, включая фотопериодические, реакции), лунные ритмы, метеорологические факторы и т.д. То, что геомагнитная и солнечная активность влияют на человеческое физическое самочувствие, на его физическую активность – это установленный наукой факт [1,5, 12, 22]. Проводились исследования, подтвердившие влияние лунных ритмов [3] на число припадков у эпилептиков [2], на частоту нарушения поведения [15, 16], на частоту обращения в кризисную психологическую службу [11]. Есть подтверждения влияния метеорологических факторов (атмосферное давление, температура воздуха, электромагнитные колебания в атмосфере, связанные с грозами и т.д.) на скорость сенсомоторных реакций, фон настроения [25], уровень суицидов [26], поведение школьников [10]. Есть научные работы, подтверждающие влияние видимого солнечного света на физическое состояние организма, на фон настроения, на ритмическую организацию физиологических и психических процессов [20, 21, 27]. Влияние всех этих физических факторов на

физиологическое состояние модулируется еще и естественными (внутренними) биоритмами организма [4, 6].

Но могут ли сходные физиологические сдвиги под влиянием общих физических факторов вести к общим паттернам психических переживаний у разных людей? То, что влияние физических факторов на нервную систему может вызывать очень специфичные конкретные психические переживания у человека, было продемонстрировано У. Пенфилдом в его опытах по электростимуляции мозга эпилептиков, когда стимуляция определенных отделов мозга вызывала у них непроизвольное возникновение конкретных чувственно окрашенных воспоминаний, относившихся к определенному возрасту [23]. Это же было продемонстрировано Андресом Лозано и его коллегами, когда при глубокой электростимуляции мозга одного пациента, у того возникли чувственно окрашенные воспоминания 30-летней давности, относящиеся к конкретной ситуации [17]. Почему бы не предположить, что под влиянием комбинации определенных физических факторов (геомагнитные влияния, солнечная активность, метеорологические факторы и т.д.), модулируемых естественными (внутренними) биоритмами человека, могут актуализироваться определенные системно организованные комплексы физиологических, соматических реакций и паттернов психических переживаний.

Эти паттерны психических переживаний могут восходить к очень раннему довербальному периоду развития и возможно содержать в себе компоненты биологически, наследственно обусловленных (и, возможно, видоспецифичных для человека как биологического вида) паттернов восприятия и переживаний. Существование подобных наследственно обусловленных, специфичных для биологического вида, общих паттернов восприятия и программ поведения было доказано этологами и неоднократно продемонстрировано у разных животных, включая обезьян. Этологи считают, что эти паттерны восприятия и программы поведения активируются ключевыми стимулами, имеющимися в естественной, специфичной для биологического вида среде обитания. Однако можно предположить, что на актуализацию этих паттернов и программ у человека в ответ на ключевые стимулы оказывают влияние и общегрупповые феномены [9, 14] на уровне больших групп (регион, город, страна), и естественные биоритмы организма, и физические факторы окружающей среды (например, геомагнитная активность, атмосферное давление и т.д.). В результате у ряда людей могут одновременно актуализироваться одни и те же паттерны переживаний и программы поведения. Кстати, это может частично объяснять явление, описанное К.Г. Юнгом как «синхроничность» («синхрония») [7].

Можно долго строить догадки и предположения, рассуждая в духе подобном рассуждениям Л. Гумилева с его «теорией пассионарности». В любом случае эти явления в настоящее время малообъяснимы с точки зрения современной науки. Какое же может иметь практическое значение для психотерапевта обнаружение общих паттернов переживаний у ряда пациентов в определенный период времени?

В приведенных выше клинических примерах обращает на себя внимание, что в ряде случаев встроенные в разные паттерны переживаний различные образы с точки зрения классического психоанализа подчас отражают один и тот же символ

(например, кран, прыщи – образы, носящие фаллический характер). Однако в разных паттернах эти образы являются элементами несколько различающихся структур, будучи связанными со своими, специфическими для каждого из них комбинациями переживаний и аффектов. Поэтому для более полного и лучшего понимания переживаний пациентов недостаточно фокусировки внимания психоаналитика на образе, отражающем привычный символ, а может быть важно выявление целостного паттерна переживаний, в который этот образ встроен как элемент.

При столкновении в клинической практике с одновременным появлением сходного паттерна переживаний у нескольких пациентов, можно часто заметить, то, что у одного-двух этот общий паттерн может быть более отчетливо выражен, более полно, с большим количеством деталей описан и пережит, может быть доступен для более полного осознания и передачи в коммуникации с психотерапевтом по сравнению с другими пациентами, проявляющими такой же паттерн. Это может зависеть от динамики переноса-контрпереноса в контакте с психотерапевтом, от этапа психотерапии, от «валентности» к этим переживаниям у этих отдельных пациентов (в смысле, в котором У. Бийон использовал понятие «валентности» в отношении разной склонности отдельных участников психотерапевтической группы переживать разделяемые ими всеми «базовые допущения» [9]). «Валентность» к переживаниям, составляющим этот общий паттерн, в свою очередь, у разных пациентов может быть обусловлена и факторами наследственности, и индивидуальной историей пациента во взаимодействии с историей его родительской семьи, включая ее трансгенерационные аспекты.

Нельзя исключить и другие факторы, обуславливающие более отчетливое проявление такого общего паттерна у отдельных пациентов. В частности, у некоторых из этих пациентов на ЭЭГ выявлялась пароксизмальная активность (хотя ни у одного из них никогда не было эпилептических припадков). При условии понимания всех «элементов» структуры общего паттерна переживаний у одного-двух пациентов легче восстановить недостающие компоненты общей структуры переживаний у других пациентов, обнаруживающих отдельные «элементы» этого общего паттерна, при том, что другие его «элементы» у них могут не звучать и быть неявно выраженными. Это тем более имеет значение, так как эти паттерны часто переживаются как очень смутные, необычные и они плохо вербализуются. Обнаружение всех компонентов общего паттерна переживаний у одних пациентов, облегчает для психотерапевта задачу помощи другим пациентам, обнаруживающим этот паттерн, в переводе этих переживаний в слова. Кроме этого, как было сказано ранее, иногда такой общий паттерн переживаний может включать в себя определенные травматические переживания, относящиеся к определенному конкретному возрастному периоду. Может быть, тогда в какой-то временной период переживания, связанные с определенным травматическим событием детства, относящимся к определенному возрасту, могут быть пережиты с большей полнотой, могут быть больше открыты для возможности интеграции в это, чем в другие моменты времени. И тогда в разные временные периоды в

терапевтическом процессе могут открываться не равные, а разные возможности для осознания, проживания и проработки таких травматических переживаний.

Вместе с тем, создается впечатление, что далеко не у каждого эти общие для ряда пациентов паттерны переживаний выходят на первый план на конкретной психотерапевтической сессии. Порой они являются только фоном для других более важных в данный момент для пациента переживаний. Понятно, что в таком случае нет необходимости для проявления какого-то особого внимания к ним со стороны психотерапевта. Возможно, позже они выйдут на передний план и потребуют особого внимания, а, может быть, и нет. Здесь можно вспомнить подчеркиваемый в психоанализе «экономический» принцип работы, заключающийся в том, что в первую очередь в терапии внимание уделяется наиболее аффективно заряженному материалу сессии, встроенному в контекст переноса. Работа с другим материалом откладывается (до того времени, когда этот материал будет максимально аффективно заряжен и будет встроен в контекст переноса) [13, 18, 19, 24]. Это можно отнести и к проявлениям вышеуказанных паттернов переживаний в материале пациентов, в том случае, если они на данной сессии являются лишь фоном для других более важных и актуальных для пациента переживаний.

Таким образом, в своей клинической практике психотерапевт может время от времени, в определенные периоды, наблюдать одновременное появление у ряда пациентов, не знакомых друг с другом, сходных паттернов переживаний, сходного языка при их описании, использования сходных символов. Для объяснения этого явления могут быть привлечены разные теоретические модели (классический психоанализ, юнгианская аналитическая психология, кейнзианский психоанализ, этология, модели группового функционирования З. Фолкса и У. Биона, концепция регуляции функций организма человека внутренними биоритмами, концепция влияния гелио-геофизических возмущений и других абиотических (физических) экологических факторов на функционирование организма человека), хотя в настоящее время однозначное объяснение этому явлению дать трудно. Возможно, поэтому оно зачастую игнорируется и не описывается. Однако оно может быть использовано в клинической практике, когда, при одновременном появлении у нескольких пациентов такого паттерна, мы можем использовать его описание пациентом, у которого он более отчетливо выражен, для понимания и восстановления недостающих элементов в переживаниях тех пациентов, у кого он менее проявлен.

## Литература

1. Агулова Л.П. Принципы адаптации биологических систем к космогеофизическим факторам // *Биофизика*. 1998. Т. 43. № 4. С.561-564.
2. Вульф Ф.Р. Лунные ритмы в течение эпилептического процесса // *Журнал невропатологии и психиатрии*. 1976. № 12. С.1875-1879.
3. Дубров А.П. Лунные ритмы у человека / Москва: Медицина, 1990. 160 с.

4. Чернышов В.Б., Афонина В.М., Виноградова Н.В. Влияние электромагнитных полей на биологические ритмы // *Электромагнитные поля в биосфере* / Москва: Наука, 1985. Т. 2. С. 145-150.
5. Чижевский А.Л. *Космический пульс жизни. Земля в Объятыях Солнца. Гелиотараксия* / Москва: Мысль, 1995. 768 с.
6. Шноль С.Э. Биологические часы (краткий обзор хода исследований и современного состояния проблемы биологических часов) // *Соросовский образовательный журнал*. 1996. №7. С. 26-32.
7. Юнг, К.Г. *Синхрония: аказуальный объединяющий принцип* / Москва: АСТ, 2010. 352 с.
8. Bion W.R. *On arrogance // Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis* / London: Karnac, 1984. P. 86-92.
9. Bion W.R. *Experiences in Groups and Other Papers* / London: Routledge, 1991. 200 p.
10. Brown, G.I. *The relationship between barometric pressure and relative humidity and classroom behavior // The Journal of Educational Research*. 1964. Vol. 57. № 7. P. 368-370.
11. De Voge S.D., Mikawa I.K. *Moon phases and crisis calls: a spurious relationship // Psychological Reports*. 1977. Vol. 40. № 2. P 387-390.
12. Dmitrieva I.V., Khabarova O.V., Obridko V.N., Ragoulskaia M.V., Reznikov A.E. *Experimental confirmations of the bioeffective influence of magnetic storms // Astronomical and Astrophysical Transactions*. 2000. V.19. № 1. P.67-77.
13. Fenichel, O. *Concerning the Theory of Psychoanalytic Technique. // Essential papers on character neurosis and treatment / ed.: R.F. Lax. New York: New York University Press, 1989. P. 160-168.*
14. Foulkes S.H. *Therapeutic group analysis* / London: Allen & Unwin, 1964. 320 p.
15. Garzino S. *Lunar effects on behavior: A defence of the empirical research // Environment and Behavior*. 1982. Vol. 14. P. 395-417.
16. Geller S.H., Shannon H.W. *The Moon, Weather, and Mental hospital contacts: Confirmation and Explanation of the Transylvanian Effect // Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 1976. Vol. 14. P. 13-17.
17. Hamani C., et al. *Memory enhancement induced by hypothalamic/fornix deep brain stimulation // Annals of Neurology*. 2008. Vol 63. №1. P 119-123.
18. Jacobson E. *Transference problems in the psychoanalytic treatment of severely depressed patients // Essential papers on object relations / ed.: P. Buckley. New York: New York University Press, 1986. P. 318-328.*
19. Kernberg, O. *Character Analysis // Essential papers on character neurosis and treatment / ed.: R.F. Lax. New York: New York University Press, 1989. P. 211-229.*
20. LeGates, T. A. et al. *Aberrant light directly impairs mood and learning through melanopsin-expressing neurons // Nature*. 2012. №491. P 594-598.
21. LeGates, T. A, Fernandez D.C., Hattar S. *Light as a central modulator of circadian rhythms, sleep and affect // Nature Reviews Neuroscience*. 2014. № 15. P.443-454.
22. Palmer S.J., Rycroft M.J., and Cermack M. *Solar and geomagnetic activity, extremely low frequency magnetic and electric fields and human health at the Earth's surface // Surveys in Geophysics* 2006. № 27. P. 557-595.
23. Perot P., Penfield W. *Hallucinations of past experience and experiential responses to stimulation of temporal cortex // Transactions of the American Neurological Association*. 1960. № 85. P. 80-84.
24. Reich, W. *On The Technique of Character-Analysis // Essential papers on character neurosis and treatment / ed.: R.F. Lax. New York: New York University Press, 1989. P. 85-141.*
25. Sarafi R., et al. *The influences of meteorological factors on the health and functional state of human // Health*. 2013. Vol. 5. No 12. P. 2068-2076.

26. *Trepińska, J., et al. Influence of weather factors on suicidal hangings // Przegląd Lekarski. 2005. № 62. P. 788-794.*
27. *Zhevago N.A., Samoylova K.A. The regulatory effect of polychromatic (visible and infrared) light on human humoral immunity // Photochemistry and Photobiology. 2006. Vol.82. P. 1301-1308.*

## Исследование депрессивных расстройств поведения у подростков

Шаикрамов Ш.Ш.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт  
Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность проблемы** депрессивных расстройств поведения у детей и подростков определяется трудностью диагностики этих состояний, недостаточной изученностью этиологических и патогенетических механизмов, влиянием роли биологических и социальных факторов в их формировании.

По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались педиатрами, хирургами, урологами, невропатологами [1]. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию [2]. 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 [3].

Депрессивные расстройства подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации [4, 6]. В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с суицидальным поведением. К специфическим признакам пубертатных депрессий нередко относят частые поведенческие нарушения и реакции [5, 7].

**Цель исследования:** изучить клинико-психопатологические и психологические особенности депрессивных расстройств поведения у подростков для улучшения качества диагностической и лечебно-психокоррекционной помощи этому контингенту населения.

**Материал и методы:** в ходе работы были обследованы 66 подростков в возрасте от 14 до 16 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Ведущим методом исследования являлся клинико-

психопатологический и катамнестический. Из экспериментально-психологических методов для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки депрессии Гамильтона (HDRS), для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован восьмицветовой тест Люшера.

**Результаты и обсуждение:** в ходе исследования при оценке выраженности депрессивных расстройств тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии, лишь в 20% случаев была выявлена депрессия средней тяжести.

Среди всех обследованных было 40 мальчиков и 26 девочек. У мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 80% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести. Среди девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 83% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных.

Все пациенты предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать. Также в формировании депрессивной патологии были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости от обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 70% случаев родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

В зависимости от преобладания симптомов депрессии все пациенты были разделены на три группы: с дисфорической депрессией – 33% (n=22), тревожной депрессией – 50% (n=33), маскированной депрессией – 17% (n=12).

Дисфорическая депрессия встречалась в 80% случаев у мальчиков, маскированная форма депрессии была выявлена только у девочек. У больных 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, при отсутствии понимания со стороны родных у 3 больных сформировалось чувство страха, и появились суицидальные мысли. В клинической картине дисфорической депрессии установлены аддиктивные формы нарушения поведения: мелкие кражи, побег из дома, бродяжничество, табакокурение, употребление алкогольных напитков.

Поведенческие нарушения девиантного и делинквентного типа чаще отмечались у пациентов с дисфорической и тревожной депрессией, у которых отреагирование отрицательно окрашенных эмоций происходило во внешний мир. Подростки были склонны винить в своих неудачах и проблемах окружающих, по их мнению, угроза и агрессия исходят из внешнего мира. И как результат такого мироощущения, у них возникали тревога, страх, ответная агрессия, не соответствующая реально существующей ситуации и действительности.

Девочки-подростки с маскированной депрессией, которые отрицательные эмоции неосознанно направляли внутрь или против себя, тем самым, создавали предпосылки для формирования соматических симптомов и расстройств пищевого поведения. Аддиктивное поведение, возникающее на фоне эмоциональных



расстройств, в 85% случаев было зарегистрировано у мальчиков, для девочек характерным было возникновение недовольства своим телом и при длительном сохранении депрессивной симптоматики развивались расстройства пищевого поведения в виде анорексии и ограничительного пищевого поведения с соблюдением изнуряющих диет. Клиника нервной анорексии ограничивалась симптомами инициального периода, среди эмоциональных расстройств отмечались: аффективная возбудимость, тревога, депрессия, фобические расстройства. В большинстве случаев в преморбиде у больных не отмечалось повышенного веса. Больные стремились к изменению своего внутреннего мира, к самосовершенствованию, в ряде случаев выявилась склонность к разнообразным реакциям протеста.

При использовании теста Люшера больные не могут опираться на самооценку своего состояния, что позволяет 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 15% случаев (11 больных) 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 аддиктивному поведению.

В ряде случаев у 20 больных (67%) выявлялся упадок сил, невозможность дальнейшей активности, в 17% случаев – напряжение, вызванное попыткой справиться с некоторыми обстоятельствами, которые являются для них непосильными. Данное состояние вызывало стресс и ощущение неполноценности, стремление к самоограничению и самоконтролю, что у 4 больных проявилось в расстройстве пищевого поведения и в 10% случаев привело к появлению суицидальных мыслей.

У пациентов с маскированной депрессией тестирование показало наличие тревоги и беспокойства, переживание недостатка близких и сочувственных отношений. На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), отмечалось нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, злоупотребление токсикоманическими веществами и спиртными напитками.

**Заключение:** по результатам исследования было выявлено, что у подростков с поведенческими нарушениями чаще наблюдаются легкие депрессивные расстройства и депрессия средней степени тяжести.

Депрессивные расстройства влияют на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии

приводит к появлению опасных для жизни подростка состояний. У мальчиков в большинстве случаев выявляется дисфорическая депрессия, сопровождающаяся уходами из дома, присоединением к асоциальным компаниям, злоупотреблением спиртными напитками и психоактивными веществами.

У девочек чаще выявляется тревожная и маскированная депрессия средней степени тяжести с возникновением расстройства пищевого поведения на фоне аффективных проявлений.

Учитывая, что депрессивные расстройства протекают с нарушениями поведения, влияющими на социально-педагогическую адаптацию, то необходимо более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь пациентам подросткового возраста.

Полученные результаты позволяют проводить эффективный курс лечения депрессивных расстройств и осуществлять дифференцированный выбор метода психотерапевтического воздействия для коррекции поведенческих расстройств и формирования гармонично развитой личности.

## Литература

1. Антропов Ю.Ф. *Невротическая депрессия у детей и подростков*. – М, 2000.
2. Иовчук Н.М., Северный А.А., *Особенности подростковой депрессии*. – М. 1999.
3. Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В. *Современное состояние службы охраны психического здоровья детей // Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития Российского государства*. – М.: Наука.2007. – С. 28-29.
4. Подольский А.И., Идобаева О.А., Хейманс П. *Диагностика подростковой депрессивности*. – СПб.: Питер, 2004.
5. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Полкунова Е.В. *Семейные факторы депрессии // Вопросы психологии*. - 2005.- №6. - 63-71с.
6. Helen Z., Reinherz Sc.D.; Angela D., Paradis B.A., Rose M. *Childhood and Adolescent Predictors of Major Depression in the Transition to Adulthood // American Journal of Psychiatry* 2003; 160:2141-2147.
7. Starcevic V. *Anxiety disorders in adults. A clinical guide*. – Oxford etc. Oxford University Press, 2005. – 424p.

## Особенности психотерапии эмоциональных изменений у подростков с сахарным диабетом I типа

Шарипова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт  
Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность:** целесообразным направлением работы с детьми и подростками с сахарным диабетом I типа является комплексная фармакотерапевтическая и медико-психологическая помощь с проведением психосоциальных и реабилитационных мероприятий [2].

Современные тенденции клинической психологии показывают важность исследования процессов психической адаптации в ситуации болезни, то есть того, как дети с сахарным диабетом реагируют на хроническую фрустрирующую ситуацию блокирования их актуальных жизненных потребностей.

Сахарный диабет (СД) является широко распространенным эндокринным заболеванием, которое достигает масштабов неинфекционной эпидемии. Согласно статистическим данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) за 2013 г. в мире зафиксировано 381 млн. 800 тыс. пациентов с СД, в 2014 г. количество больных составило 387 млн., а к 2035 г. оно может увеличиться до 592 млн. По данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны СД. Специалисты Международной федерации диабета подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений (Diabetes Atlas, 6th ed. IDF, 2015).

Контингент больных с впервые выявленным СД II типа пополняется преимущественно за счет старших возрастных групп (65-80 лет), что объясняется не только увеличением продолжительности жизни населения, но и, прежде всего, увеличением распространенности ожирения на фоне гиподинамии и воздействием различных стрессогенных факторов [3].

Данное заболевание необходимо диагностировать на начальной стадии, но, к сожалению, не всегда пациенты вовремя обращаются в медицинские учреждения. Довольно часто пациенты даже не подозревают о том, что они больны, не обращаются к врачу, не получают соответствующего лечения и имеют высокий риск развития необратимых сосудистых осложнений.

Большинство больных, которым ставят диагноз сахарный диабет, испытывают шок, им трудно осознать, что теперь надо по несколько раз в день проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований [6]. Особенно сложно это представить детям и подросткам – что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда. Больные с впервые выявленным СД нуждаются в индивидуальной психологической поддержке [4]. Этому контингенту

пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между врачом и больным. Для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня [5].

В связи с появившимся прогрессом в фармакотерапии, как нельзя более актуальными становятся вопросы реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков [1].

**Цель исследования:** изучить новые возможности психокоррекции аффективных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической помощи данному контингенту больных.

**Материалы и методы исследования:** в условиях НИИ эндокринологии города Ташкента была набрана группа из 30 подростков в возрасте 12-15 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения.

Для выявления эмоциональных изменений использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник тревожности Спилбергера-Ханина, восьмицветовой тест Люшера, шкала астении и оценка нервно-психического напряжения по Немчину.

С группой проводились занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю, продолжительностью около 2-х часов.

**Результаты:** в ходе исследования эмоционального фона у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), фиксировалось отсутствие желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%).

В обследованной группе в ходе тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (67%), у 20% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. У подростков с СД I типа была обнаружена взаимосвязь уровня реактивной тревожности с уровнем личностной тревожности. Высокая реактивная

и личностная тревожность сопровождались формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать гипотезу о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа.

Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения СД. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высоким уровнем личностной и реактивной тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%) и навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70%), отмечались суицидальные высказывания и намерения (15%).

Основными целями проводимой коррекционной работы являлись:

1. Проведение семейной и рациональной психотерапии.
2. Реабилитационная программа.
3. Улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности).
4. Обучение новым формам самовыражения, навыкам творческой деятельности и прикладного искусства.

В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг развития умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия, когнитивный тренинг.

Интегративная танцевально-двигательная терапия проводилась в комбинации с арт-терапией и позволила в полном объеме раскрыть эмоциональную сферу личности подростков. Участники в процессе занятий обучались телесной рефлексии, тренировали способность отслеживать собственные переживания и волнения, осознавать и принимать себя, свои негативные и позитивные эмоции и их причины, посредством отражения внутреннего мира через танец и элементы пантомимы. Экспрессивность в танце помогала выражать разнообразные чувства. Анализ танцевально-двигательной деятельности позволяет снять телесные блоки и зажимы, в большом количестве наблюдающиеся в подростковом возрасте. Использование танца как метафоры дает возможность структурировать и трансформировать внутренний мир личности в целом.

Основными принципами танцевально-двигательной терапии в работе с подростками является использование невербальных форм взаимодействия и спонтанности, возможность интерпретировать чувства и эмоции посредством танца. Отсутствие слов заставляет сфокусировать внимание на теле человека, его главных экспрессивных выражениях, телесных реакциях в социальном контексте.

Игровой и творческий компоненты метода вовлекают подростка в групповую работу, вызывают интерес, живой эмоциональный отклик, а также готовность исследовать себя и окружающую реальность. Подростки с удовольствием проявляли оригинальность и креативность, создавая собственный танец. Глубинный психотерапевтический эффект такой работы связан с тем, что танец служит также хорошей психоэмоциональной разрядкой, помогает выразить значимые чувства, а также освободиться от негативных эмоций, которые копятся в повседневной жизни человека.

На инициальном этапе реабилитационной программы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники как арт-терапия. В ходе данных сессий была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: бисероплетение, декупаж, резьба по дереву, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание цветными нитями мулине. Посещаемость групповых психокоррекционных занятий составляла 88%.

В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение внутрисемейных взаимоотношений, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. В связи с этим появилась необходимость продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков. Подростки проявляли большой интерес к творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. Домашние задания в виде рисунков на темы: «Моя семья», «Дом. Дерево. Человек» выполнялись с большим энтузиазмом.

По субъективным сведениям родителей, подростки стали более активны в быту, с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и предъявляли результаты творческого труда. У всех подростков, проходивших лечение в психокоррекционной группе, было отмечено улучшение общего состояния и эмоционального фона. Выявлялось желание к активному участию в процессе выздоровления, восстановлению социальных контактов, нормализация внутрисемейных и межличностных взаимоотношений.

**Вывод:** таким образом, использование современных возможностей психокоррекции и психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении психосоматического компонента СД, а также коморбидно текущей аффективной патологии, улучшить прогноз и реабилитацию данной категории пациентов.

## Литература

1. Бережная Е.А. Применение танцевально-двигательной терапии в психологической работе с подростками // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: сборник материалов международной научно-практической конференции, 24-25 апреля 2015 г./ под общ. ред. Ю.П. Платонова. – СПб.: СПбГИПСР, 2015. С. 24-26.
2. Вечканов В.А. Особенности нервно-психических расстройств у детей и подростков, больных сахарным диабетом. Дисс. ... канд. мед. наук. - М. - 1973.
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И. Сахарный диабет в России: проблемы и решения. – М. - 2008. – С. 3-6.
4. Никольская И.М., Коломиец И.Л. Уровень невротизации и стили совладающего поведения матерей детей, больных сахарным диабетом // Российский семейный врач. – 02.2011. – Том 15. – С. 40-45.
5. Щукина Е.Г., Бибилова Е.А. Некоторые психологические особенности детей и подростков с сахарным диабетом// Экология человека. – 2000, № 3. - С. 41.
6. Ялтонский В.М., Самарина М.А. Особенности мотивационного уровня внутренней картины болезни подростков с сахарным диабетом (I типа) // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века» / под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. - М.: ООО ONEBOOK.RU, 2013. - С.150-151.

## ТЕЗИСЫ и СООБЩЕНИЯ

### Новые возможности пациентского сообщества в Липецке

Астахова Н.

Региональное отделение ОООИ «Новые возможности»  
Липецк

В свете перемен, через которые проходит российское общество, встав на путь инновационного развития, психиатрическая помощь оказалась перед целым рядом вызовов, которые требуют новых подходов к их разрешению. Одними из приоритетных являются повышение качества, обеспечение доступности и приемственности в организации медико-социальной реабилитации пациентов на всех этапах психиатрического лечения и сопровождения.

В процесс внедрения и распространения инновационных социальных практик в психиатрии все активнее привлекаются представители некоммерческого сектора.

Липецкое региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических расстройств «Новые возможности» при партнерском взаимодействии с БФ «Сохранение нации и развитие гражданского общества» и ОКУ «Липецкая областная психоневрологическая больница» с 2015 г. участвуют в конкурсе на предоставление субсидий из областного бюджета для реализации социально значимых проектов. При поддержке Управлений внутренней политики и здравоохранения, на базе психиатрической больницы, реализуются проекты «Психосоциальная реабилитация инвалидов. «Пси-проект» и «Спортивно-оздоровительное направление реабилитации инвалидов вследствие психических расстройств».

Такое взаимодействие госучреждения и некоммерческого сектора позволило на базе диспансерного отделения ОКУ «ЛЮПНБ» усилить работу по медико-социальной реабилитации пациентов и обеспечить дополнительными ресурсами реабилитационную базу: материальную (закуплены мольберты, художественные материалы, ноутбуки, гимнастические коврики, спортивная одежда, спортивные тренажеры); кадровую (в качестве добровольцев к работе по психосоциальной реабилитации привлечены студенты социально-психологических отделений ЛГПУ им. С. Тянь-Шанского); методическую (разработаны реабилитационные программы, раздаточный и стимульный материалы); практическую (психосоциальной реабилитацией по проектам охвачено 80 человек; ежедневные



занятия проводятся не менее чем с 30 пациентами диспансера и дневных стационаров).

По результатам диагностических исследований, у пациентов проектной группы, улучшились некоторые показатели нейрокогнитивного и социального функционирования в диапазоне от 17% до 30%. Значительно повысилась активность на свободном рынке труда.

Реабилитационная программа «Пси-проект» была одобрена членами Правительства РФ при недавнем посещении Липецкой области, и по их просьбе направлена в Министерство для обобщения опыта работы липецких некоммерческих организаций по созданию реабилитационной среды для лиц, страдающих расстройством психики. Управлением внутренней политики Липецкой области эти проекты признаны лучшими практиками НКО за 2015 -2016 гг. и будут представлены на втором Форуме социальных инноваций регионов, который будет проходить 8-9 июня 2017 года в Красногорске.

Оказание помощи психически больным гражданам с опорой на ресурсы общества поддерживается Всемирной организацией здравоохранения и, в условиях социально-ориентированной политики государства, является наиболее приемлемой моделью медико-социальной реабилитации и социального сопровождения граждан, страдающих психическими расстройствами.

## **Опыт психотерапии больных шизофренией в условиях психиатрического стационара**

Ашуров З.Ш., Шин З.В.

Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность.** В настоящее время под психообразованием принято понимать осуществляемый поэтапно процесс обучения в области психических заболеваний и оказания психолого-психиатрической помощи психиатрических и психологических пациентов, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на их установки и поведение в отношении собственного здоровья.

**Материалы и методы.** В психообразовательную программу были включены 32 амбулаторных больных параноидной шизофренией на этапе хронического течения заболевания в возрасте  $33,6 \pm 7,2$  года. Длительность заболевания составила  $11,93 \pm 3,2$  года, возраст начала болезни –  $21,5 \pm 5,1$  года.

**Результаты и обсуждение.** Психообразовательная программа представляла собой модуль, рассчитанный на определенное время и осуществляемый в группе

закрытого типа, работающей под руководством психиатра и психотерапевта. Программа нацелена на образование и обеспечение поддержкой пациентов – участников данных групп. Количество занятий в модуле составило, в среднем, 17 сессий. Занятия проводились один раз в неделю, продолжительность группы - один час. Карта оценки составлена таким образом, что более высокий балл отражает большую информированность пациента. Максимальный балл по карте оценки уровня знаний и эффективности психообразовательной программы – 90, минимальный – 18. В исследовании использовались опросник Хейма для изучения копинг-поведения и Визуальная аналоговая шкала для оценки связанного со здоровьем качества жизни. В данной работе использованы современные методы описательной и аналитической статистики, статистическая программа SPSS, для анализа корреляций применялся ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Немаловажно, что в процессе психообразования существенно возрастает заинтересованность больных в дальнейшем получении знаний о службах и формах помощи при психическом заболевании.

**Выводы.** Результаты исследования продемонстрировали целесообразность применения интегративной модели программы, включающей медицинский информационный модуль, модули тренинга межперсонального общения и поведенческой терапии. Таким образом, психообразовательная программа заметно повысила индивидуальные ресурсы совладания с болезнью и возможности адаптации больных шизофренией в целом. Полученные данные подтверждают положительную роль семейной поддержки в успешности психообразования за счет усиления мотивации пациентов к участию в программе.

## **Значение оценки тревожности в медико-психологическом консультировании детей с респираторной патологией**

Богуцкая Н.К.

Буковинский государственный медицинский университет  
Черновцы, Украина

Наиболее распространенными заболеваниями у детей любого возраста являются болезни органов дыхания. Причиной обращения к медицинскому психологу пациентов с респираторной патологией, в основном, является возникновение распространенных расстройств – агрессивного поведения, плохой успеваемости, проблем в общении со сверстниками, детской депрессии. Однако, в зависимости от личностных особенностей пациентов, нозологии и ее тяжести, семейного взаимодействия, то есть биопсихосоциальной адаптации, существуют особенности спектра таких психологических нарушений.

Психогенный стресс может вызывать у детей соматоформные расстройства функционирования органов дыхания: психогенный или привычный (беспричинный) кашель, нарушение речи (дисфункцию голосовых связок), гипервентиляцию, тревогу удушья, частое покашливание с очисткой глотки и тому подобное. У подростков могут наблюдаться синдром «дыхательного корсета», или «солдатского сердца», с вегетативно-невротическими расстройствами дыхания и сердечной деятельности, сопровождающимися пароксизмами гипервентиляции с одышкой. Иногда соматоформные расстройства появляются и фиксируются после настоящей болезни, но чаще являются отражением психологической проблемы. Редким "осложнением" перенесенного заболевания органов дыхания у детей является синдром продолжающейся более полугода хронической усталости со снижением когнитивной функции. У детей, больных бронхиальной астмой (БА), выше риск развития депрессии, тревожных расстройств и нарушений поведения. У значительной части больных БА имеющиеся эмоционально-поведенческие расстройства не зависят от тяжести болезни.

В исследовании была проанализирована степень выраженности личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности по методике Спилбергера-Ханина и проявления тревожности в условиях адаптации к школьному коллективу (ШТ) по методике Филипса у 32 детей с тяжелой (основная группа) и 30 больных школьного возраста со среднетяжелой бронхиальной астмой (БА).

Высокие баллы ЛТ (>46 баллов) установлены у  $26,6 \pm 1,7\%$  пациентов с тяжелой БА против  $9,1 \pm 6,1\%$  детей группы сравнения ( $p < 0,12$ ). Более высокий уровень ЛТ ассоциировался с наличием предвестников приступа БА ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,04$ ) и страхов ребенка ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,03$ ). Переживание социального стресса ассоциировалось с частыми ночными приступами ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,04$ ) у пациентов с БА. Низкий уровень успеваемости в школе, чаще отмечаемый среди детей с тяжелой БА, коррелировал с РТ ( $r = 0,33$ ;  $p < 0,02$ ) и ШТ ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,006$ ). Большой уровень ШТ ассоциировался с высокими показателями лабильности бронхов ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ) и негативным отношением к необходимости ежедневного приема лекарственных средств ребенком ( $r = 0,3$ ;  $p < 0,03$ ). Дети с низким физиологическим сопротивлением стрессу чаще постоянно носили ингалятор с  $\beta_2$ -агонистом короткого действия с собой ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,005$ ). Фрустрация потребности в достижении успеха ассоциировалась с несоблюдением базисной терапии БА ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,04$ ). Высокий уровень РТ был предиктором низкой эффективности трехмесячной базисной терапии адекватными дозами ингаляционных кортикостероидов при анализе динамики ОФВ<sub>1</sub> (объем форсированного выдоха за первую секунду) ( $r = -0,6$ ;  $p < 0,02$ ).

Таким образом, неблагоприятное воздействие респираторных болезней на психику ребенка возможно как через соматогенные, так и психогенные факторы. Медицинская адаптация к хроническому респираторному заболеванию предполагает достижение оптимального равновесия между управлением болезнью и достаточным качеством жизни, на что должна быть направлена помощь медицинского психолога. При изучении показателей тревожности у детей школьного возраста с персистирующей бронхиальной астмой, выявлена тенденция повышения всех характеристик тревожности у пациентов с тяжелой БА в

сравнении со среднетяжелой, что ассоциировалось с более выраженными проблемными аспектами лечения болезни.

## **Генетический полиморфизм Таq1 гена рецептора дофамина второго типа (DRD2) как фактор взаимовлияния обсессивно-компульсивной симптоматики и астенического синдрома**

Войнило А.Н.<sup>1</sup>, Скугаревская Т.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр психического здоровья

<sup>2</sup> Белорусский государственный медицинский университет  
Минск, Беларусь

**Актуальность.** Патогенез обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) обусловлен генно-средовыми взаимодействиями, наследование носит полигенный характер. Влияние носительства аллеля А1 полиморфного локуса Таq1А гена рецептора дофамина второго типа (DRD2) на степень выраженности обсессивно-компульсивной симптоматики (ОКС) при ОКР было доказано, однако наличие этого феномена в доклинической популяции не проверялось.

Клиницистами давно было отмечено значительное влияние внешних факторов на развитие обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Астенизацию можно рассматривать как результирующий клинический феномен, возникающий в ответ на действие многих факторов окружающей среды. Генетические факторы, в свою очередь, обуславливая механизмы реактивности организма, предопределяют его ответ на астенизирующие «вызовы» окружающей среды. Наличие генетического вклада в патогенез ОКР неоднократно подтверждалось исследователями. Мы же проверяли гипотезу о наличии вклада одного из генов-кандидатов в выраженность донозологических проявлений навязчивых состояний.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 110 студенток БГМУ с 1 по 6 курс (возраст: Ме=20,0 лет; (25-75%: 19,75-21,0). Респонденты, давшие информированное согласие, на анонимной основе заполняли три опросника: Опросник обсессивности-компульсивности (Obsessive-Compulsive Inventory, OCI), Многофакторная шкала астении (Multidimensional Fatigue Inventory-20, MFI-20) и Шкала оценки психиатрической симптоматики (Symptom-Checklist-90-Revised, SCL-90-R). У участников исследования был взят образец буккального эпителия для генотипирования. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS Statistics 20.0.

**Результаты и их обсуждение.** Начиная с исследований 1930-х гг. (Pauls D.L., 2010) постоянно подтверждался тот факт, что ОКР передаётся в семьях. Согласно близнецовым исследованиям и исследованиям по полигеномному поиску ассоциаций (GWAS, genome-wide association study), ОКР - это полигенное расстройство. Гены, участвующие в его развитии, предположительно вовлечены преимущественно в глутаматергическую, допаминергическую и серотонинергическую системы нейротрансмиссии. С точки зрения биопсихосоциального подхода к пониманию развития ОКР, большое влияние на проявление генетической предрасположенности оказывают факторы внешней среды.

Наиболее распространённая на данный момент нейробиологическая теория патогенеза ОКР (Ting, J.T., Feng, G., 2008) объясняет его через наличие двух кортико-стриато-таламо-кортикальных путей, прямого и непрямого. Прямой путь оказывает активирующее влияние на таламус, непрямой - ингибирующее. Дофамин модулирует активность этих путей. В частности, сигналы, передающиеся через дофаминовые рецепторы второго типа способствуют увеличению активности непрямого, ингибирующего, пути, а низкая плотность этих рецепторов способствует относительному преобладанию активности прямого пути над непрямым и возникновению обсессивно-компульсивной симптоматики

Изучаемый нами в настоящем исследовании однонуклеотидный полиморфизм Таq1А гена рецептора дофамина второго типа DRD2 в структуре ДНК находится несколько «выше по течению» относительно кодирующей части гена и либо непосредственно влияет на уровень его экспрессии, либо находится в сцеплении с регуляторным элементом. У данного полиморфизма есть два аллеля, А1 и А2. Аллель А1 ассоциирован с меньшим уровнем экспрессии гена и, следовательно, с меньшей плотностью рецепторов.

Непосредственная связь была обнаружена между генотипом по изучаемому полиморфизму и степени выраженности психической астении. Генотипу А1А1 соответствует более высокий уровень выраженности психической астении. Необходимо отметить, что на сегодняшний день отсутствуют точные данные о прямых причинно-следственных отношениях между астеническим синдромом и полиморфизмом Таq1А гена DRD2. Однако есть все основания предполагать вовлечённость допаминергических механизмов в развитие полиморфных проявлений астенического синдрома, в том числе психической астении, что и может объяснить наблюдаемый нами феномен.

Нами далее было показано, что генотип по изучаемому полиморфизму влияет на характер зависимости ОКС от проявлений астенического синдрома и некоторых феноменов психиатрической болезненности. Оцениваемая взаимосвязь была рассмотрена с учётом степени выраженности феномена астенического синдрома «пониженная активность» (MFI-20) с градациями в зависимости от степени выраженности от "низкой" до "высокой". С помощью многомерного дисперсионного анализа (ANOVA) показано наличие достоверного влияния ( $p=0,001$ ) генотипа по исследуемому полиморфизму на характер зависимости. Обращает на себя внимание тот факт, что до второй группы включительно зависимость проявляет единообразную тенденцию – возрастает. В то же время у

носителей аллеля A1 при сильной выраженности астенизации интенсивность навязчивых проявлений («мытье») существенно ослабевает. Мы предлагаем этому следующее предварительное объяснение. Обсессивно-компульсивные переживания можно подразделять на два вида с учётом принятия/отвержения их индивидом как части себя: эго-синтонные и эго-дистонические соответственно. Во втором случае человек осознаёт неправильность происходящего с ним, это ему неприятно, в первом же он «сливается» с этими переживаниями и не разграничивает обсессии и компульсии от своих нормальных мыслей и порывов. Мы предполагаем, что при высокой степени астенизации ОКС может переходить в эго-синтонную форму и не замечаться респондентами.

Была также показана зависимость «мытья» от феномена тревожности ( $p=0,029$ ), измеряемого по соответствующей шкале SCL-90-R с учётом генотипа по изучаемому полиморфизму. Это даёт основание предположить, что высокая склонность к тревожному реагированию и высокая степень астенизации при «неблагоприятном» генотипе может способствовать переходу ОКС из эго-дистонической в эго-синтонную. Следствием этого является отказ человека от противодействия навязчивостям.

**Результаты.** Балл по шкале "Психическая астения" Multidimensional Fatigue Inventory-20 был достоверно более высоким у носителей аллеля A1 полиморфного локуса Taq1A гена DRD2 ( $p=0,036$ ). Доказано статистически достоверное влияние носительства данного аллеля на зависимость такого проявления обсессивно-компульсивной симптоматики как "Мытьё" от пониженной активности как компонента астенического синдрома и тревожности как лично опосредованного фактора ( $p=0,001$  и  $0,029$  соответственно). Таким образом, на доклинической выборке показано, что носительство аллеля A1 полиморфного локуса Taq1A гена рецептора дофамина второго типа (DRD2) вносит вклад во взаимосвязь между обсессивно-компульсивной симптоматикой и астеническим синдромом как фактором, обусловленным окружающей средой, а также связано со степенью выраженности психической астении.

## **Некоторые показатели эндотелиальной дисфункции у больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя**

Голыгина С.Е., Терешков П.П., Сахаров А.В.

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России  
Чита

**Актуальность проблемы.** В последние два десятилетия большое внимание уделяется изучению эндотелия и его роли в общем гомеостазе и других важных

процессах в организме (гемодинамике, иммунных реакциях, регенерации и др.) в норме и патологии (Серебрякова О.В., 2014). Эндотелиальные клетки вырабатывают множество биологически активных веществ, которые обладают различными, зачастую противоположными эффектами. В тоже время при эндотелиальной дисфункции в работе эндотелия происходят изменения в сторону уменьшения вазодилатации, активация провоспалительного состояния и протромботических свойств (Шишкин А.Н. и др., 2008).

При злоупотреблении алкоголем кровеносные сосуды микроциркуляторного русла страдают в первую очередь, так как осуществляют транспорт алкоголя ко всем органам. Возникающие нарушения микроциркуляции, приводящие к структурным изменениям в органах при алкогольной болезни, подробно описаны патологоанатомами (Пауков В.С. и др., 1998-2007). При этом точные патофизиологические механизмы эндотелиальной дисфункции при злоупотреблении спиртными напитками по-прежнему не установлены. Следовательно, этот вопрос требует дальнейшего изучения.

**Цель исследования:** изучение особенностей изменения некоторых маркеров эндотелиальной дисфункции у больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя.

**Материал и методы.** Данное исследование было одобрено в локальном этическом комитете ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России 06.11.2015 года (протокол № 74). В работе соблюдались этические принципы, предьявляемые Хельсинкской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации и Правилами клинической практики в Российской Федерации. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

На базе Краевого наркологического диспансера Забайкальского края было обследовано 30 пациентов в возрасте от 21 до 40 лет, госпитализированных для лечения алкогольного абстинентного синдрома (ААС, 17 человек) и алкогольного делирия (АД, 13 человек). Забор крови для исследования проводился в 1-ый день поступления (в состоянии синдрома отмены, СО) и на 12-14-е сутки от госпитализации (в конце постабстинентного состояния, КПАС). Контрольную группу составили 22 здоровых добровольца, сопоставимых с группой исследованных по полу и возрасту.

Исследование показателей эндотелиальной дисфункции проводили в плазме венозной крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием соответствующих тест-систем: Е-селектин (R&D Systems, США), результаты выражали в нг/мл; Эндотелин (1-21) (Biomedica-Gruppe, Австрия), результаты выражали в фмоль/мл.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Microsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-10». Для сравнения двух независимых выборочных совокупностей применялся непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения связанных между собой показателей (одна группа в динамике) использовался непараметрический критерий W-Уилкоксона. Различия считали достоверными при показателе  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** При исследовании состояния эндотелиальной функции у больных алкоголизмом было выявлено, что в состоянии отмены алкоголя уровень Е-селектина был повышенным в 3-4 раза относительно контрольной группы как при алкогольном абстинентном синдроме, так и при алкогольном делирии (контроль –  $15,85 \pm 2,46$  фмоль/мл;  $49,28 \pm 6,23$  при ААС,  $p < 0,001$ ;  $60,75 \pm 10,40$  при АД,  $p < 0,001$ ). После лечения, в постабстинентном периоде, концентрация Е-селектина продолжала расти у пациентов с неосложненной абстиненцией ( $57,56 \pm 6,23$  фмоль/мл) и снижалась у пациентов после перенесенного алкогольного делирия ( $48,84 \pm 9,48$  фмоль/мл), при этом оставаясь существенно выше контрольных значений ( $p < 0,001$ ). Значимых отличий по критерию Уилкоксона между содержанием Е-селектина в динамике в процессе лечения в группах пациентов с ААС и АД установлено не было ( $p = 0,303$  и  $p = 0,424$  соответственно).

В состоянии синдрома отмены алкоголя до лечения уровень эндотелина у больных алкоголизмом значительно превышал таковой в группе контроля на 80% (контроль –  $0,51 \pm 0,06$  нг/мл;  $0,92 \pm 0,13$  при ААС,  $p < 0,01$ ;  $0,92 \pm 0,11$  при АД;  $p < 0,001$ ). В дальнейшем, в процессе терапии, при неосложненном ААС этот показатель увеличился до  $1,38 \pm 0,38$  нг/мл ( $p < 0,01$ ). В группе больных с АД выявлен более существенный рост концентрации эндотелина, который к КПАС превысил контрольные значения в 3 раза ( $1,53 \pm 0,35$ ,  $p < 0,01$ ). По критерию Уилкоксона в группе больных с неосложненной абстиненцией рост показателя эндотелина (1-21) в процессе терапии был не значимым достоверно ( $p = 0,649$ ), в группе пациентов с алкогольным делирием зарегистрировано увеличение содержания эндотелина на 66% в динамике, отличия являются достоверными ( $p = 0,045$ ).

**Заключение.** В результате проведенного исследования установлено, что у больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя (неосложненном и осложненном делирием) имеются проявления эндотелиальной дисфункции, выражающиеся в существенном повышении уровня Е-селектина и эндотелина (1-21). Данные маркеры являются показателем значительного повреждения эндотелия, что может служить основой формирования протромботических условий у больных алкоголизмом, даже в постабстинентном периоде. При этом наблюдаются более значительные изменения изучаемых показателей при алкогольном делирии, по сравнению с простым абстинентным синдромом.

Таким образом, можно предположить, что у больных алкоголизмом в состоянии отмены алкоголя имеется дисбаланс между медиаторами, обеспечивающими оптимальное течение эндотелийзависимых процессов. Ввиду длительности проявлений эндотелиальной дисфункции, которая сохраняется даже через 2 недели после терапии, можно предположить целесообразность назначения препаратов эндотелиопротекторов пациентам с синдромом отмены алкоголя.



## **Применение психоаналитических теорий развития в работе с пограничными пациентами**

Гонжал О.А.

Институт повышения квалификации ФМБА  
Москва

На сегодняшний момент подходов к пониманию психических и психологических расстройств очень много; каждая психологическая и медицинская школа пользуется своей терминологией, и это существенно осложняет создание интегративной модели психотерапии. Пожалуй, само по себе разнообразие подходов и техник отражает общую тенденцию поиска гибкого и многомерного понимания психики.

В качестве интегративной точки психотерапевтической работы мы предлагаем рассмотреть понятие аффекта, поскольку именно оно имеет прямую связь с медицинским представлением о болезни, в том смысле, что аффекты имеют соответствующую физиологическую репрезентацию и связь с эмоциональным состоянием (О. Кернберг), а с позиции теории психического развития, именно они являются субстратом для формирования зрелой эмоциональной сферы. Используется определение аффектов (Ф. Тайсон и Р.Л. Тайсон), как психических структур, имеющих мотивационные, соматические и экспрессивные, коммуникативные и эмоциональные компоненты, ассоциированные с представлением и чувственным компонентом.

Причиной аффективных расстройств, по мнению ряда психоаналитиков, является невозможность установить реципрокность взаимодействия матери и ребенка (Р. Шпиц, Дж. Боулби). Опыт успешного или неуспешного реципрокного взаимодействия в раннем детстве, вероятно, и представляет собой то, что З. Фрейд называл первичной психической материей. По мнению Ж. Лапланша и П. Оланье, первичная психическая материя должна быть метаболизирована посредством символизации (Р. Руссийон), так индивидуальный опыт присваивается и интегрируется. З. Фрейд предложил двухуровневую модель работы символизации на примере сновидений таким образом, что первый уровень представляет собой способность психики перерабатывать психическое состояние в сновидение, а второй уровень – способность рассказать сновидение.

В практической работе, наряду с анализом сновидений, непосредственный доступ к аффекту посредством проективной идентификации и разыгрывания дает контрперенос терапевта, переработка которого предоставляет возможность понять и символизировать переживания пациента. Появление у пограничного пациента возможности осмыслить свое эмоциональное состояние создает предпосылки для преодоления фрустрации.

## Арт-терапия в системе реабилитации психических больных в условиях дневного стационара

Григорьева Е.В., Бабаева Е.Г.

СПбГБУЗ «Психоневрологический диспансер №6»  
Санкт-Петербург

В рамках работы дневного стационара ПНД №6 реализуется биопсихосоциальная модель помощи пациентам, страдающими психическими расстройствами. Объединение медицинской, психологической и социальной моделей представляет собой методологическую установку в понимании целей лечения и реабилитации.

На сегодняшний день, в работе с пациентами, страдающими расстройствами шизофренического спектра, как в нашей стране, так и в мире, используются различные арт-терапевтические подходы (Копытин А.И., 2010; 2011). В дневном стационаре ПНД №6, наряду с вербальными методами психотерапии и танцевальной терапией, активно внедряется арт-терапевтическое направление работы, и получены положительные результаты. Нами модифицирована и апробирована специфическая структура проведения арт-терапевтических занятий. Положительные результаты лечения больных с психическими расстройствами подтверждают обоснованность разработки такой интегративной психотерапевтической программы в рамках комплексной терапии, которая может быть нацелена не только на основные звенья болезненного процесса, но и на восстановление социальных навыков, повышение самооценки, качества взаимоотношений, установок на взаимодействие с врачом.

Мы придерживались принципа этапного характера арт-терапевтических мероприятий (Киселева М.В., 2007; Копытин А.И., 2011; Назыров Р.К. и др., 2014):

Этап 1 – «Кризисный». *Задачи арт-терапии:* преимущественно, смягчение симптомов психического расстройства (поведенческих, эмоциональных, познавательных, соматических нарушений). Адаптация пациента к условиям учреждения, повышение мотивации к лечению. На начальных этапах творчество становится незаменимым фактором установления терапевтического альянса с пациентом, нередко являясь почти единственным «мостиком» в переживаниях пациента, в «его реальность».

Этап 2 – «Лечебный». *Задачи арт-терапии:* дальнейшее купирование симптомов психического расстройства; активизация (по возможности) работы, направленной на нейтрализацию причинных факторов и механизмов развития психического расстройства, а также вызванных им психогенных реакций. Проработка и коррекция отношения пациента к себе, окружающей среде, образу жизни, своему заболеванию, лечению. Укрепление отношений пациента с другими больными, медицинским персоналом. Активизация и привлечение стабилизирующих факторов (внутренних и внешних ресурсов) пациента.

Этап 3 – «Реабилитационный». *Задачи арт-терапии:* генерализация и поддержка терапевтических изменений, достигнутых на предыдущей стадии. Коррекция отношений пациента к своей социальной роли, труду, личностно значимой деятельности. Дальнейшее укрепление отношений пациента с другими больными, медицинским персоналом, членами семьи, обществом. Активизация и привлечение стабилизирующих факторов (внутренних и внешних ресурсов) пациента. Развитие и поддержка жизненных навыков (коммуникации, самоорганизации и др.).

Арт-терапевтические занятия имели следующую структуру:

1) вводная часть (предполагала оценку состояния и запросов участников занятия на текущий момент времени, их «разогрев» и настрой на работу);

2) основная часть (подразумевала выбор характера деятельности и темы или ее корректировку, индивидуальную или совместную творческую работу с использованием определенных изобразительных материалов, завершающуюся обсуждением произведений и процесса их создания);

3) заключительная часть (предполагала подведение итогов занятия и, в некоторых случаях, определение плана последующей работы).

На основе проделанной работы можно сделать следующие выводы.

Отмечается положительное влияние используемого метода на стабилизацию психического состояния, мобилизацию когнитивных функций и личностных ресурсов пациентов, преодоление негативных последствий болезни, связанных с «синдромом госпитализма», потерей трудоспособности и ограничением социальных контактов, позитивную динамику в коммуникативной, познавательной и эмоционально-волевой сферах.

Арт-терапия вносит значительный вклад в решении комплекса лечебно-реабилитационных задач, таких, как продление ремиссии пациентов, снижение количества рецидивов и госпитализаций, установление стойких социально-коммуникативных контактов, выработка активной жизненной позиции.

Применение арт-терапевтических приемов значительно обогащает арсенал психотерапевтической коррекции и реабилитации пациентов, способствует более глубокому осмыслению и повышению эффективности других методов психотерапии в амбулаторных условиях.

## Групповая гештальт-терапия психических расстройств невротического уровня

Демьяненко А.М.<sup>1</sup>, Бабин С.М.<sup>2</sup>, Иванов В.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. академика И.П. Павлова»

<sup>2</sup> Северо-Западный ГМУ им. И.И. Мечникова  
Санкт-Петербург

Нами сделана попытка проанализировать эффективность психотерапии, проводимой в гештальт-подходе, у пациентов невротического уровня с ведущим тревожно-фобическим синдромом.

Данное исследование проводилось с марта 2015 г. по апрель 2016 г. на базе Городского психотерапевтического центра СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. академика И.П. Павлова». В течение этого времени проводилась групповая психотерапевтическая работа в рамках гештальт-подхода с пациентами, страдающими невротическими расстройствами, преимущественно тревожно-фобическими (F4 по МКБ-10). Всего было проведено 5 психотерапевтических групп, структура группы – закрытая, в среднем, количество встреч в каждой группе составило 22, длительность каждой встречи варьировалась от 90 до 120 минут. Основная группа включала 43 пациента в возрасте от 24 до 45 лет, средний возраст 35,2 года. Контрольная группа набиралась с января по май 2016 года, в нее вошли 29 пациентов в возрасте от 24 до 45 лет, средний возраст 36,3 лет. В контрольную группу были включены пациенты либо не получавшие психотерапевтическую помощь, либо получившие ее в недостаточном объеме для формирования механизмов саногенеза, от одной до пяти встреч. Пациенты обеих групп получали фармакологическое лечение, преимущественно антидепрессанты из группы СИОЗС.

Пациенты основной группы в начале и после прохождения, а также спустя 6 месяцев психотерапии проходили экспериментально психологическое исследование (ЭПИ) по методикам: Торонтская алекситимическая шкала (TAS) и интегративный тест тревожности ИТТ. После полного курса психотерапии данное исследование повторялось. Сравнительный анализ включал подсчет статистической достоверности различий по критерию Стьюдента для связанных выборок и корреляционный анализ по критерию Пирсона.

Пациенты контрольной группы проходили ЭПИ после поступления в клинику и установления диагноза, входящего в рубрику F4 (невротические расстройства) по МКБ-10. Также критерием включения являлось наличие тревожно-фобического синдрома. После окончания курса лечения, перед выпиской, пациенты проходили повторное ЭПИ.

Стоит отметить, что с точки зрения клинической оценки состояния, пациенты обеих групп не имели клинически выраженной симптоматики

психических расстройств и не предъявляли жалоб, характерных для невротической симптоматики, на момент окончания лечения.

Нами получены следующие данные. У пациентов из основной группы в процессе психотерапевтической работы, уровень алекситимии снизился с 68 до 60 баллов, когда в контрольной группе повысился с 67 до 71 балла.

В основной группе в процессе психотерапии по ИТТ общий уровень ситуативной тревожности снизился с 6 до 4 баллов, когда в контрольной статистически значимых изменений не выявлено.

Корреляционный анализ показал сильную взаимосвязь ( $r=0,07$ ;  $p<0,05$ ) алекситимической шкалы со шкалами ситуативной тревоги методики интегративного теста тревожности, а именно, «эмоциональный дискомфорт» (ЭД), «астенический компонент тревожности» (АСТ), «фобический компонент» (ФОБ), «тревожная оценка перспективы» (ОП) и «социальная защита» (СЗ).

Катамнестическое исследование пациентов основной группы выявило снижение алекситимии до уровня 55 баллов, что свидетельствует об отсутствии алекситимии, а также сохранение изменений по всем шкалам интегративного теста тревожности.

На основании полученных данных, можно сделать следующие выводы:

1) Учитывая динамику изменения шкалы TAS и ИТТ, повышение способности осознавать эмоциональную сферу влияет на снижение тревожности в целом.

2) Изолированное применение фармакотерапии без психотерапевтической работы при лечении невротических расстройств не влияет на психологические механизмы, необходимые для формирования саногенеза.

3) Учитывая данные катамнеза, можно полагать, что изменения, достигнутые в результате психотерапии, являются стойкими, встроенными в структуру личностного опыта.

## **Психокоррекционная работа с родителями детей с аутизмом на этапе переживания горя**

Докукина Т.В., Григорьева И.В., Марчук С.А.

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»  
Минск, Республика Беларусь

Проблема аутизма является одной из наиболее актуальных в области детской психиатрии. Согласно современным представлениям, аутизм – это хроническое психическое заболевание, которое обычно проявляется в течение первых трех лет жизни ребенка, характеризуется всесторонним дефицитом социального

взаимодействия и общения различной степени выраженности, а также ограниченными интересами и повторяющимися (стереотипными) действиями. В силу различной степени выраженности указанных нарушений в настоящее время применяется термин расстройства аутистического спектра (РАС).

Одним из важных направлений деятельности специалистов мультидисциплинарной бригады РНПЦ психического здоровья является психокоррекционная работа с семьей ребенка, страдающего РАС. Специалисты центра активно взаимодействуют с МБОО «Дети. Аутизм. Родители», что позволяет расширить рамки оказываемой помощи таким семьям и повысить информированность населения о проблеме аутизма.

Родителям принадлежит основная и одновременно трудная роль, требующая немалых сил и терпения для развития и подготовки ребенка к жизни. И только доверительные отношения, взаимопомощь и координация действий между специалистами и родителями позволят более эффективно оказывать терапевтическую и реабилитационную помощь детям. Родителям детей с аутистическими расстройствами необходимо понимание того, что дети в любом случае остаются детьми, и любовь, ласку им не смогут заменить даже самые лучшие врачи и педагоги.

В настоящее время в лечебный процесс специалисты все активнее вовлекают семью как равноценного партнера. Большую роль при этом играют организации самопомощи и добровольные объединения родителей.

Психообразовательная программа работы с родителями детей с РАС включает комплекс занятий и обучение родителей аутичных детей. Она направлена на коррекцию поведения ребенка, нивелировку тревожности, страха, а также на коррекцию и укрепление семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение их приемам работы с больным аутизмом, и, как результат, способствует снижению роста детской инвалидности. Чем раньше родители получают адекватную психокоррекционную помощь, тем лучше перспективы их взаимодействия с аутичным ребенком, развития и динамики гармоничных и продуктивных отношений в течение всей жизни.

В связи с тем, что аутизм является очень ранним нарушением развития, индивидуальная психотерапия ребенка и семейная психотерапия родителей является длительным процессом. Индивидуальная психотерапия ребенка и семейная психотерапия родителей при аутизме воздействует на эмоциональные проблемы ребенка, помогает устанавливать полноценный семейный контакт, эффективно корректировать контакты с окружающими, преодолевать глубокие психологические барьеры и семейные страхи.

Применение разработанной психообразовательной программы для родителей позволит сократить сроки и кратность госпитализации детей с аутизмом в стационаре. Коррекция психических, поведенческих и когнитивных расстройств у детей с аутизмом откроет перспективы адекватной работы с каждым ребенком в условиях интегрированного обучения и, соответственно, позволит уменьшить детскую инвалидность.

Реакция родителей на диагноз «аутизм» у ребенка - это переживание горя. Состояние горя переживается ими не только в момент постановки диагноза, но и

на протяжении всей жизни в связи с взрослением аутичного ребенка. Хроническая неотрагированная печаль вызывает чувство безысходности, с которым родители часто не могут самостоятельно справиться.

Цель исследования: на основе изучения уровня тревоги и депрессии у родителей детей с аутизмом подобрать терапевтические модули психокоррекционной программы.

Материал и методы исследования: в исследование были включены давшие информированное согласие матери детей с аутизмом – 25 человек в возрасте от 25 до 40 лет. Уровень тревоги и депрессии оценивался по «Hospital Anxiety and Depression Scale».

Результаты: у 72% матерей отмечен высокий и у 20% субклинически выраженный уровень тревоги, высокий уровень депрессии у 32% и субклинический у 20% матерей, что свидетельствует о самоизоляции, мрачном видении будущего ребенка и семьи в целом.

Психокоррекционная программа включала 10 сессий. В аффективном периоде акцент делался на осознание родителями факта разделение диагноза и собственно ребенка – установленный диагноз это не сам ребенок, и ситуация не тождественна всей жизни семьи. Матери обучались способам примирения с утратой ранее сконструированного образа ребенка, научались конструктивно относиться к диагнозу аутизм, постепенно формировалась интеграция с прошлым жизненным опытом. В гностическом периоде основные цели программы включали: обучение пониманию, что каждая причина имеет «трансформационные ключи» к изменению и разрешению следствия – аутизма, как альтернативного состояния функционирования «со своим языком взаимодействия» и поиску нахождения нового жизненного смысла.

В поведенческом периоде фокусировались на научении доверию к ребенку и его внутреннему «аутичному» миру, реализацию своих потребностей, делегированию части работы специалистам.

После курса психокоррекции уровень тревоги и депрессии снизился ( $p < 0,01$ ), дезактуализировались тревожно-фобические переживания, появилась перспектива и вера в возможности себя и своего ребенка, что свидетельствует об эффективности проводимых мероприятий.

## Когнитивный дефицит и психосоциальное функционирование больных шизофренией

Дорофейкова М.В.<sup>1</sup>, Вишневская О.А.<sup>2</sup>, Савельева О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева

<sup>2</sup> СПб ГБУЗ Психоневрологический диспансер №8  
Санкт-Петербург

В течение последних 20 лет когнитивные нарушения рассматриваются как неотъемлемая характеристика шизофрении, определяющая функциональный исход данного заболевания, одним из аспектов которого является уровень личного и социального функционирования.

Были обследованы 125 больных параноидной шизофренией в возрасте  $35,8 \pm 9,9$  года на этапе становления ремиссии или на этапе стабильной ремиссии; среди них 73 – лица мужского пола (58,4%) и 52 (41,6%) – женщины. Наследственность была отягощена психическими расстройствами у 47,1% пациентов. Возраст начала заболевания составил  $24,9 \pm 8,1$  года, длительность заболевания достигла  $12,0 \pm 8,3$  года. Среди пациентов преобладали лица с высшим (43,7%) и средним специальным образованием (42,3%). Были выделены две подгруппы сравнения: больные с первым эпизодом и хронической шизофренией на этапе стабилизации психического состояния или в ремиссии. Критериями наличия первого эпизода явились длительность заболевания не более 5 лет, количество приступов не более трех.

В исследовании были использованы катamnестический, клинко-психопатологический методы, метод клинко-шкальной оценки, нейропсихологические методики, в числе которых – опросник отношения к лекарствам для оценки уровня комплаентности DAI; шкала социального и повседневного функционирования (Personal and Social Performance Scale, PSP); краткая оценка когнитивных функций при шизофрении (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS), которая позволяет оценить исполнительские функции, речевую беглость, рабочую и вербальную память, моторные навыки (Keefe R. et al., 1999, 2004). Данные были обработаны с применением программы «Statistical Package for the Social Sciences», версия 17.0. Применялись дескриптивные статистики, для сравнения между различными группами в зависимости от наличия нормального распределения – Т-критерий для независимых выборок либо критерий Манна-Уитни, дисперсионный анализ. Корреляционный анализ с помощью коэффициента Пирсона был проведен для поиска взаимосвязей между показателями.

Уровень приверженности терапии по группе обследованных пациентов, в целом, составил  $7,5 \pm 1,5$  балла при максимально возможном значении 10 баллов по DAI. Уровень комплаентности у больных с антипсихотической полипрагмазией достигал  $7,6 \pm 1,8$  балла, а без нее –  $7,4 \pm 1,1$  балла ( $p=0,791$ ), что свидетельствует о недостаточной приверженности терапии больных параноидной шизофренией.



При разделении больных шизофренией на две группы по уровню комплаентности (47,5% больных – от 4 до 7 баллов и 52,5% – от 8 до 10 баллов) оказалось, что более комплаентные пациенты характеризовались более высокой суммарной оценкой BACS ( $30,6 \pm 13,7$  против  $18,8 \pm 18,3$  балла,  $p=0,071$ ). Разница в последней достигалась в первую очередь за счет отличий в уровне планирования и проблемно-решающего поведения ( $48,2 \pm 24,3$  против  $25,6 \pm 47,8$  балла,  $p=0,11$ ), а также речевой беглости ( $38,4 \pm 10,4$  против  $31,2 \pm 10,5$  балла,  $p=0,066$ ).

При разделении пациентов на две группы по уровню комплаенса (от 4 до 7 баллов и от 8 до 10 баллов, 47,5% и 52,5%, соответственно) оказалось, что более комплаентны пациенты с большей длительностью заболевания ( $19,0 \pm 9,0$  против  $10,8 \pm 4,7$  лет,  $p=0,008$ ) и перенесшие большее количество госпитализаций ( $6,0 \pm 3,7$  против  $3,0 \pm 1,8$ ,  $p=0,017$ ).

Результаты оценки личного и социального функционирования больных с первым эпизодом параноидной шизофрении показали, что 20,5% пациентов имели полноценное функционирование во всех основных областях (социально полезная деятельность, отношения с близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание, беспокоящее и агрессивное поведение), 29,6% – хороший уровень функционирования во всех четырех основных областях, 21,6% – небольшие затруднения, 17,1% – заметные и 11,2% – значительные затруднения. Из полученных данных следует, что большинство пациентов с первым эпизодом не имели значительных затруднений социального функционирования, причем половина больных – во всех четырех основных областях социального функционирования. 21% больных имели инвалидность. 39,75% пациентов обнаруживали снижение по социальной лестнице в связи с психическим заболеванием.

Пациенты на стадии хронической шизофрении имели среднюю оценку по PSP  $58,9 \pm 8,1$  балла, то есть чаще всего наблюдались значительные затруднения в одной из областей личного и социального функционирования, наиболее часто – в области поддержания социальных связей.

Суммарная оценка когнитивного функционирования по BACS коррелировала с общим баллом по PSP, что свидетельствует о наличии известной связи социального и когнитивного функционирования в группе исследованных больных шизофренией ( $r=0,549$ ,  $p=0,028$ ). Наиболее значимо уровень персонального и социального функционирования оказался связан с сохранностью планирования и проблемно-решающего поведения (оценки теста «башня Лондона»,  $r=0,506$ ,  $p=0,046$ ) и моторных навыков ( $r=0,665$ ,  $p=0,005$ ).

Положительная корреляционная связь прослеживалась между суммарным показателем уровня социального функционирования по PSP и уровнем ряда когнитивных функций у пациентов с первым эпизодом шизофрении: значимое влияние оказывали функция планирования ( $r=0,321$ ,  $p=0,029$ ) и скорости выработки навыка ( $r=0,382$ ,  $p=0,008$ ).

Таким образом, наибольшее значение для социального функционирования больных параноидной шизофренией имеют такие когнитивные функции, как планирование, моторные навыки и вработываемость.

## **Возможности межведомственного взаимодействия в профилактике суицидального поведения и кризисных состояний у несовершеннолетних**

Золотова А.Н.

ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК  
Новороссийск

**Актуальность проблемы.** Проблема роста кризисных состояний и суицидального поведения у несовершеннолетних является актуальной в настоящее время. Количество суицидов, показатель, отражающий благополучие общества в целом, является важным индикатором психического здоровья населения. Во всем мире идет поиск наиболее продуктивных способов предотвращения суицидов, и большое внимание уделяется взаимодействию различных структур и ведомств. С учетом этого, исследование эффективных форм профилактики суицидов путем межведомственного взаимодействия является актуальным. Профилактическая работа в отношении суицидального поведения не ограничивается психиатрией и касается сфер образования, правопорядка, социальной, духовной и других. Учитывая это, целесообразно взаимодействовать со всеми службами, сталкивающимися в своей работе с суицидальным поведением. Необходимо создавать единую систему профилактики на уровне межведомственного взаимодействия для достижения общего понимания проблемы и подходов к решению.

**Материалы и методы.** С целью осуществления данной программы были составлены и внедрены в 2015-2017гг. планы межведомственного взаимодействия служб системы профилактики в муниципальном образовании г. Новороссийск. Планы взаимодействия согласовывались между службами здравоохранения, образования, комиссией по делам несовершеннолетних, министерством внутренних дел, средствами массовой информации, Новороссийской епархией. Ответственной службой за выполнение плана явился ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК, Новороссийский филиал. В рамках реализации плана проводятся мероприятия, направленные на повышение уровня осведомленности в отношении проблемы суицидального поведения и кризисных состояний, способов выявления групп риска, принципов профилактики, разграничения роли и задач, каждой из структур, и правилах подачи общественности информации в случае факта суицидальных действий, тактики поведения при высказываниях о суицидальных мыслях и намерениях несовершеннолетними, осуществляются действия направленные на укрепление антисуицидальных факторов, позиции жизни в сознании молодежи.

Для реализации данной программы сотрудники диспансера проводят различные мероприятия:

1. Сотрудники диспансера провели обучающие семинары для педагогов-психологов, учителей, преподавателей, педагогов всех средних

общеобразовательных и специальных учебных заведений г. Новороссийска по выявлению групп риска, стратегиям работы при выявлении суицидального поведения, возможностях укрепления антисуицидальных факторов в условиях учебного заведения.

2. Проведены мероприятия для средств массовой информации по правилам публикаций материалов, корректной подачи информации, касающейся суицидального поведения, с целью предотвращения подражательных суицидов.

3. Налажено сотрудничество с МВД, прочитаны лекции для сотрудников и проведены «круглые столы» о способах выявления и профилактике кризисных состояний и суицидального поведения, определены точки взаимодействия.

4. Налажено тесное сотрудничество с учреждениями здравоохранения, отработана система выявления суицидальных попыток в лечебных учреждениях города. Лечебно-профилактические учреждения информируют психиатрическую службу о случаях суицидальных действий (фатальных и незавершенных), о подозрениях на суицидальные намерения у пациентов, что дает возможность оказывать необходимую помощь данным лицам (в соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании»).

5. Осуществляется участие в «Уроке правовых знаний» (уроки проводятся в учебных заведениях города; принимают участие все профилактические службы муниципального образования); вместе с информацией от служб профилактики (по предупреждению правонарушений, альтернативному проведению досуга) сотрудники психиатрической службы представляют данные о возможностях психиатрической помощи, раскрывается суть работы телефона доверия.

6. Взаимодействие с Новороссийской епархией осуществляется регулярным проведением лекций, «круглых столов» по психообразованию для широкого круга слушателей, тренингов по укреплению ресурсов для преодоления сложных жизненных ситуаций; участием в конференциях в рамках проекта «Духовно-нравственные проблемы современного общества».

7. В психоневрологическом диспансере и на других площадках города проводятся тематические школы, «круглые столы», тренинги для несовершеннолетних и их родителей по укреплению антисуицидальных факторов, описанию предвестников и предупреждающих факторов самоубийства, по обозначению признаков возникновения кризисных состояний. В настоящее время успешно продолжается данная работа, количество охваченных лиц и интерес к мероприятиям растет, укрепляется сотрудничество со службами профилактики, повышается обращаемость к специалистам.

**Выводы.** Результаты проводимой работы демонстрируют возможности и формы эффективного взаимодействия специалистов психоневрологического диспансера и представителей других служб и ведомств, что позволяет разнопланово и эффективно проводить профилактику суицидального поведения и кризисных состояний у несовершеннолетних, повышать общую психиатрическую грамотность населения, укреплять антисуицидальные ресурсы молодежи.

## Психодиагностика клинических проявлений дисморфических расстройств пубертатного периода

Искандарова Ж.М., Бабарахимова С.Б.

Ташкентский Педиатрический медицинский институт  
Ташкент, Республика Узбекистан

**Актуальность проблемы.** Пубертатный период характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, формирующихся на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности при отсутствии каких либо косметических дефектов (Антропов Ю.Ф., 2000; Бабарахимова С.Б., Искандарова, 2015). Рекламные агентства, коммерческие центры пластической хирургии, средства массовой информации, телевидение, интернет навязывают современной молодёжи «облик идеального тела», параметры супергероев, стандарты культуризма. Всё это пагубно влияет на психо-эмоциональное состояние незрелых в личностном плане подростков (Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., 2015; Медведев В.Э., 2016)

Согласно данным ВОЗ, депрессивные состояния с преобладанием в клинической картине дисморфофобической патологии встречаются, преимущественно, в подростково-юношеском возрасте и составляют 8-16% в общей популяции 15-20-летних и более 50% всей психической заболеваемости среди контингента пациентов юношеского возраста (6th European Conference on Adolescence, 1998).

Исследования российских психиатров свидетельствуют о наличии феномена недовольства собственной внешностью при отсутствии косметических дефектов (дисморфии) в структуре широкого спектра гетерогенных как по клинико-синдромальной структуре, так и нозологической принадлежности психических расстройств [4]. Дисморфическое расстройство может не только являться причиной недовольства пациента собственной внешностью и определять его обращение к хирургу, но и осложнять течение постоперационного периода и повышать риск неудовлетворенности результатами терапии (Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., 2015).

**Цель исследования:** изучить особенности клинических проявлений пубертатных дисморфий депрессивного регистра для улучшения лечебно-реабилитационной помощи, оптимизации психотерапевтической тактики, профилактики и прогноза данных расстройств.

**Материал и методы исследования:** были обследованы 50 подростков в возрасте от 15 до 17 лет с жалобами на наличие дефектов и недостатков в строении своего тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и патопсихологический и сбор катamnестических данных. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник

тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован тест Шмишека-Леонгарда.

**Результаты.** На основании проведенного исследования все пациенты были разделены на три группы по преобладанию клинической симптоматики: подростки с тревожно-фобической симптоматикой (28 больных – 56%), с обсессивно-компульсивной симптоматикой (12 больных – 24%) и с преобладанием сверхценных идей (10 больных – 20%). В обследованной группе в ходе исследования с помощью психометрических шкал выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии – у 88%; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога.

Были выявлены особенности клинических проявлений пубертатных дисморфофобических симптомокомплексов. Пациенты с тревожно-фобической симптоматикой считали себя неинтересными, непривлекательными внешне, высказывали недовольство своим ростом, чрезмерным оволосением, кривыми и худыми ногами, болезненно относились к наличию угревой сыпи, "лопоухих" ушей, слишком большого размера носа, гиперемии и сальности кожных покровов, жаловались на слабоволие, винили себя в бесчувственности, скованности, испытывали чувство неуверенности, находясь в обществе, страх показаться на людях, стремление уединиться и быть в одиночестве.

Подростки с обсессивно-компульсивной симптоматикой характеризовались наличием убежденности в измененности лица, больные не узнавали себя в зеркале, лицо казалось чужим, безжизненным, с тупым, бессмысленным выражением, они заявляли, что у них постарела кожа, изменились пропорции тела. У них наблюдался симптом зеркала, пациенты подолгу разглядывали себя в зеркале, все больше убеждаясь в наличии у себя измененной внешности.

Пациенты со сверхценными идеями жаловались на облысение, маленький рост, непропорциональное телосложение. Внешние недостатки, по их мнению, были обусловлены соматическими нарушениями, неправильным образом жизни, неблагоприятной атмосферой, нарушением обмена веществ. Все пациенты предъявляли жалобы на пониженное и плохое настроение, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать.

Также в структуре депрессивного симптомокомплекса были выявлены такие проявления как потеря интересов и чувства радости при обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности. В 76% случаев (38 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

На основе детального анализа, включающего оценку особенностей конституционально-личностного склада пациентов, их эмоциональной и коммуникативных сфер, характера реагирования на внешние средовые влияния, степени психофизической зрелости и ряда других клинических особенностей

установлено, что для больных с дисморфическими расстройствами характерна выраженная неоднородность личностной структуры. В ходе исследования были установлены, на основании тестирования по опроснику Шмишека – Леонгарда, следующий ряд их разновидностей: 17 пациентов (34%) «психастеники»; 9 пациентов (18%) – «шизоиды»; 13 подростков (26%) – «эмоционально-неустойчивые»; «истероиды» – 11 подростков (22%).

Выявлена определённая взаимосвязь между типом личности и клинической картиной дисморфического синдрома. В ходе исследования установлено, что у шизоидов чаще всего наблюдаются обсессивно-компульсивные, сенестопатические, деперсонализационные депрессии; у истероидных акцентуантов доминируют депрессии с идеями дефектов внешности и физического уродства; личностям с психастеническими чертами характера свойственны тревожно-фобические и психастеноподобные депрессии; для больных, соответствующих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, характерны маскированные и ипохондрические депрессии с доминированием соматовегетативных расстройств.

На фоне депрессивных расстройств у пациентов значительно снижалась школьная успеваемость (80%), отмечалось нежелание продолжать учебу (40%), появились конфликты со сверстниками (60%), уходы из дома, стремление к изоляции и одиночеству, суицидальных мыслей. Депрессивные расстройства влияли на все стороны личности, вызывая состояние дезадаптации, и в зависимости от степени тяжести и формы депрессии приводили к появлению поведенческих нарушений, в том числе и к суицидальным мыслям и тенденциям.

Установлены следующие варианты динамики дисморфических расстройств у подростков: рецидивирующая без тенденции к прогрессированию и с тенденцией к прогрессированию; непрерывно-волнообразная без тенденции к прогрессированию и с тенденцией к прогрессированию и регрессионная динамика течения.

**Вывод.** Проведенное исследование клинических проявлений дисморфических расстройств пубертатного периода депрессивного регистра показало возможность определения типологических вариантов клинических синдромов, выделение вариантов конституционально-личностных особенностей, оценки клинических проявлений депрессивной симптоматики для осуществления оптимальной диагностики, правильного выбора медикаментозного и психотерапевтического подходов.

Своевременный подход к терапевтической и коррекционной тактике может способствовать более успешному выздоровлению и профилактике рецидивов заболевания.

Результаты исследования могут быть использованы в работе не только врачей-психиатров, но и специалистов других специальностей: пластических хирургов, дерматологов, стоматологов, терапевтов, к которым нередко обращается этот контингент больных, с целью оптимизации лечебной тактики.

## Методика оценки комплекса социально-психологических и психофизиологических показателей у больных шизофренией

Карякина М.В.<sup>1</sup>, Сухачевский И.С.<sup>1</sup>, Анисимов В.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии – филиал ФБГУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ

<sup>2</sup> Московский государственный университет  
Москва

Способность понимать и распознавать социальную ситуацию играет важнейшую роль в процессе социального взаимодействия [Андреева, 2000]. При этом оценка социальных стимулов требует полимодального восприятия, сопоставления новых данных с ранее полученными впечатлениями. Процессы восприятия тесно связаны с памятью, мышлением. Если же воспринимать необходимо не один объект, а два и более, то задача усложняется еще в большей степени. Особенно следует отметить сложные отношения социального познания и речи, когда при тесной их связи необходимость вербализации влияет на восприятие [Люсина, Ушакова, 2009].

Когнитивная дисфункция может рассматриваться как маркер уязвимости к развитию заболевания и его повторных приступов [Гурович и соавт., 2012]. Так, нарушения речи отмечаются при многих психических заболеваниях, однако наиболее отчетливо они выражены у больных шизофренией [Green et al., 2008], являясь одними из критериев диагностики заболевания [МКБ-10, DSM-5]. Однако, несмотря на длительную историю изучения, данные критерии носят преимущественно описательный характер, в определенной степени субъективны, не опираясь на количественные показатели, которые можно было бы использовать при диагностике [Bedi et al., 2015]; не выработаны представления о вариативности нормы.

Оригинальным подходом для поиска и исследований маркеров шизофрении является когнитивно-лингвистический метод, состоящий в детальном лингвистическом анализе кратких письменных отчетов пациентов при описании различных типов предъявляемых им изображений. [Hinzen, Rossello 2015; Fineberg et al., 2015]. Также актуальными являются исследования нарушений глазодвигательного поведения при шизофрении [Ross, 2000; Levy et al., 2010]. В частности, в парадигме *Go/NoGo* при условии *Go* у больных по сравнению со здоровыми испытуемыми имеют место увеличение латентных периодов и дисметрия амплитуд саккад [Weisbrod et al., 2000]. При условии *NoGo* у больных шизофренией отмечается большее по сравнению с контрольной группой число ошибок и меньшая точность [Weisbrod et al., 2000; Gooding, Basso, 2008]. При использовании теста «антисаккады» показано, что у больных шизофренией по сравнению с контрольной группой больше число ошибок, ниже точность выполнения антисаккад, большие латентные периоды релевантных саккад [Radanta et al., 2010; Leonard et al., 2013; Cutsuridis et al., 2014].

Предложенная методика состоит в сопоставлении результатов количественного лингвистического анализа с объективными показателями глазодвигательной активности. Для исследования участия глазодвигательной системы в обеспечении ряда когнитивных функций используется несколько экспериментальных парадигм – свободное рассматривание изображений животных, выполнение прогрессивных саккад в экспериментальной схеме *Go/NoGo* и выполнение антисаккад. При проведении окулографии в лингвистическом эксперименте обследуемому предлагается в течение 20 секунд смотреть на изображение животных. В последующем необходимо в течение 30 секунд сделать краткое письменное описание предъявленного изображения. Каждому испытуемому предъявляется серия из 20 специально подобранных изображений. Одновременно с предъявлением стимульного материала (изображений животных) осуществляется запись движений глаз с использованием системы неинвазивного трекинга глаз SMI RED-500. Базовые когнитивные функции испытуемых оцениваются с помощью батареи когнитивных тестов BACS [Keefe et al., 2006; Саркисян и соавт., 2010]. Для оценки социальной когниции, в частности распознавания эмоций используется тест «Понимание психического состояния по взгляду» (Reading the Mind in the Eyes Test) [Baron-Cohen et al., 2001].

При проведении анализа глазодвигательных показателей будет учитываться следующие характеристики: траектория взора, длительность фиксации и амплитуды саккад, общее время позиционирования взора на определенных участках изображений, доля нерелевантных попыток (ошибок), время реакции релевантных и нерелевантных саккад.

Оцениваемые когнитивно-лингвистических показатели: количество слов, лексическое и синтаксическое разнообразие, способы категоризации и приоритизация компонентов описываемой ситуации, выражение эмоционально-оценочных смыслов, смещение фокуса эмпатии, признаки (атрибуты) участников ситуации, выбор коммуникативной стратегии описания), полученных в общем эксперименте.

Оцениваемые нейропсихологические показатели: слухоречевая и рабочая память, моторные навыки, речевая беглость (скорость обработки информации), внимание и исполнительные функции, а также распознавание эмоций по взгляду.

Разработанный комплекс методик позволяет сопоставить когнитивно-лингвистические характеристики речи пациентов с шизофренией с объективными показателями их глазодвигательной активности и определить их вариативность, что дает возможность с большей точностью дифференцировать возможные нарушения восприятия и вербализации зрительной информации и оценивать их выраженность. Данный мультидисциплинарный подход позволяет объединить различные направления в изучении работы центральной нервной системы: клиническое, психологическое, нейро- и психофизиологическое, лингвистическое.

Полученные в результате данные о субъективных и объективных факторах, характеризующих восприятие зрительной информации, имеют не только теоретическое значение, но и широкое практическое применение. На основании результатов возможна разработка объективно измеряемых критериев для диагностики шизофрении, основанных на одном из ключевых, для данного



заболевания, дефицитов. Кроме того, данный комплекс методик позволяет оценить глубину имеющихся нарушений, что необходимо для выработки индивидуального плана терапии для каждого пациента, а также выявлять риски развития заболевания, его повторных приступов.

## Оценка уровня тревоги и депрессии у пациентов с хронической стабильной ИБС

Коростелев Д.С., Феоктистова В. С., Неклюдова Е.В., Рыжикова М.В.

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

**Актуальность.** Проблема депрессий и тревожных расстройств рассматриваются как одна из ключевых не только в психиатрии, но и в общей медицине. Особую актуальность эта проблема приобретает в кардиологической практике в связи с тем, что по своей медико-социальной значимости ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает ведущее место в структуре общей заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

**Цель:** определить уровень тревожности и депрессии, а также качество жизни у пациентов с хронической стабильной ИБС.

**Материалы и методы.** В основу работы легли результаты наблюдений за 45 больными в возрасте 53-86 лет с хронической стабильной ИБС. Больным проводилась оценка с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Пункты шкалы отражают состояние пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Результат оценивался по суммарному баллу и интерпретировался следующим образом: 0-7 – норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8-10 – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и более – клинически выраженная тревога/депрессия. По шкале комплаентности Мориски-Грин (MMAS-4) определяли приверженность пациента к рекомендованному лечению лекарственными препаратами: 4 балла – привержены к терапии, 3 балла – недостаточно привержены, 0-2 балла – непривержены. Также применялся опросник HeartQoL для оценки качества жизни пациентов.

**Результаты:** По данным шкалы HADS, тревожные и депрессивные состояния выявлены у 40% пациентов из 45 обследованных. По шкале MMAS-4: 20% пациентов не привержены, а 20% недостаточно привержены к приему лекарственных средств. По данным опросника HeartQoL, средний показатель составил 27 баллов (при max 42 балла).

**Выводы.** Среди пациентов с хронической стабильной ИБС высока распространенность тревожных и депрессивных состояний и низкий уровень приверженности к терапии.

## **Личностные особенности активных игроков при онлайн-гемблинге как фактор социальной дезадаптации**

Кузьменков И.Г., Северова Е.А.

Смоленский государственный медицинский университет МЗ РФ  
Смоленск

**Актуальность проблемы.** Основное социальное последствие гемблинга – нарушение социально-экономического положения, как самого игрока, так и членов семьи, что ведет к возможному распаду структуры семьи. Более половины игроков не имеют семьи или недавно развелись. Кроме того, установлено, что патологический гемблинг характеризуется высокой криминогенностью. При гемблинге возрастает риск совершения преступления, как против собственности, так и против личности; данные правонарушения проявляются чаще в «фазе проигрыша» и «фазе разочарования» игрового цикла.

Одна из форм патологического гемблинга – онлайн-гемблинг. В настоящее время растет количество букмекерских контор, онлайн-казино, и с развитием Интернета доступность игры увеличивается. Увеличение доступности, в свою очередь, увеличивает частоту патологической зависимости от игры, преимущественно у лиц трудоспособного возраста.

**Целью исследования** явилось изучение характерологических особенностей онлайн-игроков и их социально-демографических характеристик.

**Материалы и методы исследования.** Были обследованы 50 человек, находящиеся на первой фазе игрового цикла («фазе выигрышей») в возрасте от 19 – 23 (средний возраст  $20.2 \pm 1.8$  лет). Продолжительность участия в азартных играх от 1 – 4 лет (среднее время  $1.7 \pm 1.3$  года). Распределение по полу составил 45 человек – мужчин (90%) , 5 человек - женщин (10%). По уровню образования исследуемые распределились следующим образом, среднее – 4 человека (8%), среднее специальное - 10 человек (20%) , неоконченное высшее – 26 человек (52%), высшее – 10 человек (20%). Контрольная группа состояла из 50 человек, не имеющих зависимости от азартных игр и соответствующая по половозрастным характеристикам. Методы, используемые при исследовании – стандартизированная психометрическая методика – опросник Шмишека, опросник Канадский показатель проблемного гемблинга (CPGI).

При анализе частоты встречаемости акцентуаций характера у обследованной группы были констатированы следующие: гипертимный тип – 20 человек (40,0%), возбудимый тип – 12 (24,0%), демонстративный тип – 8 (16,0%), застревающий тип – 5 (10,0%), циклотимный тип – 5 (10,0%). Отмечалось сочетание нескольких радикалов, наиболее часто встречался гипертимо-возбудимый вариант. В контрольной группе в ходе анализа опросника Шмишека были получены следующие данные: циклотимный тип – 12 человек, гипертимный – 10, демонстративный – 9, тревожный – 7, возбудимый – 7, эмотивный – 5. В большинстве случаев отмечалось сочетание радикалов циклотимного и тревожного, а также гипертимного и демонстративного.

В зависимости от продолжительности игры, росли суммы, поставленные на кон: 1 год и менее – 20-500 рублей, 2-3 года – 500-2000 рублей, 4 года – 2000-10000 рублей. 44 человека (88%) отмечали, что «чаще всего выигрывают» и лишь 6 человек (12%), отмечали «периодический успех» в игре. Требуется отдельного внимания то, что 40 человек (80%) в ходе игры использовали специальные методики игры (анализировали статистику спортивных событий – 35 человек, покупали платные прогнозы – 5 человек). Всего 10 человек (20%) рассчитывали на свою удачу. Продолжительность игры, в зависимости от длительности участия в азартных играх, также был разным: 1 год и менее – 2-3 случая в неделю, 2-3 года – 5-6 случаев игры в неделю, 4 года – ежедневно.

В ходе анализа опросника GPGI были получены следующие данные: 1-3 балла по шкале – 0 человек, 4-7 баллов – 35 человек (70%), 8 баллов – 15 человек (30%). Вопросы опросника GPGI: Являлась ли когда-либо азартная игра причиной ваших проблем со здоровьем, включая стресс и беспричинное беспокойство? В последние 12 месяцев требовалось ли вам играть на более крупную сумму, чтобы достичь того уровня возбуждения, которого вы хотели?

Вариант ответа «почти всегда» выбрали 6 человек (12%), что позволяет отнести их в группу риска, по изменению игрового цикла и перехода в «фазу проигрышей». Во время исследования 100% опрошенных считали себя «независимыми» от игры и были не критичны к своему состоянию.

Таким образом, у обследованных с зависимостью от онлайн-гемблинга чаще встречался гипертимо-возбудимый вариант акцентуации характера. На первой фазе игрового цикла были выделены следующие социально-демографические характеристики игроков: мужчины с неоконченным высшим образованием, средний возраст  $20.2 \pm 1.8$  лет, средняя продолжительность участия в игре  $1.7 \pm 1.3$  года. Лица, играющие в онлайн-гемблинг на протяжении 4 лет и более, находятся в зоне риска по переходу игрового цикла в «фазу проигрышей».

## **Сновидение как источник информации о несознательных патогенных представлениях гиперопекающих матерей**

Лемешко К.А.

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева»  
Москва

Ранее нами представлялись результаты наблюдения за взрослыми пациентами, чьё взаимодействие с родителем сохраняет черты инфантильного симбиоза (Лемешко К.А., Пудиков И.В., 2016). Нами также сообщалось о возможности обретения самостоятельности опекаемым участником диады (ротутом) при условии контейнирования сепарационной тревоги опекающего участника (тутора). В данной работе предпринята попытка обратить внимание на особенности внутриспсихических процессов родителя.

При клинико-психопатологическом исследовании сам факт патологической связи целенаправленно избегается обоими участниками симбиоза. Это связано с работой интенсивных механизмов психической защиты. Поэтому рациональная беседа с такими пациентами занимает много времени, не принося значимых результатов. А в сновидении в наглядном виде отражаются особенности несознательных самопредставлений туторов и особенности их отношений со значимыми близкими. Таким образом, анализ сновидений позволяет реконструировать особенности психогенеза симбиотической связи и выстроить терапевтическую тактику взаимодействия с носителем этого паттерна.

Проиллюстрируем данную идею случаем из практики.

Пациентка Н-ва, 35 лет. Обратилась за амбулаторной специализированной помощью после курса стационарного лечения по поводу психотического эпизода полиморфной структуры.

Свои взаимоотношения с 15-летним сыном характеризовала как гиперопекающие: ежедневно водила его за руку в школу, встречала из школы и сопровождала домой. На просьбы разъяснить причины такого отношения к сыну поясняла: «Он же ещё маленький!»! Отмечала несамостоятельность сына, хотя хорошо знала о том, что над сыном насмеваются его школьные товарищи. Понимала, что сама является фактором социальной изоляции ребёнка.

Основной причиной обращения за психиатрической помощью стали мучительные навязчивые мысли о причинении физического вреда сыну. Отмечала произвольное появление идей резать или зарубить ребёнка, вследствие чего тщательно спрятала дома все колющие, режущие и рубящие предметы. Всячески избегала контактов с ребёнком. Оставаться с ним могла только в присутствии третьих лиц (матери, отца, мужа).

Приведём пример сновидения пациентки, записанного утром. Вечером накануне состоялся разговор с сыном. В беседе он сообщил матери, что хочет во время каникул поехать в Болгарию вместе с одноклассниками. Ночью Н-вой приснилось сновидение, отчёт о котором приводится дословно:

«Мы с подругой гуляли. Я ей рассказываю, что родила двойняшек. Больных. У них что-то с головой. Она увеличена. И их надо сдать в приют. Мне их жалко. И я плачу. Но у меня есть ещё третий ребёнок. Нормальный, грудной. Подруга и говорит: Воспитывай».

Важными также являются ассоциации пациентки, приведённые непосредственно после сообщения сновидения. В своих рассуждениях Н-ва говорила о зависти к подругам, которые родили уже по второму ребёнку. А её сын вырастает. Детей она больше не может иметь в связи психическим расстройством. В этом и усматривала Н-ва непосредственную причину приснившегося сна.

В явном содержании сновидения мы видим характерное представление тьютора о том, что ребёнок страдает неизлечимым заболеванием («...родила двойняшек. Больных. У них что-то с головой. Она увеличена»). Представляется, что фигура двойняшек есть ни что иное, как отражение с помощью зрительных образов стойкости самой идеи либо тяжести заболевания. Поражение головы у двойняшек подтверждает тяжесть и неизлечимость патологии. Обратимся к ассоциациям пациентки, где также находим аналогичное представление: Н-ва больше не может иметь детей в связи с заболеванием собственной головы.

Психоаналитическая теория говорит о том, что за явным содержанием сновидения должны стоять скрытые мысли. Действительно, представление женщины о ребёнке является достаточно поздней фантазией. Оно отражает взаимодействие двух объектов (один из которых имеет тяжёлое увечье). Следовательно, в основе такой фантазии должно лежать самопредставление, фантазия о Собственном Я тьютора-матери. Интеграция двух расщеплённых образов (хорошего, здорового с плохим, увечным) открывает нам новое знание. Образ Собственного Я тьютора-матери характеризуется идеей вечности. Что находится в согласии с психоаналитической теорией эволюции психического аппарата женщины (Abraham K., 1920).

Отметим ещё ряд особенностей. Образ мужчины в сновидении также расщеплён: одна его часть представлена очень больными двойняшками, которых «надо сдать в приют». Другая – находится в зачаточном состоянии: «Третий ребёнок. Нормальный, грудной». Лишь у грудничка мы находим маленький намёк на мужской пол. Естественно, он лишён вторичных половых признаков.

Женский же образ «подруги» директивно поручает: «Воспитывай».

Представляется, что рассмотренный случай отражает ряд особенностей, свойственных всем гиперопекающим матерям.

1) Несознательное представление о собственной увечности, сопровождающееся компенсаторной тревогой.

2) Представление о неизлечимой патологии ребёнка, которое позволяет компенсировать тревогу за счёт постоянной опеки.

3) Наиболее простой способ компенсации тревоги – гиперопека.

4) Гиперопека обоснована только в случае тяжёлого заболевания ребёнка – «что-то с головой». Другими словами, гиперопека и станет впоследствии психическим расстройством ребёнка, лишив его личность самостных структур («негативная симптоматика»).

5) Расщеплённый мужской образ диктует выбор партнёра. Чаще всего у таких матерей-туторов либо нет супруга, либо он занимает подчинённую иерархическую позицию (иногда действительно в результате наличия соматического или психического заболевания).

Представляется также, что в сновидении отражаются также признаки условной доброкачественности симбиотического паттерна Н-вой. Несмотря на всё, наряду с интенсивным убеждением в вечности двойняшек, вместе с ними всё же имеется «нормальный грудной» ребёнок, даже если он совсем маленький. Больные же двойняшки подлежат отщеплению/эвакуации – «их надо сдать в приют».

Из чего следует сделать вывод, что манифестация психического расстройства данной пациентки стала попыткой «самоисцеления» весьма изощрённым способом – путём помещения себя в психиатрический стационар и сепарации себя от ребёнка. Неудивительно, что ведущим в структуре психопатологии Н-вой является анксиозный синдром.

Но откуда мог появиться такой непростой способ самоустранения из диады при помощи психиатрии? И снова находим подсказку в сновидении. Женский образ может быть навеян образом матери. Действительно, мать Н-вой неоднократно проходила стационарное психиатрическое лечение, являя собой прекрасный пример самоизоляции и купирования тревоги при помощи психотропных лекарственных средств.

Таким образом, сновидение пациентки содержит не только центральные элементы психогенеза симбиотической привязанности, но и критерии оценки степени тяжести этой патологии.

## **Значимость восприятия своей роли в процессе лечения разными группами лиц, опекающих больных шизофренией**

Макаревич О.В.

ФГБУ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева  
Санкт-Петербург

**Актуальность темы.** Роль человека, обеспечивающего уход больному шизофренией в процессе лечения, достаточно сложна и нередко связана со значительными расходами ресурсов (временных, физических, эмоциональных, финансовых и др.). Развитие заболевания приводит формированию у близких пациента потребности в получении профессиональной помощи и, тем самым, они тоже становятся потребителями медицинских услуг. Однако по разным причинам опекающие больного лица часто стараются избегать обращения за помощью или

отклоняют попытки специалистов вовлечь их в процесс организации лечения (психотерапевтические группы, семейную терапию и т.п.).

Одна из причин такого поведения может заключаться в проявлении большей критичности к медицинскому обслуживанию и врачам-психиатрам, предъявляемые близким окружением пациента, особенно в случае неудовлетворенности их практическими советами и/или уровнем эмоциональной поддержки. Другой причиной подобного поведения может быть страх стигматизации, которой подвергаются родственники больного. Данный феномен распространён не только со стороны обычных членов общества, но и имеет место среди медицинского персонала, что приводит к формированию (или усилению) чувства инакости и у пациента, и у его родственников (Кабанов М.М., Коцюбинский А.П. и соавт., 1999; Финзен А., 2001). Близкие больных шизофренией нередко говорят о том, что их отношение к проблемам заболевания и участие в процессе лечения мало учитываются специалистами и не принимаются всерьёз.

С другой стороны, врачи психиатры и психотерапевты очень часто описывают семьи пациентов, перенесших психоз, как недостаточно сотrudничающие и ригидные в своих взглядах на болезнь и её лечение.

**Цель исследования:** выявить референтные группы для лиц, опекающих пациентов, мнение которых о сопровождении процесса лечения значимо для близких больного.

**Материалы исследования.** Опрос проводился среди представителей близкого окружения пациентов, проходящих лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Среди лиц, обеспечивающих уход: 25 женщин, 11 мужчин. Из них: 21 человек – родители пациентов, 7 – супруг или супруга, 3 – братья/сестры (сиблинги); 3 – дети пациентов, 2 – друзья пациентов. Средний возраст обследованных составил 48,5 лет.

Анализовалась потребность каждой из групп в принятии ими роли в процессе терапии (т.е. заинтересованности в понимании сути лечения и прогнозов, форм болезненного поведения и построении правильного взаимодействия с пациентом; помощи по обеспечению доступности лекарств, в контроле их приёма, содействии в проведении необходимых обследований, процедур и психосоциореабилитационных мероприятий) со стороны других лиц, участвующих в лечении больных шизофренией – врачей, среднего медицинского персонала, других родственников, круга друзей, сформировавшегося до болезни, самого пациента и других лиц, опекающих своих заболевших близких. В контакте с другими членами семьи анализировались критика и эмоциональная поддержка опекающего члена семьи.

**Результаты.** При анализе данных выявлено, что родители пациента лишь в 15% случаев готовы взаимодействовать со средним медицинским персоналом, что достоверно выше ( $p < 0.01$ ) по сравнению с показателями всех остальных подгрупп (12%; 12,7%; 9,3%; 8,7% соответственно). Активная работа совместно с врачом лишь в 17% случаев характерна для детей и родителей больного, что значимо выше по сравнению с супругами, сиблингами и друзьями (13%; 15%; 11,3%).

Братья/сестры и родители больного в 14,3% и 16,3% соответственно были озабочены реакцией других родственников, прежде всего, критикой их деятельности по организации помощи пациенту. Эти показатели существенно выше по сравнению с реакцией супругов, детей и друзей (12,3%; 11,3%; 10%). Для родителей пациента менее актуальна реакция друзей, входивших в их круг до развития заболевания у опекаемого близкого (10, 3%), в сравнении с детьми и сиблингами пациента (12,3%; 14%), а наименее озабочены этим вопросом супруги и друзья (8%; 8,3%). Дети и сиблинги составляют две группы с наибольшими ожиданиями благодарности со стороны самого больного (13%; 15,7%), что менее актуально для родителей, супругов и друзей (7%; 9,3%; 10,7%). Ценность взаимодействия с другими лицами, также опекающими своих больных близких, наиболее значима для детей, родителей и сиблингов (10%; 9%; 7%), по сравнению с супругами и друзьями пациента (5%; 4,3%).

**Обсуждение и выводы.** Полученные результаты говорят о недостаточной включённости в процесс лечения близкого окружения больных шизофренией. Потребность помогать пациенту в ходе терапии и быть его частью наиболее характерна для его кровных родственников. Супруги и друзья занимают более дистанцированную позицию.

Тем не менее, опекающие пациента лица оказываются вовлечёнными в процесс лечения и пытаются справляться с нагрузкой в силу своих представлений о необходимом объёме сопровождения, испытывая при этом колоссальную эмоциональную нагрузку, обусловленную рядом факторов.

Одним из них является ожидание благодарности со стороны больного, которое не учитывает его эмоциональную изменённость, связанную с течением болезненного процесса. Это, в первую очередь, касается детей и сиблингов пациента, часто испытывающих раздражение и неудовлетворённость во время сопровождения лечения. Другим – тот факт, что сиблинги и родители опасаются критики членов семьи, не вовлечённых напрямую в помощь больному. Кроме того, дети и братья/сестры пациента обеспокоены возможной потерей контактов со своим прежним кругом друзей, что также усиливает эмоциональную нагрузку.

При этом все группы опекающих лиц занимают довольно отстранённую позицию относительно специалистов медицинской сферы, что ограничивает их в получении помощи и способствует росту тревоги и напряжения.

Полученные данные, безусловно, могут служить проявлениями внешней стигмы. Однако при опросе наблюдается и нивелирование значимости обмена опытом и возможностей объединения в поддерживающие сообщества с другими людьми, опекающими своих близких больных («они ничего сами не знают, они же свою проблему не решили»), что может косвенно указывать и на наличие самостигматизации.

Таким образом, проведённое исследование подчёркивает особую потребность лиц опекающих пациента с шизофренией в специализированном сопровождении и поддержке. В связи с этим, перед врачом встаёт нелёгкая задача по построению взаимоотношений с людьми, обеспечивающими уход за пациентом, одним из ключевых моментов которых будут являться интервенции, направленные на преодоление стигмы.



## Особенности семейного воспитания детей с детским церебральным параличом

Медведева Е.А.

Волгоградский государственный медицинский университет  
Волгоград

**Введение.** Нарушение коммуникативных связей, депривация потребностей принадлежности, самоуважения, безопасности, глубинные личностные переживания относительно собственной неполноценности для родных – все это является причиной формирования специфичной социальной ситуации развития детей с ограниченными возможностями здоровья (Лебединский В.В., 2013).

Родители – основные участники оказания помощи при детском церебральном параличе. Задачей оказания ребенку психологической помощи в этом случае является гармонизация его социального окружения, преодоление вторичных и третичных симптомов нарушения психической деятельности, возникающих в результате вызванного болезненным фактором нарушения социальной ситуации развития (Туровская Н.Г., Тимофеев А.В., 2012). Особое значение в процессе коррекционного воздействия имеет реализация принципа взаимодействия всех работающих с ребенком специалистов (Туровская Н.Г., Курушина О.В., Деларю В.В., 2015).

Способность адаптироваться к воспитанию «особенного» ребенка обусловлена целым комплексом особенностей семьи: преморбидными личностными чертами родителей, их стрессоустойчивостью, характером социального окружения и отношением родственников (Добряков И.В., 2010).

В качестве центрального психотравмирующего фактора, который определяет степень личностных переживаний родителей, воспитывающих детей с церебральным параличом, В.В. Ткачева (2009) выделяет комплекс двигательных, психических, речевых, сенсорных и эмоционально-личностных расстройств, характеризующих эту деформацию детского развития.

Чем младше ребенок, тем сильнее его эмоциональное благополучие связано с состоянием близких. Так, по мнению Е.Н. Ермаковой (2004), «родительский стресс и эмоциональные трудности являются существенными факторами риска нарушения социальной адаптации ребенка».

Актуальность исследования обусловлена тем, что в настоящее время возникла острая потребность не только в констатации, но и в разработке и реализации специализированной реабилитационной системы помощи, оказываемой как аномальному ребенку, так и членам его семьи (Медведева Е.А., 2016).

**Цель:** выявление особенностей детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с церебральным параличом.

**Материалы и методы:** опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Эйдмиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В.; проективный тест «Семейная социограмма»

Эйдемиллера Э.Г.; методика диагностики отношения к болезни ребенка Каган В.Е. и Журавлевой И.П.; метод статистической обработки данных с помощью «Statistica».

**Результаты и обсуждение.** Исследование проводилось на базе детской общественной организации инвалидов «Содействие ДИВО» Волгоградской области, г. Волгограда. В исследовании приняли участие 50 человек, из которых 25 человек – родители, чьи дети страдают церебральным параличом. Остальные 25 человек - родители, воспитывающие здоровых детей.

Анализ результатов проведенного исследования показал, что в семейном воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья преобладает вид дисгармоничного воспитания по типу гиперпротекции (84%), что выражается в намерении родителей окружать ребенка повышенным вниманием, всячески оберегать даже при отсутствии реальных угроз здоровью, постоянно удерживать возле себя. Эти данные также подтверждаются работами И.И. Мамайчук (2010): в семьях, воспитывающих детей с ДЦП, наиболее частый тип отношений – гиперопека.

В свою очередь, еще и преобладают такие особенности в воспитании детей с церебральным параличом, как эмоциональное отвержение (32%), фобия утраты (76%), недостаточное количество требований – запретов и санкций (52%).

Полученные экспериментальные данные подтверждаются другими исследователями в области детско-родительских отношений в семьях с детьми с церебральным параличом: «В воспитании детей с ДЦП чаще, чем в воспитании детей с НРС (нарушение ритма сердца), отмечается гиперпротекция, недостаточность запретов и санкций, фобия утраты ребёнка... В семьях детей с ДЦП тревожность, конфликтность, чувство неполноценности и враждебность в отношениях выражаются намного больше, чем в семьях детей с НРС по типу экстрасистолии. Отношения родителей и детей с аномалией развития отличаются большей тревожностью, конфликтностью, чувством неполноценности и враждебностью, чем в семейных отношениях со здоровыми детьми» (Сабер Мухамед Убад Али, 2010).

Матери детей, страдающих церебральным параличом, оценивают возможности своего ребенка хуже по сравнению с матерями здоровых детей. Воспитывая ребенка - инвалида, матери стараются выполнять основную часть действий за ребенка, ограничивая его активность.

Нами выявлено, что семьи, воспитывающие детей с церебральным параличом, преимущественно придерживаются экстернального локуса контроля болезни, крайне тревожны в отношении физического и психического здоровья ребенка - инвалида. При этом общая напряженность в отношении здоровья собственного ребенка - низкая. Такое восприятие болезни формирует гипо- и анозогнозический подход к болезни, то есть непонимание, непринятие и отрицание заболевания у ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что негативным образом сказывается на эффективности его лечения и социальной адаптации.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в семьях, воспитывающих детей с церебральным параличом, преобладают следующие характерные

особенности воспитания: гиперпротекция, фобия утраты, интернальность, анозогнозия и контроль активности детей.

С целью коррекции неправильного стиля воспитания детей с церебральным параличом стоит акцентировать внимание родителей на необходимости активного включения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в повседневную бытовую жизнь семьи. Несмотря на двигательные и речевые нарушения различной степени выраженности, ребенок, как равноправный член внутрисемейной ситуации, должен принимать посильное участие в домашних заботах. Родительский такт в данном случае выражается в умении правильной постановки задач перед ребенком, поиске для него доступных занятий. Такое верное распределение обязанностей в семье, безусловно, будет способствовать сглаживанию у ребенка ощущения ущемленности, ограниченности и развитию положительных личностных сторон. Оптимально организованные жизненные семейные условия создадут предпосылки для успешного будущего развития, обучения и дальнейшей социальной адаптации ребенка-инвалида.

Данные, полученные в результате экспериментального исследования особенностей семейного воспитания детей с церебральным параличом, могут быть использованы психологами, клиническими психологами для построения адаптационных и коррекционно-развивающих программ; данные результаты могут быть полезны родственникам и опекунам пациентов для выбора наиболее приемлемого и гармоничного типа внутрисемейного взаимодействия с ними; на основе этой работы также существует возможность создания специальных коррекционно-профилактических мероприятий.

## **Метаболические и сердечно-сосудистые нарушения, связанные с приемом антипсихотиков: обзор доказательной литературы**

Павличенко А.В.

Московский ГМСУ имени А.И. Евдокимова  
Москва

Для больных шизофренией в целом характерна высокая вероятность наличия факторов риска, связанных с развитием сердечно-сосудистых и метаболических нарушений. В частности, распространенность ожирения у них составляет 45-55%, что в 1,5-2 раза выше, чем в популяции; курения – 50-80%, что в 2-3 раза выше, чем в популяции; метаболического синдрома -37-63%, что в 2-3 раза выше, чем в популяции; дислипидемии -25-69%, что выше почти в 5 раз, чем у людей, не страдающих данной болезнью (Osby, 2013).

На долю сердечно-сосудистых заболеваний приходится 38% случаев смертей у больных шизофренией, а общая продолжительность жизни у них, в среднем, на 20 лет меньше, чем в общей популяции. Вероятность летального исхода у больных шизофренией в 2-3 раза выше, чем в общей популяции, в первую очередь, за счет кардиологических и метаболических нарушений. Их повышенная смертность обусловлена преимущественно с такими факторами, как более низкий уровень доходов, который, в свою очередь, связан с преобладанием в рационе питания углеводов и жиров, сидячий образ жизни, меньший уровень физической активности, курение, повышенный стрессом, связанный с психотическим симптомами.

С другой стороны, антипсихотики (АП) опосредованно также могут влиять на увеличение смертности у больных, так как приводят к кардиологическим и метаболическим побочным эффектам, таким как повышение веса и инсулинорезистентность. В последние годы было получено немало клинических данных, позволяющих расположить АП, в зависимости от риска развития отдельных кардиометаболических нарушений, что позволяет выбрать препараты с относительно низким риском этих побочных эффектов.

В одном большом исследовании было показано, что вес и метаболические показатели ухудшаются после первого психоза при терапии оланзапином, рисперидоном или кветиапином. Более поздний мета-анализ позволил выделить три группы АП в зависимости от их степени повышения веса: 1) с высоким риском, куда относят оланзапин и клозапин; 2) с невысоким риском, куда относят кветиапин, рисперидон, амисульпирид и арипипразол; 3) с минимальным риском, сравнимым с плацебо (галоперидол, зипразидон) (Тек, 2016). В недавно завершеном большом катамнестическом исследовании EUFEST, длительностью 12 месяцев и включающим 498 пациентов (в том числе, 162 первичных), получающих зипразидон, галоперидол, оланзапин, амисульпирид или кветиапин, наименьшую степень повышения веса к 52 неделе лечения продемонстрировал зипразидон (+2,24 кг). Для других АП были получены следующие показатели (по сравнению с зипразидоном): галоперидол (+5,48 кг), кветиапин (+6,68 кг), амисульпирид (+7,17 кг), оланзапин (+10,06 кг) (Kahn, 2008). Ожирение при шизофрении ассоциируется с повышенным риском несоблюдения терапевтических рекомендаций.

Выполненные в последние годы эксперименты на крысах показали, что повышение веса, связанное с приемом оланзапина и клозапина, может включать антагонизм на уровне 5-HT<sub>2C</sub> рецепторов и гистаминовых H<sub>1</sub> рецепторов. С другой стороны, добавление к оланзапину антипсихотика луразидон не только снижают у крыс гиперфагию, но и может предотвратить повышение веса. Несколько открытых клинических исследований на людях показало, что стратегия добавление арипипразола к оланзапину или клозапину, а также зипразидона к клозапину может не только приводить к уменьшению аппетита, но и обладать независимым протективным эффектом в отношении повышения веса, что, возможно, связано с агонизмом в отношении 5-HT<sub>1A</sub> рецепторов (Reynolds G.P. et al., 2010). К сожалению, пока не ясно, насколько эти данные верны и для других АП с низким риском повышения веса (напр., галоперидол).

Помимо этого, есть отдельные работы о том, что индуцированное антипсихотиками повышение веса можно уменьшить при добавлении к лечению метформина и топирамата, а также с помощью изменения образа жизни, в частности, увеличения потребления клетчатки и овощей и усиления физических нагрузок (Wu R. et al., 2016). Лечение АП больных, ранее их не принимающих, приводит к статистически значимому повышением к 10 неделе терапии триглицеридов, общего уровня холестерина и уровня глюкозы, что, в свою очередь, может усилить уже имеющиеся кардиометаболические нарушения (Hert et al., 2009). Так как СД у больных шизофренией возникает чаще, чем в общей популяции (15% и 6%, соответственно в США), то важно знать частоту развития СД у больных шизофренией, принимающих конкретные АП. В наименьшей степени СД ассоциируется с приемом таких АП как галоперидол (6%) и перфеназин (7%), а в наибольшей – с оланзапином (17%) и клозапином (16%) (Casey D.E., 2001).

Исходя из вышеизложенного, некоторые международные ассоциации психофармакологии, включают в свои рекомендации по антипсихотической терапии упоминание о необходимости учитывать данные о кардиометаболических нарушениях, связанных с АП. В частности, в одних из последних рекомендаций Британской ассоциации психофармакотерапии говорится о том, что у пациентов с повышенным индексом массы тела лечение АП следует начинать с препарата, в минимальной степени воздействующим на вес или, в случае приема другого АП, переходить на зипразидон, арипипразол или галоперидол и подумать об изменении образа жизни (Cooper J. et al., 2016). В рекомендациях по подбору антипсихотической терапии NICE есть указание на то, что следует также учитывать метаболические риски, в первую очередь, повышение веса и вероятность развития СД (NICE, 2014).

В совместных рекомендациях американской психиатрической и американской диабетической ассоциаций отдельные АП распределены по степени их влияния на вес, риск развития СД и дислипидемии (ADA, 2004). Согласно этим рекомендациям, оланзапин, клозапин, рisperидон и кветиапин ассоциируются с высоким риском увеличения веса, а оланзапин, клозапин также связаны с риском развития СД и дислипидемии. С другой стороны, арипипразол и зипразидон не повышает риск развития СД.

Таким образом, около половины больных шизофренией еще до начала антипсихотической терапии характеризуются повышенным весом и более высокой, чем в популяции, заболеваемостью СД. Хотя напрямую АП не влияют на уровень смертности больных шизофренией, прием некоторых из них, в первую очередь, оланзапина и клозапина, может привести к повышению веса и риску развития СД. С другой стороны, препараты с минимальным влиянием на вес и уровень глюкозы (например, арипипразол и зипразидон), в настоящее время могут рассматриваться как препараты первого выбора у лиц с имеющимися кардиометаболическими нарушениями или находящиеся в группе риска по их развитию. Кроме того, эти препараты также могут уменьшить вес, индуцированный другими АП. Еще одним важным фактором коррекции веса на фоне лечения АП является изменение образа жизни.

## **Программа «Жилье под защитой» в работе диспансерного психоневрологического отделения**

Перфильева О.Ю., Струкова Е.Ю., Логачева А.А.

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»  
Тамбов

Психически больные в большинстве случаев относятся к социально незащищенной категории граждан. Рост социального отчуждения, нарушение процессов социальной адаптации, снижение и сужение социальных интересов, социально-психологическая деградация личности пациента являются факторами, которые могут спровоцировать обострение психического расстройства и способствовать явлению «госпитализма». К группе социального риска относятся больные, которые в силу своего социального положения и образа жизни подвержены опасным отрицательным воздействиям.

Проблемы материального характера, отсутствие социальных перспектив, неблагоприятная социально-психологическая атмосфера, недостатки воспитания и образования, низкий культурный уровень, зависимые формы поведения со злоупотреблением ПАВ и асоциальный образ жизни – все это факторы, способствующие частым и длительным госпитализациям больных.

Для амбулаторных пациентов с постоянными сложностями социальной адаптации, утратившими близких родственников, при отсутствии социальной поддержки со стороны других лиц, а также для пациентов с длительными госпитализациями, прошедших реабилитационную программу «Общежитие», нами разработана программа «Жилье под защитой». Данная программа стала, с одной стороны, промежуточным этапом в реабилитации психически больных на пути от общежития к самостоятельному проживанию в обществе, а с другой – профилактикой «госпитализаций по социальным показаниям».

Основная цель программы - оказание помощи и поддержки в преодолении трудностей, возникающих в ходе социального функционирования больного после длительной госпитализации или вследствие отсутствия социальной поддержки. Обязательным условием включения пациента в программу «Жилье под защитой» является осознанное желание и готовность к сотрудничеству со всеми членами полипрофессиональной бригады, оказывающей медико-социально-психологическую помощь.

Принципы работы участковой службы ДПНО с использованием дифференцированного подхода к больным позволяют сделать подбор пациентов для участия в программе. К их общей характеристике можно отнести: резко выраженную неспособность к установлению и поддержанию социальных отношений; нуждаемость в помощи в ситуациях, требующих наличия основных бытовых навыков; несоответствие правилам социального поведения, которое приводит к конфликтам с окружающими.

На биопсихосоциальных комиссиях, проходящих еженедельно на каждом участке ДПНО, определяются «мишени» психосоциальной работы. При этом учитываются трудные жизненные ситуации, в том числе, проблемы малообеспеченности, задолженности по оплате, отсутствие документов, одиночество, конфликты и т. п., которые больные не могут преодолеть самостоятельно, в связи с чем им необходима социально-психологическая помощь. Анализируются возможности пациента осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью.

Работа строится по принципу индивидуального ведения случая. Проводится активная работа, направленная на закрепление навыков самостоятельного ведения хозяйства и содержания жилья, восстановление социальных контактов, трудовых навыков, оказывается социальная поддержка и социально-правовая помощь. Создаются возможности для участия больных в «обычных» социальных отношениях; оказывается помощь в налаживании новых отношений.

Включение пациентов в групповую работу с учетом личностного фактора, круга интересов, увлечений, а также с опорой на сохранные стороны личности, позволяет решить многие социальные вопросы. Пациентам предлагается участие в психообразовательных занятиях, тренингах, посещение Клубного дома.

Групповые занятия предусматривают обучение основным социальным навыкам: приспособление к бытовым условиям, социально-бытовое устройство и обслуживание, отработка навыков независимого проживания и навыкам общения, овладение навыками защиты собственных прав и интересов, навыков общения.

Пациенты привлекаются к работе в защищенных условиях ЛТМ, согласно рекомендациям ИПР. Посещение досуговых занятий и Клубного дома дает возможность реализовать свой творческий потенциал.

При этом проживание в обществе осуществляется с необходимой поддержкой со стороны медицинской сестры, которая оказывает патронажную службу, и социального работника, осуществляющего курирование пациента.

Медицинская сестра отслеживает соблюдение лекарственного режима, соблюдение норм личной гигиены, проводит профилактическую работу по здоровому образу жизни. Социальный работник отслеживает применения на практике приобретенных навыков самостоятельного проживания и обслуживания, оказывает помощь в решении социально-бытовых и социально-правовых вопросов, в оформлении льгот и субсидий, доставка рецептов и лекарств на дом, сопровождение в организации. В ходе социального курирования пациенты получают эмоциональную поддержку, поощряются достижения, мотивируется повышение уровня социального функционирования. Ведется активная работа, направленная на развитие его способности к самопомощи, выявление перспективы обустройства жизни в рамках собственного жилья, досуга и работы.

Благодаря участию в реабилитационных программах, основная часть пациентов смогла социально адаптироваться в обществе. Улучшилось владение навыками повседневной жизни, часть пациентов смогла восстановить некоторые из утраченных ранее связей с родственниками.

Всего в 2002-2015 гг. в программе «Жилье под защитой» наблюдались 65 человек. Из них 42 чел. – после прохождения программы «Общежитие» и выписки из стационара, 23 амбулаторных пациента - в целях профилактики длительных и частых госпитализаций. Длительность наблюдения в программе «Жилье под защитой» варьировалась от 1 года до 5 лет.

Большинство пациентов, при соблюдении лекарственного режима и наличии необходимой социальной поддержки, в стационар не поступали. Проживают в собственном жилье 86,2% (56 чел.), 3,1% (2 чел.) проживают в арендуемом жилье. Из-за отсутствия собственного жилья 3 человека (4,6%) человека были переведены в инвалидный дом. Госпитализировались 40%, из них 6,1% имели госпитализации чаще 1 раза в год. На длительное лечение поступили 2 человека, решается вопрос о лишении их дееспособности. Вернулись на повторное прохождение программы «Общежитие» 2 человека (4,8%).

Таким образом, участие в программе «Жилье под защитой» повышает социальную адаптацию пациентов, улучшает качество ремиссии, снижает уровень стигматизации, а также способствует предотвращению частых и длительных госпитализаций.

## **Метод АТС/DDD (ССД) – сравнительный мониторинг потребления лекарственных препаратов в психиатрическом стационаре (на примере антидепрессантов)**

Петин В.М.<sup>1</sup>, Курьлев А. А.<sup>1,2</sup>, Андреев Б. В.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»

<sup>2</sup> Первый СПб государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

<sup>3</sup> Санкт-Петербургский государственный университет  
Санкт-Петербург

**Цель исследования:** провести анализ потребления лекарственных препаратов группы антидепрессантов, используемых в СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко» в 2015 году.

**Материал и методы.** Для анализа потребления антидепрессантов (АДС) мы использовали АТС/DDD (defined daily dose) методологию (АТС/DDD Index 2016, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology). Источником первичных данных служили: отчет аптеки стационара об отпуске антидепрессантов в каждое из отделений больницы за год - в упаковках с указанием стоимости; годовой отчет отдела статистики о количестве койко-дней в каждом из отделений больницы.

Нами рассчитывалось суммарное количество мг активного вещества антидепрессанта (по МНН), отпущенного из аптеки в каждое из отделений в год.



Данные о DDD по каждому МНН были получены с официального сайта ВОЗ; ССД (средняя суточная доза) для каждого антидепрессанта - согласно стандарту (Приказ МЗ РФ от 29 декабря 2012 г. N 1661н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при депрессии в стационарных условиях"). Потребление представлено в виде: DDD/ 100 койко-дней и ССД/ 100 койко-дней, что соответствует числу суточных доз антидепрессанта, отпущенному аптекой в каждое из отделений.

Ключевые слова. Антидепрессанты (АПС), потребление, количество койко-дней отделения в год, прямые затраты на антидепрессанты (руб./год); DDD – defined daily dose (ВОЗ) - средняя поддерживающая дневная доза в мг у взрослых пациентов; ССД – средняя суточная доза в мг по КЭС; КЭС - клинико-экономический стандарт оказания медицинской помощи; ТЦА - трициклические антидепрессанты.

**Результаты.** Метод АТС/DDD и ССД анализа (мониторинга) антидепрессантов совместно с оценкой прямых затрат (руб./год) позволил:

1. Оценить суммарное потребление АДС отделениями стационара. В 2015 г. отделение с самым низким потреблением АДС использовало 2,2 DDD/ 100 к/д, а отделение с самым высоким потреблением – 38DDD/ 100 к/д (в 19 раз больше).

2. Оценить структуру суммарного потребления АДС. В 2015 г. 65% потребления всех АДС составили 4 препарата: агомелатин (25,3%), эсциталопрам (18,2%), венлафаксин (11,8%), пароксетин (9,2%).

3. Сравнить потребление по одному МНН разными отделениями. Например, в 2015 г. 53% всех потребляемых АДС приходилось на 6 из 23 отделений больницы.

4. Определить соответствие расходования каждого (или суммарно всех) АДС отделения средней суточной дозе DDD или ССД. Структура потребления АДС в форматах DDD/100 и ССД/100 коек были тождественны.

5. Сравнить долю «резервных» (дулоксетин, мirtазапин) и «классических» (ТЦА-трициклических) АДС: доля резервных АДС в 2015 г. составила 3,3%, доля ТЦА составила 15,4%.

6. Сравнить потребление АДС по структуре в «тождественных» гендерных отделениях. Потребление АДС по структуре в «тождественных» гендерных отделениях было схожим.

7. Определить сумму прямых затрат на лекарственное обеспечение по антидепрессантам в год в каждом отделении и в сравнении - между отделениями.

**Выводы.** Метод АТС/DDD и ССД анализа (мониторинга) антидепрессантов совместно с данными прямых затрат (руб./год) позволяет рационально оценить потребление антидепрессантов, важнейших из спектра используемых антидепрессивных лекарственных препаратов психиатрического стационара и принять правильные управленческие решения по организации лекарственной терапии.

## Использование фототерапии в работе с психически больными

Письменская Т.Г.<sup>1</sup>, Лухсе Л.<sup>2,3</sup>, Хьельм А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Лунд, Швеция

<sup>2</sup> Психосоциальный центр «Сингел»,

<sup>3</sup> Центр психологического консультирования «ProVida»

Вильянди, Тарту, Эстония

<sup>4</sup> Норрчепинг, Швеция

Эффект воздействия образа на психику человека был описан примерно полвека назад и стал использоваться при применении таких методов психотерапии, как арт-терапия, аутентичное движение, танцевальная терапия, метафорические ассоциативные карты и пр.

Фототерапия, как один из современных методов этого ряда, может оказать существенное влияние на настроение, самооценку пациента/клиента и выбор наиболее эффективных паттернов поведения в обстоятельствах, смоделированных при работе в группе и перенесенных в дальнейшем в реальную жизнь. Совмещая фотографию с двигательными методиками, мы получаем возможность сохранить метафору, которую пациент/клиент/участник извлек из своего бессознательного. Современные технические средства позволяют фиксировать изменения эмоционального состояния и впоследствии ресурсно приводить к их балансу.

Целью нашего пилотного проекта было использование фототерапии в работе с хронически психически больными. Открытую группу (8-10 человек) составили пациенты, находившиеся на лечении в Санкт-Петербургской психиатрической больнице №1 им. П.П. Кащенко.

В нашей практике мы применили сочетание двух методов работы с Я больного: вхождение в образ по системе Станиславского и фотофиксацию процесса. В основе обоих методов лежит идея о метафоре как явлении, равно присутствующем искусству и человеческой психике. При изменении метафоры меняется психическое состояние и видение мира.

Работа включала следующие этапы.

Сессия 1. Приветствие, знакомство. Тренинг на освобождение зажимов и блоков. Контроль освобождения мышц через танец, релаксационные техники. Формирование доверительного психологического пространства в группе. Работа в выбранных (заданных) образах. Фотосъемка процесса.

Сессия 2. Предъявление пациентам фотографий первой сессии. Обсуждение. Выбор образа (метафоры), дальнейшая проработка образа, использование аксессуаров и реквизита. Образ (метафора) становится частью Я.

Сессия 3. Построение отношений между участниками в образах. Работа в парах. Фотосъемка.

Сессия 4. Предъявление фотографий и их обсуждение. Подготовка к мини-спектаклю.

Сессия 5. Взаимодействие в образах. Фотосессия.

Сессия 6 – завершающая. Участники получили возможность увидеть весь отснятый материал и получить обратную связь группы и специалистов. Несмотря на то, что психотерапевтическая работа является длительным процессом (недели/месяцы), мы увидели положительную динамику на коротком временном отрезке (2 недели). Каждый из участников группы получил фотографии на диске.

В ходе всего процесса состав открытой группы постоянно менялся, что несколько затрудняло работу ведущих. Однако в завершении мы увидели в этом и преимущество. После заключительной сессии участники не хотели расходиться, стали проявлять личный интерес друг к другу, у них появились общие темы для бесед за пределами только больничных. Коммуникация вышла на другой уровень, поскольку участники обнаружили в себе некий потенциал, который постепенно стал раскрываться благодаря обретению невидимой части Я, восстановленной при помощи нового образа.

Хочется подчеркнуть, что диагнозы участников не являлись для нас приоритетной информацией, поскольку мы работали с эмоциональным состоянием здесь и сейчас. Таким образом, нашей задачей являлось скорее достижение баланса между подавленностью / апатией / пассивностью - и гиперактивностью, как проявлениями того или иного диагноза. В нашу задачу входило также показать участникам, какими они могут быть в течение всего процесса, какие состояния являются для них ресурсными и продемонстрировать способы достижения этих состояний.

## **Роль психообразования в терапии соматоформных расстройств**

Прибытков А.А.<sup>1</sup>, Еричев А.Н.<sup>2</sup>, Ясиновская А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Пензенский институт усовершенствования врачей  
Пенза

<sup>2</sup> ФГБУ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В.М. Бехтерева  
Санкт-Петербург

В терапии соматоформных расстройств (СФР) установлена эффективность как ряда психофармакологических препаратов (антидепрессантов, в меньшей степени – антипсихотиков), так и психотерапевтических методик (Decoutere L. et al., 2011; Kleinstäuber M. et al., 2014; van Dessel N. et al., 2014). Существует высокая вероятность, что для многих пациентов необходима сочетанная терапия, особенно же – для больных с хроническим течением СФР (Kroenke K., 2007). Это обстоятельство связано с тем, что психофармакотерапия способна влиять на биологические процессы, лежащие в основе развития патологии, но не оказывает значимого воздействия на личностные, когнитивные, поведенческие особенности, участвующие в патогенезе СФР. Именно поэтому, несмотря на важность

использования лекарственных препаратов, целесообразно их сочетание с психотерапевтическим вмешательством.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью психических расстройств, предложен подход к терапии СФР, включающий использование медикаментов и когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Важной составляющей частью лечения является и психообразовательный модуль (условно отнесенный к КПТ).

Психообразовательный модуль являлся начальным этапом терапии. По завершении диагностической оценки и включения пациента в психотерапевтический процесс проводился психообразовательный процесс в форме закрытых групп.

К основным «мишеням» психообразовательной работы относятся:

- искаженные представления о заболевании;
- сомнения во врачебных заключениях;
- негативное отношение к объяснению симптомов с точки зрения психических нарушений;
- нереалистичные ожидания от терапии.

подавляющее большинство пациентов, страдающих СФР, до обращения к психотерапевту многократно консультировались специалистами общемедицинских учреждений, подвергались различным диагностическим исследованиям и имели достаточно длительную историю наблюдения врачами-интернистами. Зачастую это приводило к восприятию имеющихся симптомов как проявлений «не диагностированного или не поддающегося лечению соматического заболевания». Указанные искажения в ряде случаев получали дополнительные ятрогенные подкрепления со стороны специалистов соматического профиля.

Психообразование на подготовительном этапе КПТ направлено на предоставление пациенту адекватной информации о происхождении и течении имеющихся расстройств, возможностях терапевтических мероприятий, необходимости активного участия больного в лечебном процессе. Особенно важной для пациентов оказывалась информация о том, что эмоции могут иметь телесные эквиваленты, которые самим человеком трактуются как признаки соматического заболевания. Интерактивные дискуссии помогали пациентам осознать, что они не одиноки в своей болезни и давали возможность критически относиться к собственным проявлениям заболевания. Психообразовательная работа продолжалась и на этапе собственно когнитивно-поведенческого вмешательства.

Важной особенностью психообразовательного модуля является возможность его осуществления в системе оказания помощи полипрофессиональной бригадой. Так, проведение психообразовательных занятий может делегироваться клиническим психологам, врачам соматического профиля, психиатрам, что зависит от тематики занятия и необходимости оптимизации лечебного процесса.

Нами разработана оригинальная психообразовательная программа, ориентированная на пациентов СФР. Психообразовательная программа включала в себя 5 занятий длительностью 1 час. Психообразование осуществлялось в закрытой группе, численностью 3-7 человек, что способствовало большему самораскрытию пациентов и тем самым готовило благоприятную почву для

основного этапа когнитивно-поведенческой психотерапии. Групповой формат также способствовал экономии усилий специалистов.

Первое психообразовательное занятие начиналось со знакомства, определения целей и задач группового взаимодействия. В последующем психообразовательные занятия начинались с описания ведущих эмоций (для коррекции проявлений алекситимии и подготовки к основному этапу КПТ), затем осуществлялся переход к краткому повторению темы предыдущей встречи и обсуждению домашнего задания, а только потом – к теоретическому блоку. Важным элементом работы являлась включенность пациентов в процесс психообразования и проверка правильности усвоенного ими материала. В завершении каждой встречи пациенты высказывались о своем эмоциональном состоянии за время занятия, что помогало ведущим своевременно обращать внимание на такие факты, как повышение уровня тревоги в связи с неправильно понятой информацией.

Нами были сформулированы основные теоретические блоки психообразовательной программы для пациентов, страдающих СФР:

- что такое СФР и функциональные телесные симптомы;
- сложности распознавания и принятия факта заболевания СФР;
- роль тревоги и других эмоций в формировании и поддержании СФР;
- ошибки мышления (их виды и способы выявления);
- контролирующее поведение (что это такое, как оно влияет на поддержание болезни и как его корректировать);
- основные цели медикаментозного и психотерапевтического вмешательства;
- роль пациента в лечении и правильное приложение им усилий;
- возможные сложности в процессе терапии (побочные эффекты терапии, рецидивы и др.);
- особенности лечения в период ремиссии.

С целью закрепления информации, получаемой во время психообразовательных занятий, а также для стимуляции самостоятельной работы больных подготовлено пособие для пациентов. В пособии приводится основная информация вышеупомянутых теоретических блоков и приведены упражнения для самостоятельного выполнения.

В настоящее время методика КПТ соматоформных расстройств, включающая психообразовательный модуль, прошла предварительную апробацию в группе из 14 человек. Длительность вмешательства составила 4 недели. В процессе терапии была достигнута статистически значимая редукция проявлений патологии (оценка по шкале общего клинического впечатления и опроснику «Скрининг соматических симптомов-7») в сравнении с исходным состоянием больных (Прибытков А.А., 2016).

Таким образом, психообразовательная работа является важной составляющей частью терапевтических вмешательств при соматоформных расстройствах. Включение психообразовательного модуля в систему лечебных мероприятий способствует улучшению качества помощи данному контингенту пациентов.

## **Совместная беседа с больным шизофренией врача психиатра и психомоторного терапевта**

Рамос-Валерио Э. (Перу)

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

В беседе врача и больного последний является активным участником, но появление третьего лица – психомоторного терапевта, который своими моторными методиками привносит активную, динамическую составляющую в терапевтическую беседу, придаёт эмоциональную окраску процессу беседы, что даёт возможность врачу понаблюдать со стороны за поведением больного. Выделяются два основных стиля психиатрической беседы, это инсайт-ориентированный и симптом-ориентированный.

Инсайт-ориентированный стиль подразумевает интуитивное постижение переживаний пациента, важное для раскрытия бессознательных процессов, защитных механизмов и построения психодинамического представления о нем. В данном стиле нозология не имеет существенного значения, а главный акцент делается на целостном восприятии пациента. Здесь особенно важна эмоциональная сторона беседы, проводимая психомоторным терапевтом с помощью проективных методик исследования, которые включают бессознательные процессы творчества и раскрывают особенности личности больного. Неопределённый стимульный материал таких методик достаточно быстро даёт возможность врачу, находящемуся в процессе наблюдения, составить представление о скрытых механизмах состояния пациента.

Симптом-ориентированный стиль подразумевает распознавание знаков, которые складываются в синдромы и нозологические единицы. Указанный стиль может рассматриваться, как умение пользоваться техниками опроса, в результате которого устанавливается раппорт (контакт), выявляются переживания (симптомы), описывается психический статус, ставится диагноз, оценивается прогноз, назначается терапия. Оба стиля имеют свою технику, специфику беседы, стратегию и конечную цель. Эти стили являются разными измерениями со своими правилами и техниками, однако, если они применяются по отношению к одному пациенту, это позволяет сформировать о нем «многомерное» и, значит, более полное представление. Особенно ценно, что два специалиста - врач психиатр и психомоторный терапевт (в данном случае танцевальный терапевт, который является клиническим психологом) - имеют возможность дополнять друг друга, включая и моторный компонент психиатрического анализа состояния пациента.

В случае, если два специалиста проводят психотерапевтические группы, включая танцевальную психотерапию, с пациентами в стационаре, они имеют возможность проводить такие беседы, как в начале психотерапии, так и в середине курса, а также перед выпиской, меняя лишь акценты. Например, если при первой встрече наибольшее значение имеет умение врача и танцевального терапевта

завоевать доверие пациента и интуитивно почувствовать его проблемы (инсайт-ориентированный стиль), то не так уж важно поставить окончательный диагноз (симптом-ориентированный стиль).

Два стиля могут также рассматриваться как этапы психиатрической или психоаналитической беседы. Отдельно необходимо отметить роли врача и психомоторного терапевта при психиатрической беседе. И врач, и психомоторный (танцевальный) терапевт часто пользуются определёнными масками при контакте с пациентами, забывая, что обострённая сенситивность пациентов даёт им возможность чувствовать фальшь при беседе. Поэтому перенос внимания пациента с врача на психомоторного терапевта и обратно является позитивным стимулом для этих двоих специалистов быть как можно более естественными и открытыми.

Психолог обращает внимание и затем описывает не вообще жалобы на здоровье в целом, а лишь жалобы на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания, а психомоторный терапевт, в данном случае танцевальный терапевт, акцентирует своё внимание на описании моторной составляющей в клинической картине пациента, что не менее важно для целостного восприятия пациента. Если врач во время психиатрической беседы может вызвать некоторое напряжение у больного вопросами о бреде и галлюцинациях, то танцевальный терапевт (клинический психолог) в это время имеет возможность переключить внимание пациента на более приятные для него двигательные техники исследования координации и пространственной ориентации или проективные рисуночные методики. Таким образом, психиатрическая беседа переходит в более мягкий, щадящий режим снятия тревоги от общения с врачом.

Психиатрическая беседа, проводимая врачом с целью обследования, может носить так называемый «открытый», неструктурированный характер, причем врач, проводящий обследование, позволяет себе при выборе темы руководствоваться спонтанными высказываниями пациента. В данном случае оба специалиста выделяют для продолжения беседы, интересующие их темы, придавая беседе определенное направление своими целенаправленными вопросами, переводя, таким образом, внимание больного друг на друга и формируя спокойные, доверительные отношения, проводя, таким образом, разведку для выявления симптомов болезни. Разведка направлена на активное выявление психопатологических симптомов.

При психиатрическом обследовании центральную роль играет анамнез пациента. В результате беседы врач часто уже бывает в состоянии подойти к предположительной диагностической оценке. При каждой психиатрической беседе нужно иметь в виду, что она одновременно является стартом для терапевтического подхода и, следовательно, началом лечения. Особенно это касается формированию мотивации на прохождение курса психотерапии и танцевально-двигательной терапии.

Нередко уже первая совместная беседа с врачом и психомоторным терапевтом определяет, почувствовал ли пациент, что врач и психолог воспринимают его всерьёз, и сочувствуют его нуждам и проблемам. Если при первом контакте речь идет о том, чтобы с пониманием вчувствоваться в проблематику больного, то, с другой стороны, необходимо по возможности

наиболее точно описать больного со всеми его особенностями и сформулировать его психопатологические симптомы. Оба аспекта не исключают друг друга. Напротив, такой подход обеспечивает возможность составить себе представление о личности больного в целом.

Можно утверждать, что искусство психиатрической беседы состоит в том, чтобы в зависимости от необходимости, продиктованной ситуацией, и от цели обследования сделать акцент на выбранном уровне, например, с помощью материалов (психомоторных методик), специально организованных для направленной беседы с больным. Однако это удастся только тогда, когда врач и психомоторный терапевт, ведущие обследование, компетентны в обоих системных подходах: в глубинно-психологическом и в описательно-психопатологическом, и умеют пользоваться ими в равной мере, дополняя друг друга.

## **Системная семейная психотерапия в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у больных шизофренией**

Ревина Л.В.

СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 6»  
Санкт-Петербург

Распространенность шизофрении в мире составляет 1%, и за этим числом кроется внушительная величина инвалидизации больных – около 40%, что представляет большую проблему, как для самих пациентов, так и для общества в целом. Сохраняют актуальность слова Г. Бейтсона: «... шизофрения – ее природа, этиология и способы ее лечения – остается одной из наиболее загадочных психических болезней». В связи с этим по-прежнему актуальным остается поиск и применение наиболее эффективных методов лечения шизофрении. Одним из важных инструментов в лечении больных шизофренией является системная семейная психотерапия.

Во второй половине XX века многими специалистами было отмечено влияние семейного окружения на развитие и течение шизофрении. К. Витакер (2012), анализируя свой опыт индивидуальной психотерапии больных шизофренией, писал: «...При освобождении пациента от психоза семья находила способ забрать его от нас и возвращала в психоз...». Семья представляет собой открытую саморегулирующуюся систему. При прохождении этапов жизненного цикла, а также под воздействием внешних стрессоров семья проживает кризисные периоды. В период кризиса любая семейная система может стать дисфункциональной. В этом случае она может выбрать для поддержания своего гомеостаза и совладания с тревогой такой дисфункциональный стабилизатор как



болезнь одного или нескольких членов семьи. Шизофрения, возникающая у одного из членов семьи, играет важную функцию поддержания гомеостаза в жизни семейной системы. Член семьи, заболевший этим тяжелым психическим расстройством, принимает на себя ответственность за поддержание семейного гомеостаза в ущерб своему психологическому развитию и психическому здоровью (Боуэн М., 2012; Варга А.Я., 2011; Витакер К., 2012).

Использование системного подхода в работе с семьями больных шизофренией направлено на оптимизацию отношений в семье и дезактуализацию стабилизирующей функции болезни. Главные усилия терапевта в работе с такими семьями сосредоточены на снижение уровня тревоги и преодоление эмоционального разрыва отношений в семье, что в конечном итоге помогает больному выбраться из симбиотической слитности и повысить уровень своей дифференцированности.

В ПНД №6 (Санкт-Петербург) в режиме дневного стационара реализуется биопсихосоциальный подход в лечении больных шизофренией. Наряду с биологической терапией, индивидуальной психокоррекцией, различными формами групповой психокоррекции с больными шизофренией проводится системная семейная психотерапия.

Принципы, которым следует терапевт при проведении системной семейной терапии, это: циркулярность, нейтральность, гипотетичность. Сеансы семейной психотерапии проводятся с частотой раз в две недели. Длительность первой встречи 2 часа, последующих встреч 1,5 часа. После каждой семейной встречи в течение 40-60 минут совместно с котерапевтом проводится обсуждение, анализ результатов встречи, формулируется системная гипотеза, строится тактика последующих встреч. Важным является привлечение к семейной терапии членов расширенной семьи, что позволяет повысить эффективность терапии. С первой встречи психотерапевт занимает активную лидирующую позицию.

Семейная терапия больных шизофренией включает следующие этапы: присоединение к семейной системе, переформулирование запроса, реконструкция семейных отношений, завершение терапии и отсоединение. На первом этапе происходит знакомство с устройством семьи, определяются параметры семейной системы: стереотипы взаимодействия, семейные правила (распределение ролей и функций, определение места в семейной иерархии), границы, стабилизаторы семейной системы, семейные истории. На начальном этапе семейной терапии применяются несколько техник: присоединения, циркулярное интервью, построение генограммы, позитивная коннотация (положительное переформулирование ситуации). Техника генограммы позволяет выявить стереотипы взаимодействия, передающиеся из поколения в поколение. Техники присоединения, позитивного переформулирования позволяют оказать семье поддержку, сделать акцент на позитивных сторонах сложной семейной ситуации. Перед каждой встречей строится системная гипотеза о цели и смысле семейной дисфункции, которая в ходе встречи перепроверяется.

На втором этапе семейной терапии происходит переформулирование запроса с манипулятивного уровня на уровень родительского и супружеского взаимодействия. На этапе реконструкции семейных отношений происходит

простраивание психологических границ, что способствует укреплению родительской подсистемы и детриангуляции идентифицированного клиента (больного шизофренией). Используются следующие техники: позитивное переформулирование, парадоксальное предписание, приемы сдерживания изменений.

Проведен анализ работы с 12 семьями, имеющими больного шизофренией (возраст больных от 18 до 35 лет, длительность заболевания от 2 до 10 лет). Продолжительность работы с семьями – 3-4 месяца, частота проведения сеансов – 1 в 2 недели. Среднее количество психотерапевтических встреч – 6, максимально – 8 встреч (одна семья). Работа с семьями проводилась как одним врачом-психотерапевтом, так и в ко-терапии с психологом. Инициатором семейной терапии в 5 случаях были сами больные шизофренией, которые испытывали дискомфорт в связи с гиперпротективным или враждебным отношением к ним со стороны ближайших родственников. В большинстве случаев психотерапевту приходилось устанавливать контакт с референтным родственником пациента (чаще это была мать) для того, чтобы разъяснить целесообразность проведения семейной терапии. В связи с выраженной ригидностью семейной системы с больным шизофренией начальные этапы семейной терапии затягивались до 5-6 встреч.

Наш опыт проведения семейной терапии показывает, что даже ограниченное количество психотерапевтических встреч способствует улучшению семейного функционирования, редукции психопатологической симптоматики, повышению уровня социализации пациентов (трудоустройство, поступление в учебные заведения). На этапе реконструкции сами пациенты и их родственники давали позитивную оценку промежуточных результатов семейной терапии. Для полноценной работы на этапе реконструкции, достижения завершающего этапа терапии необходимо проведение более 10 семейных встреч. Сеансы семейной терапии были более эффективны, когда проводились двумя специалистами, при этом происходило взаимодействие двух систем – психотерапевтической и семейной. Терапевтические цели достигались быстрее, если длительность заболевания была менее двух лет. Малоэффективно проходила терапия с семьями, которые состояли всего из двух человек, один из которых – больной шизофренией.

Системная семейная психотерапия достаточно трудоемкий метод лечения. Вместе с этим проведение психотерапии с семьями с больным шизофренией способствует оптимизации семейного функционирования, что приводит к улучшению психического состояния больных шизофренией, повышению у них уровня социальной компетенции, улучшению социальной адаптации, формированию более стойкой ремиссии и предотвращению повторных обострений заболевания.

## Учебный стресс и состояние психического здоровья у студентов-медиков первых курсов

Руженкова В.В.

ФГАОУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет  
Белгород

**Актуальность проблемы.** Учебная нагрузка в медицинских ВУЗах, в среднем, в два раза выше, чем в немедицинских [Миронов С.В., 2014], из-за чего деятельность студентов-медиков относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда. Высокий уровень учебного стресса снижает удовлетворенность жизнью, отрицательно сказывается на общем состоянии здоровья и академической успеваемости [Reisbig A.M. et al., 2012; Crego A. et al., 2016]. Помимо этого, у подавляющего большинства студентов медиков имеются суицидальные мысли [Rosiek A. et al., 2016]. При этом риск самоубийства у них связан с высоким уровнем психических, физических нагрузок, возрастающих в сессию, дефицитом времени, необходимостью усвоить в сжатые сроки большой объем информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, что ведет к психической дезадаптации и проявляется тревожно-депрессивными расстройствами [Семенова Е.А., 2014].

В связи с этим, **целью исследования** была верификация уровня стресса и состояния психического здоровья студентов-медиков в начальный период обучения для разработки рекомендаций по первичной и вторичной психопрофилактике.

**Материалы и методы.** На третьем месяце обучения обследована сплошная выборка русскоязычных студентов первого курса медицинского института – 166 человек в возрасте от 17 до 22 ( $18,0 \pm 0,9$ ) лет: 22,9% мужского и 77,1% женского пола и второго курса – 96 человек в возрасте от 18 до 23 ( $19 \pm 1,2$ ) лет: 71% женского и 29% мужского пола.

Применялись медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты), психометрический (тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых, тест Perceived Stress Scale (Cohen S., Williamson G., 1988), госпитальная шкала тревоги и депрессии, авторский «Тест-скрининг диагностики психических расстройств», разработанный на основе исследовательских критериев МКБ-10) и статистический (описательная статистика, непараметрический критерий Манна-Уитни для сравнения двух независимых переменных, корреляционный и факторный анализ) методы.

Изучение самооценки влияния учебных факторов на формирование стресса показало, что наиболее значимыми (набравшими более 5 баллов) для студентов были большая учебная нагрузка, строгость преподавателей и отсутствие учебников. Более значимыми для студентов 1 курса, чем второго оказались отсутствие учебников ( $p < 0,04$ ) и нерегулярный прием пищи ( $p < 0,02$ ). Для

студентов 2 курса более значимыми, чем для первого были нерациональное расписание занятий ( $p < 0,00002$ ) и необъективные оценки ( $p < 0,02$ ).

Факторный анализ переменных, формирующих учебный стресс, показал, что проживание вдали от родителей, проблемы в личной жизни, отсутствие учебников, большая учебная нагрузка, чрезмерная строгость преподавателей и необъективные оценки являются наиболее значимыми (69,3% дисперсии) для студентов-первокурсников, а нерациональная организация учебного процесса, нежелание учиться, скучные учебники и бытовые проблемы – для студентов второго курса (68,2% дисперсии).

Наиболее частым проявлением стресса у студентов первого курса (62,2% дисперсии) были аффективные (тревожно-депрессивные) и психосоматические расстройства (со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем), а также расстройства внимания (отвлекаемость и наличие посторонних мыслей). Для студентов второго курса наиболее значимыми были расстройства внимания и психосоматические симптомы. Следует отметить, что у студентов первого курса, по сравнению со вторым, было более выражено чувство нехватки времени ( $p < 0,01$ ) и головные боли ( $p < 0,003$ ). Для всех студентов значимыми симптомами были ощущение снижения настроения, расстройства сна и повышенная утомляемость. Клиническая структура и факторная значимость симптомов проявления стресса свидетельствуют о высоком риске формирования психосоматических расстройств.

Преобладающими способами преодоления стресса у студентов-медиков 1 курса были неконструктивные, пассивные методы (45,6% дисперсии), такие как прием лекарственных средств, употребление алкоголя и табакокурение, времяпрепровождение в социальных сетях и компьютерные игры. Конструктивные способы спорт, сон и общение с друзьями охватывали 22,6%. Студенты второго курса преодолевали учебный стресс праздным времяпрепровождением, приемом седативных лекарственных средств и пассивностью – 42,6% дисперсии. Невысокую факторную нагрузку (14,1%) занимал спорт.

Результаты шкалы Perceived Stress Scale показали, что у студентов первого курса уровень стрессоустойчивости «плохой» и «очень плохой» наблюдался в 68,1% случаев, а у второго курса – лишь в 19,8% ( $p = 0,0005$ ). В то же время удовлетворительный, хороший и отличный уровни стрессоустойчивости были присущи второкурсникам.

Клинически выраженная тревога чаще ( $p = 0,0034$ ) выявлялась у первокурсников – 34,9% случаев, чем у студентов второго курса (16,7%). При этом, у последних в большинстве случаев – 56,3% тревога отсутствовала вовсе. Частота выявления депрессии была одинаковой у студентов первого и второго курсов (20,5% и 13,6% соответственно).

Результаты «Тест-скрининга диагностики психических расстройств» показали, что у подавляющего большинства студентов – 94% обнаруживалась астения, которая в 92,3% случаев сочеталась с расстройствами сна и в 52,6% – с вегетативной неустойчивостью. В 84,4% случаев у студентов первых курсов обнаруживались отдельные обсессивно-компульсивные симптомы, которые в 41% случаев были умеренно выраженными и в 82,9% – сочетались с вегетативными нарушениями. Кроме того, у 55,7% студентов присутствовали симптомы

генерализованной тревоги субклинического уровня и у 31,4% – панического расстройства. У 80,1% студентов обнаруживались отдельные симптомы вегетативной неустойчивости, в 11,4% случаях достигающие клинического уровня соматоформной вегетативной дисфункции. В 38,5% случаях обнаруживались отдельные симптомы социофобии, которые в 14,5% случаях затрудняли социальное функционирование.

Почти у половины студентов – 45,2% в анамнезе были внутренние формы суицидального поведения и у 3,6% – суицидальные попытки. На период обследования суицидальные мысли были у 14,4% опрошенных.

Корреляционный анализ выявил слабые прямые корреляционные зависимости суицидального поведения с тревогой ( $r=0,3$   $p=0,0001$ ) и расстройствами сна ( $r=0,36$   $p=0,000002$ ), деперсонализацией ( $r=0,3$   $p=0,00001$ ), и потерей уверенности ( $r=0,31$   $p=0,00003$ ), вызванными учебным стрессом.

**Выводы.** Таким образом, в результате исследования установлено, что наибольший учебный стресс у студентов медиков первого года обучения вызывали большая учебная нагрузка, нерациональное расписание занятий, строгость преподавателей, нехватка учебников, проживание вдали от родителей. Наиболее значимыми проявлениями стресса были аффективные и психосоматические расстройства, а также расстройства внимания. Клиническая структура и факторная значимость симптомов проявления стресса свидетельствуют о высоком риске формирования психосоматических расстройств. Преобладали деструктивные способы преодоления стресса: употребление алкоголя, табакокурение, переедание, прием седативных лекарственных препаратов. Такой подход к преодолению стресса может являться фактором формирования аддиктивного и зависимого поведения.

Для профилактики состояний социально-психологической дезадаптации, высокого уровня тревожности и риска суицидального поведения, требует разработки и реализации дифференцированной программы стресс-менеджмента, включающей информирование студентов о стрессе и обучение приемам его преодоления, обучение студентов грамотному планированию своего времени, методам оптимальной самостоятельной работы с учебной литературой, развитию навыков самопрезентации. Кроме того, целесообразно оптимизировать учебную нагрузку на первом курсе обучения и работать над эргономизацией учебного процесса.

## **Особенности суицидального поведения и постсуицидального периода у пациентов, совершивших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения**

Рутковская Н.С.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П.Кащенко»  
Санкт-Петербург

Алкогольное опьянение в момент совершения суицидальной попытки часто рассматривается как показатель несерьезности суицидальных намерений. В то же время, по данным различных авторов, 30-60% жертв суицидов имели повышенное содержание алкоголя в крови на момент смерти. Ю.Е. Разводовский, анализируя связь между уровнем суицидов и потреблением алкогольных напитков на душу населения в Белоруссии в 1970-1999 гг., выяснил, что при повышении потребления алкоголя на душу населения уровень самоубийств растет, а резкое снижение потребления алкоголя в период антиалкогольной компании сопровождается значительным снижением количества суицидов. Тот же автор отмечает, что алкоголь сыграл ключевую роль в резком росте уровня суицидов в России в начале 1990-х годов, и приводит данные о взаимосвязи между высоким общим уровнем потребления алкоголя и неблагоприятным стилем потребления преимущественно крепких алкогольных напитков и высоким уровнем суицидов в странах Восточной Европы (Разводовский Ю.Е., 2014).

Цель исследования: выявление особенностей суицидального поведения и постсуицидального периода у пациентов, совершивших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения.

Материал и методы исследования. Было обследовано 84 пациента психиатрического стационара, совершивших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения. Основными методами исследования были клинико-психопатологический и клинико-архивный.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов, которые совершили суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, составил  $37,8 \pm 13,1$  лет. Мужчин в данной группе 53 чел. (63,1%), женщин 31 чел. (36,9%). По диагнозам пациенты распределились следующим образом: органическое поражение головного мозга – 24 чел. (28,6%), алкоголизм – 16 чел. (19,0%), личностные расстройства – 15 чел. (17,9%), расстройства адаптации – 8 чел. (9,5%), наркомания – 8 чел. (9,5%), расстройства шизофренического спектра – 6 чел. (8,3%), аффективные расстройства депрессивного круга 5 чел. (6,0%), олигофрения – 1 чел. (1,4%).

По способу совершения суицидальной попытки преобладали самопорезы (34 чел., 40,5%), на втором месте по частоте встречались отравления медикаментами (33 чел., 39,3%). Другие способы совершения суицида (самоповешение, попытки выброситься с высоты, отравление газом, колото-резаные ранения груди и живота,

введение воздуха в вену) встречались у 19 пациентов (22,6%). У 2 пациентов (4,0%) отмечалось комбинирование 2 различных способов суицида.

Распределение обследуемых по типам постсуицидального периода проводилось в соответствии с типологией, предложенной А. Амбрумовой и В.Тихоненко. Выделялись четыре основных типа постсуицидальных состояний: критический, манипулятивный, аналитический, суицидально-фиксированный. Следует отметить, что среди пациентов, проходивших лечение в психиатрической больнице, после совершения ими суицидальных действий, встречались также лица с осложненным постсуицидом, при котором судить о критическом отношении к суицидальной попытке можно было с большой долей условности, а также лица, отрицающие суицидальные действия, несмотря на явные свидетельства их наличия. Эти пациенты были выделены в две отдельные группы: осложненный (формально-критический) постсуицид и отрицание суицидальной попытки.

Наиболее часто у пациентов, совершивших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, встречался критический постсуицид (28,6%). Почти с такой же частотой имело место отрицание суицидальной попытки (27,4%). На третьем месте манипулятивный постсуицид (25,0%). Другие типы постсуицида встречались реже: суицидально-фиксированный - 13,0%, аналитический - 3,6%, осложненный - 2,4%.

Выводы: Суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения в основном совершали больные, страдающие органическим заболеванием головного мозга, алкоголизмом и расстройствами личности. Наиболее часто встречался такой способ суицида, как нанесение самопорезов. Среди данной категории пациентов наиболее часто отмечался критический тип постсуицидального периода. Почти с такой же частотой имело место отрицание суицидальной попытки. На третьем месте - манипулятивный постсуицид. Реже отмечались другие типы постсуицида (суицидально-фиксированный, аналитический, осложненный).

## **Некоторые взаимосвязи уровня социального интеллекта у пациентов психиатрического стационара**

Северова Е.А., Соколов Н.В.

Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России  
Смоленск

Проблемы инвалидности, социализации и реадaptации больных с психическими расстройствами постоянно находятся в центре внимания, как лечащих врачей-психиатров, психотерапевтов, так и социальных служб и

исследователей. Трудности измерения способности к социальной адаптации, возникающие вследствие развития негативной симптоматики, вынуждают психиатров искать объективные методы для определения степени ее нарушения.

Целью исследования являлось определение уровня социального интеллекта у больных психиатрического стационара, установления его взаимосвязи с когнитивными нарушениями и признаками социальной дезадаптации.

В соответствии с поставленными задачами было обследовано 60 пациентов, госпитализированных в Смоленский областной клинический психиатрический диспансер. Сформированы две группы: пациенты с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и группа пациентов с органическими психическими расстройствами. Средний возраст пациентов с расстройствами шизофренического спектра –  $35 \pm 16$  лет, в группе с органическим поражением головного мозга –  $37 \pm 15$  лет. В контрольную группу были отобраны 11 человек без психических расстройств, средний возраст –  $34 \pm 12$  лет.

В ходе исследования использовались: клиничко-психопатологическая оценка, опросник «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда, М. Салливена, краткая шкала оценки психического статуса (MMSE), анализ медицинской документации. Для статистической обработки данных использовались пакет программ Statgraphics 5.0, NCSS. При решении задач исследования были использованы: подсчёт средних значений, критерий Манна-Уитни, критерий Колмогорова-Смирнова, корреляционный анализ.

В обеих группах пациентов психиатрического стационара уровень социального интеллекта соответствовал уровню «ниже среднего» (для группы с F20 –  $2,3 \pm 0,3$ , группа с F07 –  $2,3 \pm 0,4$ ). Все обследованные с психическими расстройствами имели низкую способность адекватного моделирования индивидуальных и личностных особенностей людей на основе внешних признаков, а также плохие способности прогнозирования характера поведения в конкретных жизненных ситуациях. В контрольной группе у всех обследованных уровень социального интеллекта соответствовал норме в общей популяции ( $3,4 \pm 0,5$ ). Лица без психических расстройств продемонстрировали способность адекватно прогнозировать реакции людей при предъявлении различных социальных обстоятельств.

По результатам MMSE у пациентов с расстройствами шизофренического спектра были обнаружены предметные когнитивные нарушения ( $25 \pm 2,7$  баллов), проявлявшиеся жалобами на быструю утомляемость, затруднение выполнения повседневных действий и принятия решений. В группе пациентов с органическим поражением головного мозга – когнитивные нарушения соответствовали деменции лёгкой степени ( $23,38 \pm 2,8$  баллов), что характеризовалось замедлением умственной деятельности, быстрой утомляемостью, повышенной отвлекаемостью, недостаточностью кратковременной памяти при сохранности долговременной, искажённой интерпретацией понятий и суждений. У пациентов в контрольной группе, по результатам MMSE, показатель составил  $29 \pm 0,5$ , что соответствовало норме. Установлено, что уровень социального интеллекта не связан с когнитивными нарушениями и возрастом пациентов в обеих исследуемых группах. При анализе



историй болезни и амбулаторных карт у пациентов психиатрического стационара определен высокий уровень семейной дезадаптации, который достоверно коррелировал с низким уровнем социального интеллекта.

Таким образом, для пациентов психиатрического стационара характерен низкий уровень социального интеллекта, который в группе пациентов с органическим поражением головного мозга сочетается с умеренно выраженным снижением когнитивных способностей пациентов. При расстройствах шизофренического спектра когнитивные нарушения не достигают уровня деменции. Уровень семейной дезадаптации имеет достоверную связь с низкими показателями социального интеллекта.

## **Психотерапевтическая саморегуляция специалистов опасных профессий**

Соколов Е.Ю.<sup>1,2</sup>, Фомин А.А.<sup>2</sup>, Магурдумова Л.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ

<sup>2</sup> Московский научно-практический центр наркологии  
Москва

**Актуальность исследования.** Особенности службы сотрудников спецподразделений – постоянные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки, требующие запредельной активизации ресурсов жизнестойкости. Поведение сотрудников при выполнении своих профессиональных обязанностей носит рискованный характер. Травматический опыт, сопряженный с интенсивными отрицательными эмоциями (гнев, страх), становится источником посттравматических кризисных, аффективных расстройств. Обнаружена пропорциональность между длительностью экстремальной ситуации и тяжестью посттравматических расстройств. В отдаленных периодах возможна манифестация аффективных и психотических расстройств. С 2007 г. армия США обучает солдат распознавать симптомы посттравматического стрессового расстройства, не стесняться обращаться за медицинской помощью. Методы саморегуляции являются глубокой профилактической основой нервно-психического здоровья сотрудников МВД.

**Цель исследования:** оценка необходимости и эффективности оригинального модуля психотерапевтической работы для обучения военнослужащих методам саморегуляции с целью предотвращения постстрессовых кризисных расстройств и профилактики суицидального поведения.

**Материал и методы исследования.** Обследованы 103 сотрудника МВД РФ (96 мужчин, 7 женщин) 19-42 лет, профессиональные обязанности которых

связаны с жизнеопасными ситуациями, боестолкновениями. Из них 101 – офицеры и контрактники, 1 – ветеран, инвалид 2й группы с органическим заболеванием центральной нервной системы сложного генеза (черепно-мозговая травма, психотравмирующие ситуации, алкоголизм); 1 – гражданское лицо, врач с опытом работы в горячих точках.

**Основные методы исследования:** динамический клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания.

**Описание модуля.** Предложены расслабляюще-успокоительные или стимулирующие, а также сочетанные упражнения для укрепления жизнестойкости сотрудников спецподразделений в индивидуальном и групповом форматах. Релаксационно-стимулирующие, энергоактивизирующие методы включают дыхательные элементы. Занятия проходят в различных условиях, приближенных к распорядку дня.

Акцентируется внимание военнослужащих на клинике кризисных расстройств. Роль ведущего: закреплять навыки саморегуляции, повышать ответственность, в первую очередь, перед собой, с профилактическим вниманием относиться к здоровью, как в мирной, так и боевой обстановке. Перед первым сеансом активные жалобы у 82% участников психотренинга отсутствовали. Однако при целевом расспросе выявлены различные астенические, депрессивные, ипохондрические состояния, к которым человек «привык» в такой степени, что перестал их замечать, принимая за «норму». После релаксационных приемов 71% участников отметили улучшение состояния в виде постепенного облегчения указанной симптоматики.

При изучении уровней тяжести синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) с помощью опросника отмечены следующие данные: низкий уровень СЭВ наблюдается у 64,3% исследуемых; у 29,6% отмечен средний уровень; у 6,1% – высокий уровень. При изучении СЭВ у противоположных полов отмечено: низкий уровень встречается у мужчин и женщин, соответственно, в 65,9% и 50%; средний – в 28% и 33,3%; высокий – в 6,1% и 16,7%.

#### **Клинические примеры из психотерапевтической работы.**

У 3 больных исходные болевые ощущения (ушиб правой пяточной кости, травма ахиллова сухожилия справа, рана левой кисти) в процессе проведения сеанса ослабли или исчезли.

У 5 больных исчезли головные боли или уменьшилась степень их интенсивности.

У 4 больных улучшился сон без использования снотворных медикаментов.

У 4 – снизилась интенсивность болевых ощущений разной локализации.

Больной с сопутствующим ситуационно-депрессивным аффектом (опасался перевода в другую часть, отмечались антивитальные высказывания) уже в начале первого сеанса успокоился, появилась слабая, а затем уверенная, адекватная улыбка.

7 больных в процессе психотерапевтических сессий отметили у себя улучшение мыслительной функции, «просветление в голове», исчезновение тревожных «непонятных» опасений.

**Обсуждение.** Эмоционально-волевая устойчивость – важнейший показатель профессиональной подготовленности сотрудников. Это – способность сохранять в сложных условиях уравновешенное психическое состояние, отсутствие в экстремальных ситуациях психологических реакций, снижающих эффективность действий и порождающих ошибки.

Психотерапевтические методы позволяют достичь позитивных субъективно-объективных миорелаксирующих результатов, которые положительно сказываются на самочувствии человека в период тренинга и в последующем. Индивидуально подбираемые методики помогают добиться снятия эмоционального напряжения, предотвратить появление отдаленных психосоматических расстройств. Применяемые психотерапевтические методы саморегуляции, с практической точки зрения, обладают хорошей переносимостью, способствуют лучшей адаптивности к трудным ситуациям в условиях психоэмоционального стресса, повышают антистрессовую устойчивость, вследствие которой организм приобретает новое качество – адаптацию в виде резистентности, устойчивости к стрессорному влиянию. Адаптационные реакции, приобретенные организмом в результате энергосберегающих методов саморегуляции, являются реакциями, предупреждающими повреждение структуры личности, и составляют основу естественной психопрофилактики. Методы саморегуляции способствуют более быстрой нормализации психоэмоционального состояния и повышению уровня социальной адаптации сотрудников после возвращения из «горячих» регионов.

**Выводы.** Синдром эмоционального выгорания, порою с депрессивной, кризисной симптоматикой различной глубины, у специалистов, имеющих боевой опыт столкновения со смертельной опасностью, наблюдается фактически в 100%. Независимо от половой принадлежности сотрудников большая часть из них имеет низкий уровень тяжести СЭВ. Однако при продолжающихся нагрузках военнослужащие с низким уровнем СЭВ могут перейти в более высокие уровни. Для предотвращения необходимы тренинги. Число исследуемых, имеющих средний уровень СЭВ, в 2 раза меньше начального уровня, а количество специалистов с высокой тяжестью выгорания с имеющимися уже в той или иной степени психическими, личностными расстройствами, после обучения методам саморегуляции снизилось почти в 6 раз.

## Социально-психологические аспекты формирования мотивации к лечению у больных психическими расстройствами

Сорокин М.Ю., Лутова Н.Б.

ФГБУ Санкт-Петербургский НИПНИ им. В. М. Бехтерева  
Санкт-Петербург.

**Цель исследования:** изучение взаимосвязей отдельных вариантов структуры мотивации к лечению с клинико-динамическими характеристиками больных психическими расстройствами. **Задачи:** 1) изучить варианты мотивации к лечению у больных психическими расстройствами, 2) исследовать социально-психологические факторы у психиатрических пациентов с помощью шкалы медикаментозного комплайенса, опросника самостигматизации, методики определения локуса контроля, 3) выявить взаимосвязи социально-психологических факторов с мотивацией к лечению у больных психическими расстройствами и проанализировать характер выявленных взаимосвязей.

**Материалы и методы.** В исследовании приняло участие 208 пациентов отделения интегративной фармако-психотерапии НИПНИ им. Бехтерева: мужчин – 42%, женщин – 58%. Средний возраст составил  $34,5 \pm 11,6$  год. Средняя длительность заболевания –  $9,4 \pm 8,99$  года. Среднее количество госпитализаций 4. Диагностические рубрики по МКБ-10: F2 – 69%, F3 – 17% F4+F6 – 9% F0 – 5%.

Применялся оригинальный опросник оценки мотивации к лечению, позволяющий выявить общую интенсивность терапевтической мотивации, а также особенности её структуры в зависимости от выраженности отдельных мотивационных паттернов по иерархической шкале мотивации (от 1 уровня – мотивация отсутствует, формальное согласие получать лечение, через последовательную смену внешней, затем внутренней мотивации до 6 уровня – стабильная мотивация к длительной поддерживающей фармако-психотерапии). Стандартизированные значения разделов опросника для каждого пациента объективизируют ведущие мотивационные механизмы в отношении к лечению, где отрицательные значения свидетельствуют о снижении интенсивности мотивационного механизма в сравнении с его распространённостью в популяции, а положительные – о повышении интенсивности. Для выявления превалирующих или дефицитарных уровней мотивации к лечению, определяющих в наибольшей степени её структуру, критическими были приняты границы от -0,5 до 0,5 стандартизированных балла по каждому из отдельных параметров опросника оценки мотивации к лечению. В случае, когда несколько уровней мотивации имели показатели, выходящие за критические границы, ведущим мотивационным механизмом считался тот, модуль показателя которого был наибольшим. Выраженность стигмы исследовалась по опроснику внутренней стигматизации: субшкалам отчуждение, одобрение стереотипов, опыт дискриминации, социальная самоизоляция, сопротивление стигматизации (оценивается обратно) и общему баллу самостигматизации (ISMI; Ritsher, 2003). Применялась методика

определения локуса контроля Роттера (Уровень субъективного контроля, УСК; Бажин и др., 1984). Лечащие врачи оценивали комплаенс больных с помощью Шкалы медикаментозного комплаенса (ШМК; Лутова, Незнанов, Вид, 2008). Для статистического анализа вычислялись корреляционные коэффициенты Пирсона, коэффициенты ранговой корреляции Спирмена. Параметры распределения данных исследованы в помощью z-критерия Колмогорова-Смирнова.

**Результаты и их обсуждение.** Преобладание более высокого уровня в структуре мотивации к лечению определяло более высокие суммарные баллы (интенсивность) мотивации пациентов к лечению:  $r=0,156$  ( $p<0,05$ ). Более высокий уровень мотивации также был связан со снижением у пациентов негативной симптоматики по шкале SANS (п. 2.3 ШМК,  $r=0,191$ ,  $p<0,05$ ) и более высоким уровнем социального функционирования больных по шкале GAF (п. 2.7 ШМК,  $r=0,219$ ,  $p<0,05$ ). В то же время, чем более высокий уровень мотивации определял её общую структуру, тем более выраженными по данным опросника самостигматизации были чувство социального отчуждения ( $r=0,424$  при  $p<0,01$ ) и одобрение самими пациентами психиатрических стереотипов ( $r=0,293$  при  $p<0,05$ ), однако больные были более склонны сопротивляться явлению стигматизации ( $r=0,439$  при  $p<0,01$ ).

Напротив, в случаях, когда у больных выявлялось значительное снижение какого-либо мотивационного паттерна в соответствии с иерархической шкалой, дефицит в структуре мотивации более высоких её уровней был связан с нарастанием у пациентов внутреннего локуса контроля в вопросах межличностного общения ( $r=0,35$ ,  $p<0,05$ ) и снижением показателей опыта переживаемой дискриминации ( $r=-0,328$ ,  $p<0,05$ ). Также, чем более высокие уровни были дефицитарными в структуре мотивации, тем меньшую социальную поддержку окружения получали больные в соответствии со шкалой медикаментозного комплаенса (п. 3.1. ШМК,  $r=-0,179$ ,  $p<0,05$ ).

Таким образом, при недостатке низких уровней мотивации к лечению (дезинтегрированная или отсутствующая мотивация), пациенты менее склонны относить себе успехи, но и не винят себя за неудачи в межличностном общении. При дефиците более высоких уровней (внешняя или формирующаяся внутренняя мотивация к лечению), вероятно, реальные ситуации дискриминации и устранение близких от оказания социальной поддержки пациенты связывают с собственными субъективно негативными характеристиками личности: имеют установку «я слабый и не достойный». Эти предпосылки для формирования и нарастания комплекса психиатрической стигмы могут привести к тотальному нарушению идентичности, так как внутренний локус контроля здесь блокирует развитие сопротивления стигматизации: «я болею и поэтому заслуживаю плохое отношение за свою слабость». Низкие уровни негативной симптоматики и социальной дезадаптации пациентов позволяют предотвратить развитие у них тотальной личностной деформации под влиянием самостигматизации за счёт нарастания сопротивления дискриминации. Так у сохранных пациентов более благоприятное переживание комплекса психиатрической стигмы через формирование сопротивления дискриминации становится предпосылкой для формирования

высоких уровней мотивации и внутренней устойчивой заинтересованности больных в лечении.

**Выводы.** Выраженная негативная симптоматика и её манифестация в виде социальной дезадаптации с одной стороны препятствуют более активному включению пациентов в лечение, с другой стороны создаёт условия для усиления их склонности винить себя за неудачи в межличностном общении (внутренний локус контроля). Это способствует вытеснению проявлений стигматизации у немотивированных к лечению пациентов, но и препятствует развитию у них позиции активного сопротивления психиатрической стигматизации. При вариантах более стабильной мотивации к лечению близкое окружение больных активно участвует в терапевтическом процессе, что, тем не менее, не вызывает усиления проявлений самостигматизации только за счёт более активного сопротивления пациентов проявлениям дискриминации. Таким образом, формирование устойчивой и интенсивной мотивации к лечению связано с нарастанием и последующим преодолением больными комплекса психиатрической стигмы через механизм сопротивления дискриминации. Это определяет необходимость наличия существенных личностных ресурсов для психологической адаптации к психическому расстройству.

## **Эффективность различных видов психотерапии пациентов с героиновой наркоманией**

Султанов Ш.Х.

Ташкентский Институт усовершенствования врачей  
Ташкент, Узбекистан

**Актуальность проблемы.** Психотерапия у пациентов с наркотической зависимостью является одним из важных компонентов комплексной реадaptации (Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., 2001; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2002). Эффективность психотерапии – это производное терапевтического союза, или комплаенса между пациентом и психотерапевтом. В настоящее время имеется большое количество психотерапевтических методик, причём в отдельных исследованиях (Клименко Т.В., Субханбердина А.С., 2002; Bergin А.Е., 1971) статистически достоверной разницы в эффективности различных психотерапевтических подходов не отмечается. Основной точкой воздействия при психотерапии является патологическое влечение к психоактивному веществу (Альтшулер В. Б., 1995, 2000), которое актуализируется посредством киндлинг-эффекта (Ballenger J.C., Post R.M., 1978), что снижает долю спонтанных ремиссий.

**Материал и методы исследования.** Исследование охватило 109 больных героиновой наркоманией, проходивших лечение в наркологическом отделении г. Чирчика (Узбекистан) в период с 2007 года по 2016 год. Из них мужчин - 88, женщин – 21, лечились впервые 71 пациент, повторно - 38. Критерии включения в исследование: пациенты с диагнозом по МКБ – 10, психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов; синдром зависимости (код F11.2); синдром отмены, обусловленный употреблением опиоидов (код F11.30). Возраст пациентов составил от 21 до 45 лет (в среднем 35,3 лет).

Трудовая занятость больных на момент обследования была такова: всего работало – 16 человек (14,6%), из них по специальности лишь 5 человек (4,9%), остальные обследуемые либо не работали (49,5,7%), либо были заняты неквалифицированным трудом. 35,7% пациентов из обследованной группы были учащимися различных учебных заведений. Приведенные данные отражают нарушения в социальной адаптации основной части обследованных больных. Давность заболевания до 5 лет была у 79 больных, от 5 лет до 10 лет и свыше – у 30 обследованных пациентов.

В результате психотерапевтического воздействия среди всех пациентов были выделены две группы больных. Первая группа пациентов давала изначально более высокие показатели по тесту личностной ориентации (6), демонстрировала более высокий уровень эмпатии и базисного доверия. Показатели ММРІ этой группы соответствовали стеническому типу реагирования личности. Эта группа воспринимала поведенческие психотерапевтические технологии как маловажные и второстепенные и стремилась уделять больше внимания и времени в беседе анализу своей потребностно-мотивационной сферы, то есть обладала высокой восприимчивостью к гуманистической психотерапии. Динамика внутриличностных изменений более отчетливо фиксировалась тестом личностной ориентации, чем тестом ММРІ.

Вторая группа пациентов в целом показала меньший уровень доверия и эмпатии и более высокий уровень алекситимии в сравнении с первой группой. Также вторая группа характеризовалась изначально более низкими показателями теста личностной ориентации, гипостеническим типом реагирования личности по тесту ММРІ. Пациенты этой группы охотнее участвовали в поведенческой психотерапии и были практически резистентны к гуманистической. Динамика их внутриличностных изменений более отчетливо отражалась ММРІ и практически не фиксировалась тестом личностной ориентации.

**Выводы.** Таким образом, если в первой группе пациентов имеется готовность измениться, используя свой потенциал, то вторая группа охотнее стремилась к коррекции дефектов. Соответственно и динамика психотерапии отслеживалась в первой группе тестом личностной ориентации (Рукавишников А.А., 2002), который определяет величину изначального потенциала и его увеличение в ходе психотерапии, а во второй группе тестом ММРІ, который, фиксирует величину дефекта и его уменьшение в ходе психотерапии. Полученная информация является статистически достоверной, она подтверждает важность

дифференцированного подхода в оценке эффективности психотерапии у пациентов с наркотической зависимостью.

## О значении психотерапевтических мероприятий для людей опасных профессий

Фомин А.А.<sup>2</sup>, Соколов Е.Ю.<sup>1,2</sup>, Магурдумова Л.Г.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Московский НИИ психиатрии МЗ РФ – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского»

<sup>2</sup> Московский научно-практический центр наркологии  
Москва

**Актуальность исследования.** Столкновение со стрессовыми ситуациями обуславливает необходимость использования психотерапевтических мероприятий для предупреждения постстрессовых (ПТСР) и психосоматических осложнений у военнослужащих. Об этом говорит и многолетнее наблюдение за психическим здоровьем военнослужащих, как в России, так и за рубежом, работа которых проходит в экстремальных условиях и связана с опасностью для жизни. У военнослужащего, переживающего стрессовую ситуацию, реакции на стресс могут быть неадаптивными, чрезмерными, ведущими к фрустрации, психическому нарушению восприятия окружения, себя вплоть до суицидальных тенденций и соматических расстройств.

**Цель исследования** – изучение влияния психотерапевтических методов саморегуляции на состояние военнослужащих при работе в экстремальных ситуациях.

**Материал и методы исследования.** Исследовано психофизиологическое состояние 2-х групп (исследуемая и контрольная) военнослужащих по 40 человек в каждой, прибывших из командировки после выполнения боевых задач в горячих точках. Возраст обследованных 21-38 лет, все мужчины.

**Основные методы исследования.** Динамический, клинико-психопатологический анализ, миссисипская шкала – военный вариант, опросник синдрома эмоционального выгорания, шкала теста СМИЛ (стандартизированный метод исследования личности), психотерапевтические методы саморегуляции.

Исследуемая группа в мирный период прошла курс обучения психотерапевтическим методам саморегуляции, которые участники использовали на разных этапах выполнения боевых задач. Контрольная группа обучения психотерапевтической саморегуляции не проходила.

Этапы саморегуляции: 1. Повседневная деятельность и вводный период обучения. 2. Этап подготовки к командировке. 3. Боевой этап. 4. Межбоевые периоды. 5. После возвращения из районов выполнения служебно-боевых задач.



Используются расслабляющее-успокоительные, тонизирующие, дыхательные, сочетанные упражнения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основные изучаемые психофизиологические параметры у обеих групп в течение 1-2х месяцев по возвращению из регионов со сложной оперативной обстановкой: фон настроения, субъективное чувство тревоги, неуверенность в собственные силы, ухудшение сна, раздражительность.

По всем исследуемым параметрам имеется разница величин в контрольной (где предварительные психотерапевтические занятия саморегуляции не проводились) и исследуемой (занятия психотерапевтической саморегуляции проводились регулярно) группах в пользу последней: измененный фон настроения в контрольной группе отмечен в 70% случаев, а в исследуемой группе – в 45%; субъективное чувство тревоги наблюдалось соответственно – в 80% и 20%; ухудшение сна – в 65% и 45%; чувство раздражительности – в 90% и 55%; чувство неуверенности – в 45% и 20%.

Проведено **катамнестическое** исследование состояния через 6 месяцев в обеих группах. В исследованной группе сниженный фон настроения, наблюдавшийся вскоре по возвращении из командировки у 18 бойцов, через 6 месяцев отмечен только у 8(44,4%), тогда как в контрольной группе этот же симптом продолжал наблюдаться у 19 военнослужащих из 28 человек (67,8%). Чувство тревоги соответственно – из 8 бойцов исследуемой группы сохранилось только у одного (12,5%), в контрольной группе – у 17 из 32 (53,1%); ухудшение сна – соответственно у 5 человек (27, 8%) из 18и у 13 (50%) из 20; жалобы на раздражительность – сохранились у 8 бойцов исследованной группы (36,4%) из 22 человек и у 13 (36,1%) из 36 контрольной; чувство неуверенности соответственно сохранилось у 2 (25%) из 8 и у 8 (36,4%) из 22 человек.

Через 6 месяцев после возвращения восстановление состояния здоровья в исследуемой группе отмечено в большей степени, чем у контрольной группы. 4 военнослужащих контрольной группы через полгода заметили у себя появление астено-аффективных расстройств.

### **Выводы.**

1. При подготовке к работе в экстремальных условиях необходимо уже в период мирного этапа заранее обучать военнослужащих психотерапевтическим методам саморегуляции в различных жизненных ситуациях.

2. Умение управлять своим психологическим состоянием необходимо довести до автоматизма, чтобы при экстремальной ситуации, организм сам смог отреагировать должным образом на стрессовый фактор для снятия эмоционально-физического перенапряжения, предупреждения ПТСР.

3. Психотерапевтическим методам саморегуляции необходимо одновременно и в первую очередь обучать **командный состав всех подразделений** – что также будет являться важным примером для подчиненных.

4. Использование психотерапевтической саморегуляции позволяет снижать процент психологических потерь.

5. Отсутствие предбоевой психотерапевтической подготовки может быть одним из факторов способствующих возникновению постстрессовых (вплоть до криминальных, суицидальных) расстройств после боестокновений.

## Нозогенные реакции у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом

Чумаков Е.М.<sup>1</sup>, Петрова Н.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)»

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет  
Санкт-Петербург

**Цель исследования** – оценить частоту развития нозогенных реакций у ВИЧ-инфицированных больных с ранним сифилисом.

**Материалы и методы.** Обследовано 65 ВИЧ-инфицированных больных различными формами раннего сифилиса; среди них 45 мужчин (средний возраст 32,09±9,83 лет) и 20 женщин (средний возраст 31,7±5,97 лет). Больные включались в исследование сплошным методом после лабораторного подтверждения в отделении заражения ВИЧ-инфекцией и проведения спинномозговой пункции для уточнения диагноза сифилиса. Использовали Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS; Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) для скрининга уровня тревоги и депрессии.

### **Результаты.**

41,5% больных на момент исследования характеризовались низкой социальной адаптацией. У 78,5% больных были выявлены эпизоды социальной дезадаптации в анамнезе.

Психические нарушения были выявлены у 83,1% обследованных. Среди психических расстройств доминировали аддиктивные нарушения – 47,7% больных были выставлены диагнозы зависимости от наркотического вещества (зависимость от опиатов, F11 – 18,5%; зависимость от психостимуляторов, F15 – 4,6%; полинаркомания, F19 – 13,8%) или алкоголя (F10 – 32,3%).

На втором месте по частоте выявления были расстройства адаптации в рамках реакции личности на факт заболевания сифилисом и ВИЧ-инфекцией (нозогенные реакции; 32,3% больных). Пациентам были свойственны малая информированность о заболеваниях, невозможность правильно оценить их прогноз. Расстройства адаптации развивались непосредственно после получения информации о заболевании ВИЧ-инфекцией и сифилисом, в структуре переживаний прослеживалась тема психотравмирующего события (а именно, заражения ВИЧ-инфекцией и сифилисом, в том числе нейросифилисом), в

динамике состояния отмечалось некоторое улучшение самочувствия по мере отдаления во времени от момента получения результатов анализов и, в большей степени, по мере получения дополнительной информации о прогнозе заболевания. Большое значение для больных имела реакция близких на сообщение о болезни.

Установлено, что нозогенные расстройства статистически значимо чаще развивались у ВИЧ-инфицированных больных с ранним нейросифилисом (13 человек из 28 пациентов с этими проявлениями сифилиса; 46,4%) в сравнении с ВИЧ-инфицированными больными ранним сифилисом (8 человек из 37 пациентов с этими проявлениями сифилиса; 21,6%,  $p=0,034$ ). Фактором, повышающим риск нозогенных расстройств, являлось заражение ВИЧ-инфекцией и нейросифилисом ( $R=0,26$ ;  $p=0,035$ ). Нозогенные реакции развивались у пациентов с отсутствием психических расстройств или социальной дезадаптации в анамнезе ( $R=-0,35$ ;  $p=0,004$ ). Выраженность симптомов депрессии и тревоги у больных с расстройствами адаптации, по данным HADS, составила  $7,6\pm 1,44$  и  $8,1\pm 1,51$  баллов соответственно.

Нозогенные реакции были представлены невротическими и аффективными вариантами. Невротические нозогении были выявлены у 12,3% больных и проявились гипонозогнозическим вариантом тревожно-диссоциативных реакций с диссоциацией между проявлениями тревоги и демонстративно-пренебрежительным отношением к лечению. Аффективные нозогении были выявлены у 20,0% больных и были представлены гипернозогнозическим вариантом реакций с преобладанием в клинической картине выраженной гипотимии с аффективной неустойчивостью, пессимистической оценкой будущего, растерянностью, тревогой, признаками дереализации, выраженными нарушениями сна и снижением аппетита.

В ходе рутинной работы в отделении лечащими врачами дерматовенерологами были назначены консультации врачей-психотерапевтов только 3 пациентам из числа больных, включённых в исследование. Все эти больные страдали расстройствами адаптации на момент обследования (14,3% от числа больных с расстройством адаптации), а именно, гипернозогнозическим вариантом аффективной нозогенной реакции. По данным медицинской документации (историям болезней), на момент осмотра психотерапевтом больные жаловались на тревогу перед будущим, нарушения засыпания в течение последних дней и страх рассказать о заболевании родным, в том числе, половому партнёру. Работа психотерапевтом с больными проводилась в рациональном ключе, с проработкой значения факта заражения социально значимыми инфекциями для индивида, определением стратегии по принятию этого факта, выработке способов борьбы с имеющейся тревогой. Все больные после консультации с психотерапевтом отметили значительное улучшение состояния.

**Выводы.** Таким образом, в ходе исследования установлено, что расстройства адаптации по типу нозогенных реакций развиваются с высокой частотой у ВИЧ-инфицированных с разными формами раннего сифилиса (32%) со статистически значимым преобладанием у ВИЧ-инфицированных с ранним нейросифилисом. Выявлена низкая настороженность врачей дерматовенерологов относительно развития у больных психогенных расстройств, что проявляется в

недостаточном на наш взгляд оказании им психотерапевтической помощи. В некоторой степени низкая выявляемость расстройств адаптации в исследуемой когорте может быть связана с большим удельным весом гипонозогнозических вариантов нозогенных реакций.

## **Особенности формирования алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией**

Шашкина А.П.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»  
Санкт-Петербург

**Актуальность** изучения сочетания шизофрении с алкоголизмом связана с широкой распространенностью этой патологии. Психические расстройства, сочетающиеся с алкогольной зависимостью, все чаще становятся объектами пристального изучения, поскольку существуют «на стыке» двух специальностей – наркологии и психиатрии, тем самым, обуславливая трудности диспансеризации, профилактики и лечения пациентов. Доказано, что истинная алкогольная зависимость, сочетающаяся с шизофренией, имеет выраженный наследственный компонент, высокую прогрессивность, превалирующий периодический тип злоупотребления алкоголем с более ранним формированием алкогольного абстинентного синдрома (ААС) с выраженными соматическим и психическим компонентами, возникающими на фоне ААС алкогольными психозами. При очень большом разбросе показателей, отражающих распространенность шизофрении среди больных алкоголизмом и алкоголизма среди больных шизофренией, чаще всего то и другое определяется, приблизительно, в 10% случаев.

Существуют два аспекта взаимовлияния алкоголизма и шизофрении. Первый из них связан с влиянием шизофрении на алкоголизм. Имеется достаточное число наблюдений, свидетельствующих о том, что патологическое влечение к алкоголю, абстинентный синдром оказываются стертыми. Алкогольная деградация, наоборот, развивается очень быстро, приобретая черты полного безразличия к собственной судьбе и окружающим, опустошенности и пассивности, что ведет к немедленному возобновлению пьянства. Течение алкоголизма, сочетающегося с шизофренией, неблагоприятное, поскольку оно характеризуется малой курабельностью и крайней неустойчивостью терапевтических ремиссий. С другой стороны, у больных шизофренией нередко наблюдаются спонтанные длительные ремиссии алкоголизма, что совпадает либо с обострением галлюцинаторно-бредовых расстройств, либо с развитием глубокого шизофренического дефекта.

Второй аспект проблемы - это влияние алкоголизма на шизофрению. При всех формах шизофрении алкоголизм вызывает усиление, обострение и оживление галлюцинаторно-бредовой симптоматики, ускоряет рецидивирование болезни, учащает госпитализацию больных в стационар. Психопатологические нарушения приобретают атипичный для шизофрении характер: конкретность, предметность, истинный вербальный галлюциноз, зрительные галлюцинации, делириозные переживания. Отмечается смягчение шизофренического дефекта за счет большей общительности, живости, активности, откликаемости пациентов. С.Г. Жислин (1965) отмечал, что при наличии алкоголизма у больных шизофренией не обнаруживаются не только эмоционально-волевые признаки шизофренического дефекта, но и соответствующие им специфические нарушения мышления, а это уже говорит, по мнению автора, о качественных изменениях патогенетического механизма.

**Цель исследования:** изучить особенности формирования и течения алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией, социальную адаптацию этой категории больных.

**Задачи исследования:**

1. Изучить преморбидные особенности больных шизофренией, сочетающейся с алкогольной зависимостью, в сравнении с пациентами с алкогольной зависимостью.
2. Выявить особенности формирования и течения алкогольной зависимости у больных с шизофренией, в сравнении с пациентами с алкогольной зависимостью.
3. Оценить особенности социальной адаптации при последовательном формировании алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 пациентов СПб ПБ №1 им. П.П. Кащенко - мужчин в возрасте 35-45 лет - с диагнозом алкогольной зависимости - АЗ (контрольная группа) и диагнозами алкогольной зависимости и шизофрении (по критериям МКБ-10) давностью заболевания не менее 1 года с купированным алкогольным абстинентным синдромом (ААС) (основная группа). Все больные включались в исследование после завершения стационарной детоксикации и после подписания информированного согласия. В исследование не включали больных с выраженным органическим поражением головного мозга, психотическим состоянием, а также с какой-либо иной химической зависимостью, кроме зависимости от табака.

Проводился статистический анализ анамнестических данных, сравнения групп. Группа анамнестических показателей состояла из 10 переменных, характеризующих пациента: пол, возраст, семейный статус, трудовой статус, наследственная отягощенность, время с начала систематической алкоголизации до формирования запойного пьянства, процентное соотношение дней пьянства и дней трезвости за последний год.

**Результаты исследования.** Контрольная и основная группы состояли из 15 больных с АЗ и 15 больных с АЗ+шизофрения, в возрасте от 35 до 45 лет. Наследственность отягощена алкоголизмом родственников у 15 пациентов (50%)

из всех исследуемых. В контрольной группе: наследственность алкоголизмом отягощена у 8 пациентов (53%); в основной группе - у 7 (47%), а эндогенным расстройством у 8 (53%). Возраст начала систематической алкоголизации: в основной группе до 20 лет - у 8 пациентов (53%), от 20 до 25 лет - у 5 (33%), более 25 лет - у 2 (14%). Возраст начала систематической алкоголизации в контрольной группе: до 20 лет - 7 пациентов (47%), от 20 до 25 лет - 8 (53%). Возраст начала систематической алкоголизации в двух группах: до 20 лет - 15 пациентов (50%), от 20 до 25 лет - 13 (43%), с 25 лет - 2 (6%). Давность формирования алкогольной зависимости: до 5 лет - у 5 больных (16%), от 6 до 10 лет - у 7 (23%), более 10 лет - у 18 (61%). В основной группе давность формирования алкогольной зависимости: до 5 лет - 1 пациент (6%), от 6 до 10 лет - 2 (13%), более 10 лет - 12 (81%). В контрольной группе давность формирования алкогольной зависимости: до 5 лет - 4 пациента (26%), от 6 до 10 лет - 5 (33%), более 10 лет - 6 (41%).

Семейный статус всех испытуемых: не женаты - 16 пациентов (53%), в браке - 4 (13%), разведены - 10 (34%). Семейный статус в основной группе: не женаты - 10 (67%), разведены - 4 (26%), женат - 1 (7%). Семейный статус в контрольной группе: не женаты - 6 (40%), разведены - 6 (40%), женаты - 3 (20%). Трудовой статус всех испытуемых: не работают - 21 (70%), из них 10 (33%) являются инвалидами 2 группы инвалидности, бессрочно; работают - 9 (30%). В основной группе: не работают - 13 (86%), из них 10 (66%) имеют 2 группу инвалидности, бессрочно; работают - 2 (14%). В контрольной группе: не работают - 8 (53%), работают - 7 (47%), группы инвалидности не имеют.

Дни пьянства и дни трезвости за последний год пациентов двух групп: дни трезвости - 59,4%, дни пьянства - 40,6%. У пациентов основной группы: дни пьянства - 27,5%, дни трезвости - 72,5%. У пациентов контрольной группы: дни пьянства - 53,6%, дни трезвости - 46,4%.

Критерий Фишера:  $\varphi^*=3,811$ . Полученное эмпирическое значение  $\varphi^*$  находится в зоне значимости.  $H_0$  отвергается.

### **Выводы.**

1. Количество дней трезвости достоверно больше в основной группе.
2. Достоверных различий по фактору наследственной отягощенности алкогольной зависимостью получено не было (47% vs 53%).
3. При сравнении давности начала систематической алкоголизации обнаружено, что у большей части пациентов основной группы начало систематической алкоголизации - до 20 лет (53%), в контрольной группе - от 20 до 25 лет (53%). В контрольной группе отсутствуют пациенты, начавшие систематическую алкоголизацию в возрасте старше 25 лет; в группе пациентов с коморбидной патологией таких 14%.
4. У большей части пациентов с коморбидной патологией (81%) алкогольная зависимость сформирована свыше 10 лет назад. В контрольной группе эта закономерность не прослеживалась: давность формирования алкогольной зависимостью распределилась по всем возрастным категориям равномерно (26%, 33% и 41%).
5. Показатели социального функционирования в КГ лучше, по сравнению с ОГ.

Полученные результаты взаимовлияния клинических проявлений алкогольной зависимости и коморбидной патологии (на примере пациентов с эндогенным расстройством) дают возможность оптимизировать их диагностику и прогностическую оценку. Анализ анамнестических данных, оценка социального функционирования пациентов и продолжительности алкогольной ремиссии позволяют прогнозировать развитие алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией.

## Течение геморрагического васкулита на фоне депрессии и психогенной анорексии

Щербаков Г.И.

ГБОУЗ «Орехово-Зуевская центральная городская больница» Московской области  
Орехово-Зуево

**Цель работы** – описать особенности течения геморрагического васкулита на фоне депрессии и психогенной анорексии.

**Материалы и методы.** Описание клинического случая.

Пациентка Г., 18 лет, страдающая геморрагическим васкулитом, была госпитализирована в реанимационное отделение в тяжёлом состоянии, обусловленное полиорганной недостаточностью, кахексией (индекс массы тела 12,2 кг/м<sup>2</sup>). В течение 8 лет наблюдалось волнообразное течение заболевания, проявляющееся кожным и суставным синдромами. За 5 месяцев до настоящей госпитализации у пациентки появилась многократная рвота, данное состояние было расценено как клиническая картина гастрита, однако терапия гастрита была неэффективна. Маскированная депрессия и психогенная анорексия были диагностированы за 3 недели до поступления в реанимационное отделение.

Больной в реанимационном отделении было проведено обследование: фиброгастроскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), рентгенография кишечника, диагностическая лапароскопия, верхнесрединная лапаротомия, мониторинг жизненно важных функций органов.

**Результаты.** На основании ФГДС была диагностирована язва луковицы 12-ти перстной кишки, субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, ГЭРБ, эрозивный эзофагит. По данным рентгенографии, УЗИ органов брюшной полости, не исключалась острая кишечная непроходимость. Была выполнена диагностическая лапароскопия, исключившая кишечную непроходимость. При проведении верхнесрединной лапаротомии определялась выраженная дилатация всей тонкой кишки, стенка её была с множественными геморрагическими высыпаниями; механического препятствия для пассажа по кишечнику не было

выявлено. На фоне интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения наблюдалось прогрессирование полиорганной недостаточности, что привело к смерти пациентки. Клинический и патолого-анатомический диагнозы совпали. Причиной смерти пациентки явился геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха) с поражением кожи, почек, кишечника.

**Заключение.** Депрессия и психогенная анорексия спровоцировали тяжелое обострение геморрагического васкулита с вовлечением в воспалительный процесс почек, сосудов кишечника с развитием острой кишечной непроходимости на фоне ДВС-синдрома, закончившееся летальным исходом. Таким образом, наличие психического расстройства стало фактором, ухудшившим прогноз геморрагического васкулита.

## **Опыт проведения групповой психокоррекции в психиатрическом стационаре**

Щурова И.А.

СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца»  
Санкт-Петербург

Пациенты, находящиеся в стационаре, страдают от социальной дезадаптации, снижения жизненной активности и неуверенности. Применение фармакотерапии купирует психотическую симптоматику, но не решает большей части личностно обусловленных проблем пациента, не предупреждает последующую самостигматизацию.

**Целью** работы было проведение психокоррекционной группы с учетом клинико-психологических характеристик пациентов с хроническими психическими расстройствами.

С октября 2015 по май 2016 гг. в экспериментальной психокоррекционной группе приняли участие 42 человека (из них 30 человек – пациенты дневного стационара). Занятия проводились два раза в неделю и длились 1,5 часа. Группа была закрытой и включала 8-10 человек, гетерогенной (по полу, возрасту, нозологии, а также по длительности заболевания и пребывания в больнице). Возраст участников составил от 19 до 60 лет. Большинство пациентов имело инвалидность II группы.

В начале каждой встречи пациенты называли свои эмоции и чувства. После этого начиналась работа с запросом. При возникновении во время группового занятия эмоционального напряжения, с которым пациент не мог справиться самостоятельно, проводились индивидуальные беседы. Основным терапевтическим методом являлась групповая дискуссия.



**В психокоррекционной группе участвовали пациенты со следующими диагнозами:** шизофрения, параноидная форма; расстройство адаптации; смешанное диссоциативное расстройство с тяжелым нарушением социальной адаптации; рекуррентное депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство.

Больные для участия в психокоррекционной группе отбирались по следующим критериям: сохраненный интеллект и наличие здоровой части личности. К участию не допускались больные, находящиеся в остром психотическом состоянии и имеющие выраженные дефекты в когнитивной и эмоционально-личностной сферах.

**Использовались следующие методы работы с пациентами:**

- клиническое интервью,
- наблюдение,
- анкетирование,
- индивидуальная психокоррекция.

Работа в группе осуществлялась клиническим психологом под руководством заведующей отделением (врача-психиатра).

В ходе работы выяснялась, какова была мотивация пациентов к участию в группе, например:

- «Участие в группе поможет мне быстрее получить выписку»;
- «Группа дает мне возможность общаться»;
- «Я могу доказать себе и окружающим свое сходство со здоровыми людьми»;
- «Группа поможет мне избежать повторных госпитализаций».

С целью изучения механизмов психокоррекционного воздействия группы была разработана анкета «Важные этапы в процессе групповой психокоррекции». Большинство пациентов определили наиболее значимыми изменения в эмоциональной и когнитивной сферах и отметили как «очень важные» следующие пункты:

- научиться принимать себя и свою болезнь,
- осознавать мотивы своих поступков,
- разобраться в прежних конфликтных ситуациях и предупредить новые,
- лучше понимать свои чувства и причины их возникновения.

Меньшее количество пациентов отметило как «очень важные» изменения, касающиеся поведенческой сферы:

- изменить поведение и образ жизни таким образом, чтобы сократить количество последующих госпитализаций;
- применять навыки, полученные в процессе групповой работы;
- узнать, какое поведение отталкивает окружающих.

За время участия в группе пациенты пришли к пониманию взаимосвязи когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов; скорректировали способы выражения отрицательных эмоций, оценили опасность различных эмоциональных состояний. Возможность говорить о том, что беспокоит, какие возникают страхи и проблемы, связанные с отношением в обществе к психически больным, способствует снижению напряжения и тревоги. Участие в

психокоррекционной группе помогает пациенту проследить, какие события предшествуют госпитализации, а также на каком этапе необходимо обратиться за помощью к специалисту.

## **Когнитивные изменения при терапии резистентных депрессий**

Ядгарова Н.Ф.

Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Республика Узбекистан

Следует отметить, что особенности когнитивного функционирования при резистентных депрессиях практически не изучены. Клинико-психопатологические исследования последних лет дают основания полагать, что одним из факторов невосприимчивости к лечению при депрессиях могут являться нарушения мотивационно-личностной сферы.

Основной целью данной работы являлось определение особенностей когнитивного функционирования у больных резистентными депрессиями с учетом характеристик их мотивационно-личностной сферы.

Определение особенностей произвольной регуляции познавательной деятельности и формальных показателей когнитивного функционирования у больных с терапевтически резистентными депрессиями с позитивной и негативной аффективностью.

Изучено 32 больных с резистентной к лечению депрессией. Критерием включения являлась тяжесть депрессивной симптоматики, оцениваемая по шкале Гамильтона не менее 20 баллов. Больные были подразделены на 2 группы: 1-ая группа – 13 (40,6%) больных с позитивной аффективностью; 2-ая группа - 19 (59,3%) больных с негативной аффективностью.

Для оценки динамики показателей внимания использованы: методики длительного сосредоточения - «Счет с переключением» [10], проба Бурдона [9], субтест «Кодировка» из батареи Векслера. Полученные результаты свидетельствуют о принципиальной сложности опознавания, анализа и воспроизведения геометрических фигур, в основе которых могут лежать нарушения зрительно-пространственного анализа в исследуемой выборке больных. В отношении отсроченного воспроизведения различия между исследуемыми группами были выражены сильнее, больные в первой группе называли, в среднем, на 2,5 слова больше (5,03 слова во 2-ой группе и 7,5 – в первой группе) во второй группе. В сочетании с общим невысоким объемом словесной рабочей памяти это сказалось на результатах воспроизведения (значительное снижение продуктивности: во 2 ой группе больные припоминали 7,42; 10,27 и 10,42 слова, а

в 1 ой группе - 10,25; 17,8 и 17,6 слов). Показатели непосредственной слухоречевой памяти остались на уровне фонового обследования (8,17 слов перед началом лечения и 8,6 слов в конце). Увеличилась продуктивность зрительной памяти, хотя средний балл при этом остался достаточно низким (7,38, при норме 8 баллов).

Улучшение отдельных когнитивных показателей разной степени выраженности встречалось у 80% больных, однако в абсолютных значениях эти изменения не столь значительны, и после лечения пациенты также значимо уступали здоровым испытуемым по уровню когнитивного функционирования. Только в методике «Кодировка» выделилось достоверное снижение распределения внимания к концу лечения на 2,37% (21,08 знаков в минуту до начала лечения и 20,57 знаков - в конце).

Таким образом, когнитивное функционирование при терапевтически резистентных депрессиях характеризуется относительной сохранностью базовых когнитивных навыков и недостаточностью произвольной регуляции и экспертной мотивации, что приводит к общему снижению продуктивности деятельности в ситуации обследования. Данные больные демонстрируют более сохранный уровень когнитивного функционирования в простых заданиях с минимальной нагрузкой на произвольную регуляцию деятельности. Выделенные особенности могут ограничивать возможности разрешения нестандартных проблемных ситуаций, но способствовать успешной адаптации в четко регламентированной деятельности, что важно учитывать в процессе трудовой реабилитации этих пациентов.

## **Опыт проведения экзистенциальной терапии больных шизофренией в психиатрическом стационаре**

Яценко К.О., Торговцев А.А., Якунов А.С.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»  
Санкт-Петербург

Статистический «бумажный» подход к лечению пациентов с психическими расстройствами с использованием стандартов часто оставляет важные аспекты психопатологии нетронутым, особенно те, которые связаны с субъективным жизненным опытом пациента, его взаимодействием с окружающим миром и врачом (Эмми Ван Дорцен, 2007). Без знания и понимания внутреннего и внешнего мировоззрения пациента, его жизненных проблем сложно прогнозировать дальнейшее течение заболевания и разрабатывать программы реабилитации (Бабин

С.М., Случевская С.Ф., Ульчева Т.А., 2013). Учитывая эти обстоятельства, использование совместных моделей психотерапевтического взаимодействия, групповой экзистенциальной психотерапии становится особенно актуальным.

В рамках реабилитационной программы, которую мы используем в психиатрическом стационаре, нами проведена групповая психотерапия экзистенциальной направленности 42 пациентам (18 мужчин и 24 женщин) с параноидной шизофренией в состоянии ремиссии, имеющим инвалидность. Средним возраст пациентов составил 47,6 лет. Для достижения большего контакта, искренности и доверительных взаимоотношений группы были закрытыми. Всего проведено три группы. Количество сессий - от 8 до 10, время каждой сессии - 1 час. Основой для проведения терапии был метод групповой психотерапии экзистенциальной направленности для пациентов с эндогенными расстройствами (Бабин С.М., 2012), исходя из основных принципов психотерапии больных шизофренией (Курпатов В.И., 2009).

Особенностью проведения терапии было участие в качестве ко-терапевта лечащего врача-психиатра и врача-психотерапевта, проводящего реабилитационные мероприятия. Ко-терапевт выступал в роли психиатра в отделении, и в роли участника группы в группе. Обсуждаемые темы - смерть, свобода, одиночество - переживаемы большинством людей, они универсальны, естественны и доступны. Поэтому при их обсуждении в группе происходит более полное и глубокое самораскрытие. Через открытость не только клиента, но и терапевта экзистенциальная терапия выходит на межличностные отношения, которые сами по себе становятся ценными и являются инструментом воздействия (Спинелли Э., 2009). Лечащий врач и врач-реабилитолог получали больше «человеческой» информации от пациентов, с формированием более полной картины. Кроме исключительно информативной части, ко-терапевт получал эмоциональное взаимодействие с пациентами, что косвенно осуществляло превенцию профессионального выгорания.

Для более доступного обсуждения некоторых тем в качестве иллюстраций использовались сказки, известные литературные произведения. Таким образом, разрешалась проблема подачи материала и сглаживались субъективно дискомфортные вопросы экзистенциальной психотерапии (смерть, тревога). Через доступные и общеизвестные сюжеты представлялось возможным обсуждение в группе с разным образовательным и социальным уровнем, когнитивным снижением, при этом оставаясь на высоком эмоциональном уровне взаимодействия.

Стадии групповой сессии: Изначально – знакомство, принятие правил. Изложение терапевтом целей (зачем создана группа?). Совместное обсуждение правил, добавление правил. Каждый из участников высказывает свое мнение - зачем и почему он пришел в группу, высказывает предложения того, что он хотел бы обсудить или решить в процессе.

Для большего раскрытия, работы с индивидуальностью использовались вопросы из опросника Марселя Пруста - как простые (любимый цвет, любимая книга, любимый цветок), так и более глубокие (основной недостаток, основное достоинство, девиз или совет людям). Формулирование и выбор вопросов

принимаются совместно. Все участники записывали ответы на бумаге. Ведущий зачитывал ответы, не указывая имени, затем участники группы определяли, кто отвечал на вопросы. Обсуждалась тема индивидуальности и конформизма.

Начиная со второй, третьей сессии у многих участников цели, с которыми они пришли в группу, менялись, становились более глубокими. Когда уровень открытости и взаимного доверия достаточно высок, становилось возможным переходить к фундаментальным темам. Свобода, ответственность, судьба, свобода выбора обсуждались на примере сказки «Колобок»: используя простой общеизвестный сюжет, можно достичь живого эмоционального обсуждения и высокого уровня межличностного взаимодействия. Возможными трудностями при обсуждении темы «Свобода», было формирование у пациентов с когнитивными расстройствами понимания свободы буквально, с позиции «Делай, что захочешь». Более сохранные участники группы выступали в роли помощников, объясняя детали и нюансы, связанные с принятием не только свободы, но и ответственности. В группах пациентов с когнитивным дефицитом работе иногда мешала излишняя конкретизация: например, при обсуждении темы конечности существования, смерти, часть пациентов не были способны воспринимать и использовать метафоры, работать с образами.

Верующих пациентов в меньшей степени или вовсе не тяготил факт неопределенности и неизвестности бытия, они более спокойно могли обсуждать эту тему. Упражнение «Эпитафия» вызывало в большей степени негативные эмоции, связанные с ритуалом погребения, визуализации образов. «Мой последний день» воспринимался более позитивно, способствовал большему раскрытию, желанию наладить отношения с родственниками, с которыми давно в соре, более открытому общению с друзьями. Большинство участников отмечали, что у них возникла способность отделять главное от второстепенного, меньше обращать внимание на мелочи. При выполнении этого упражнения существовал риск выбора неэкологических действий - алкоголизации, сексуального раскрепощения, деликтов («в жизни надо все попробовать»), поэтому была необходима ненавязчивая коррекция, в виде сократического диалога маевтики. Кроме того, в обсуждение включались другие участники группы, помогая выделить нравственные и экологичные ценности.

Во время 6-7 сессии обсуждались сравнительно нейтральные, субъективно позитивные вопросы, которые группа формировала сама. Упражнения были взяты частично из тренинга когнитивных навыков - тренировка памяти, внимания. Одной из добавленных по просьбе участников тем были вопросы искренности, доверия, недоверия, дружбы, по сути, тоже вопросы экзистенции.

В завершении групповых занятий для изучения результатов, кроме клинического метода, использовался метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007) – скорее, как базисная карта и оценка измерения комплаентности.

Выводы. Совместное проведение групповой экзистенциальной терапии позволяет получать более полную, «человеческую» информацию о пациенте,

установить доверительные отношения, повышает комплаенс и косвенно препятствует профессиональному выгоранию специалистов.

## **Исследование мотивации к трудовой деятельности у больных шизофренией с дефицитарными состояниями**

Яценко К.О., Якунов А.С.

СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко»  
Санкт-Петербург

**Актуальность.** Одним из путей повышения социальной и трудовой адаптации больных шизофренией, имеющих когнитивный и эмоционально-волевой дефицит, является оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий с применением психотерапии. Использование психотерапевтических методик позволяет повысить мотивацию пациентов на поиск стимулов, получаемых при трудоустройстве, которые являются поощрительными, даже если они не направлены на восстановление внутренних дефицитарных состояний.

Формирование установок и мотивации для социального функционирования является актуальной медико-социальной проблемой; при этом особый целевой группой являются пациенты, стойко утратившие трудоспособность, заинтересованные в трудовой деятельности, но по ряду причин (низкий уровень самооценки, уверенности, коммуникации, социального интеллекта), имеющие низкий уровень мотивации.

### **Цели исследования:**

Изучение мотивации к труду у пациентов с дефицитарными состояниями при шизофрении.

Проведение тренинга когнитивных и социальных навыков для формирования мотивации к трудовой деятельности с последующей оценкой эффективности.

### **Материал и методы исследования.**

Группу составили 60 пациентов с диагнозом шизофрении (32 мужчин и 28 женщин); средний возраст 47 лет; средняя длительность заболевания - 5,6 лет; средний срок пребывания в стационаре - 48 дней.

Критерии включения в исследование: 1) согласие пациента; 2) наличие установленного диагноза шизофрении (согласно МКБ-10); 3) наличие стойкой утраты трудоспособности; 4) длительность заболевания от 3 до 10 лет; 5) состояние ремиссии.

Критерии исключения: другая нозологическая принадлежность; острота состояния (психоз).

Использовались клинико-психопатологический метод исследования, "Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных" (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1994), психотерапевтические методики - тренинг когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией (Шмуклер А.Б. и соавт., 2003).

### **Результаты.**

При изучении образовательного уровня пациентов установлено: среднее образование имели 10 чел. (16,7%), среднее специальное - 47 чел. (78,3%), высшее - 3 чел. (5%). В прошлом все пациенты имели профессию, работали по профессии. В последующем при ухудшении состояния и социально-экономической ситуации в стране, а также вследствие прогрессивности заболевания, пациенты профессионально дезадаптировались, переходили на менее квалифицированные виды деятельности. Все пациенты имели группу инвалидности.

При исследовании занятости пациентов выявлено следующее. Отсутствие занятости отмечалось у 18,8% мужчин и 14,3% женщин. При хорошем межличностном взаимодействии в семье эти пациенты выполняли облегченный домашний труд под протекцией родственников, им отводилась роль «домохозяйки». Они занимались уборкой, приготовлением пищи, ходили в магазин, принимали участие в воспитание детей. В данном случае, прослеживаются гендерные отличия: домашний труд в большей степени импонировал женщинам.

Доминирование неофициального трудоустройства над официальным имело ряд социальных и психологических причин: предвзятое отношение работодателя к лицам с группой инвалидности, связанной с психическим заболеванием; возрастной ценз - до 40 лет; относительно более высокая оплата при неофициальном трудоустройстве; более свободный график при неофициальном трудоустройстве; менее квалифицированная работа; отсутствие необходимости работать в большом коллективе и вступать в сложное социальное взаимодействие.

При исследовании мотивации к трудовой деятельности учитывалась градация, по значимости для пациента: На первом месте, как у мужчин, так и у женщин, был уровень заработной платы, что объясняется неблагоприятным социально-экономическим положением инвалидов. Отмечалось значение общения в коллективе и смены обстановки, но удовлетворительное материальное состояние, как мотивация, превалировало у большинства обследованных пациентов.

Проведен групповой тренинг когнитивных и социальных навыков у пациентов - с использованием дополнительных методик, направленных на мотивацию к труду, конкретизацией целей и планов, проигрыванием проблемных ситуаций, максимально приближенных к реальности, с учетом формирования мотивации.

В результате проведенного тренинга, повысились показатели концентрации внимания и памяти, уверенности в себе, уверенности в возможности трудовой деятельности. Данное обстоятельство в большей степени обусловлено компенсацией функционирования мотивационной сферы, опосредовано через улучшение когнитивных показателей, способностей к коммуникации, улучшения эмоционального реагирования, эмоциональной вовлеченности.

**Выводы:**

1. Большинство официально неработающих пациентов предпочитают неофициальное трудоустройство официальному.
2. Рентные мотивации превалируют над социальными и эмоциональными мотивациями.
3. При проведении тренинга когнитивных функций и социальных навыков получены положительные результаты - в плане повышения мотивации к трудовой деятельности, через улучшение функций памяти и внимания, повышения уверенности в себе и большей готовности к эмоционально синтонному взаимодействию в социуме.



**Сведения об авторах**

- Андреев Б.В. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фармакологии Санкт-Петербургского государственного университета, клинический фармаколог СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Анисимов В.Н. – к.б.н., ведущий научный сотрудник биологического факультета Московского государственного университета, Москва
- Арпентьева М.Р. – д.псих.н., профессор, старший научный сотрудник кафедры психологии развития и образования Калужского государственного университета им. К.Э. Циолковского, Калуга
- Астахова Н. – председатель регионального отделения ООИ «Новые возможности», Липецк
- Ахметова Л.Ш. – заведующая отделением ГАУЗ «Республиканская психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева» МЗ РТ, Казань
- Ашуров З.Ш. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Республика Узбекистан
- Бабаева Е.Г. – медицинский психолог дневного стационара СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №6», Санкт-Петербург
- Бабарахимова С.Б. – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Ташкент, Республика Узбекистан
- Бабин С.М. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психотерапии и сексологии Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, президент Российской Психотерапевтической Ассоциации (РПА), Санкт-Петербург
- Берегулина Л.Н. – врач-психотерапевт СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», Санкт-Петербург

- Благонравова А.С. – д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии Нижегородской государственной медицинской академии, директор НИИ профилактической медицины, Нижний Новгород
- Богуцкая Н.К. – к.м.н., доцент кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней Высшего ГМУ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», Черновцы, Украина
- Борисова Д.Ю. – медицинский психолог, специалист по танцевально-двигательной терапии СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Бугорский А.В. – заведующий отделением СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Вишневская О.А. – к.м.н., заведующая дневным стационаром Психоневрологического диспансера №8, Санкт-Петербург
- Войнило А.Н. – врач-психотерапевт Республиканского научно-практического центра психического здоровья, Минск, Республика Беларусь
- Воронкова А.А. – врач функциональной диагностики ГКУЗ «Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая больница», Волгоград
- Голосов Е.А. – заведующий отделением СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Гольгина С.Е. – ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита
- Гонжал О.А. – к.м.н., доцент кафедры наркологии и психотерапии ИПК ФМБА, Москва
- Григорьева Е.В. – медицинский психолог дневного стационара СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер №6», Санкт-Петербург

- Григорьева И.В. – к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
- Грунина М.Н. – младший научный сотрудник ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Демьяненко А.М. – заведующий городским психотерапевтическим центром СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница N7 им. академика И.П. Павлова», ассистент кафедры психотерапии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- Дмитриев М.Н. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии Ростовского ГМУ, Ростов-на-Дону
- Днов К.В. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург
- Докукина Т.В. – д.м.н., заместитель директора по научной работе ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
- Дорофейкова М.В. – младший научный сотрудник ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Еричев А.Н. – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения биопсихосоциальной реабилитации психически больных ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Ершов Е.Е. – заведующий отделением СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», м.н.с. ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Жиляева Т.В. – к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии Нижегородской государственной медицинской академии, Нижний Новгород
- Жукова Д.И. – медицинский психолог СПб ГБУЗ «Городская больница Святого Праведного Иоанна Кронштадтского», Санкт-Петербург
- Заботина А.М. – младший научный сотрудник ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

- Зайцев В.В. – к.м.н., доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- Зислин И.М. – MD, психиатр, член Европейской Психиатрической ассоциации, член Израильской психиатрической ассоциации и Израильской ассоциации биологической психиатрии, Иерусалим, Израиль
- Золотова А.Н. – к.м.н., врач-психиатр кабинета социально-психологической помощи Новороссийского филиала ГБУЗ «Геленджикский психоневрологический диспансер» МЗ КК, Новороссийск
- Иванов В.С. – клинический психолог СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №7 им. академика И.П. Павлова», Санкт-Петербург
- Искандарова Ж.М. – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Ташкент, Республика Узбекистан
- Карякина М.В. – младший научный сотрудник Московского НИИ психиатрии – филиала ФБГУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва
- Кашапов Ф.Ф. – врач Республиканской клинической больницы, Уфа
- Киворкова А.Ю. – к.б.н., медицинский психолог ФГКУ Санаторий «Жемчужина Кавказа», Кисловодск
- Кишка Т.Н. – медицинский психолог СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Климук Н.В. – социальный работник ГБУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер», Тверь
- Копытин А.И. – д.м.н., доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- Коростелев Д.С. – студент 5 курса лечебного факультета Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

- Корчинов А.Д. – медицинский психолог СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», Санкт-Петербург
- Крупницкий Е.М. – д.м.н., профессор, руководитель отдела аддиктологии ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Кузьменков И.Г. – врач кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Смоленского государственного медицинского университета Минздрава России, Смоленск
- Курушкина В.А. – студентка IV курса Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград
- Курылев А.А. – ассистент кафедры фармакологии Санкт-Петербургского государственного университета, клинический фармаколог СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Лемешко К.А. – врач-психиатр медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗ», Москва
- Логачева А.А. – специалист по социальной работе ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов
- Лутова Н.Б. – д.м.н., главный научный сотрудник ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Лухсе Л. – врач-психолог, арт-терапевт, к.псих.н., руководитель центра Singel, Вильянди; создатель и член руководства центра психологического консультирования ProVida, Тарту, Эстония
- Магурдумова Л.Г. – к.м.н., старший научный сотрудник отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва
- Майстренко А.В. – студентка Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- Макаревич О.В. – младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии больных с психическими расстройствами ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

- Максимова Н.Е. – д.м.н., главный врач ГБУЗ «Областной клинический психоневрологический диспансер», Тверь
- Марчук С.А. – научный сотрудник отдела психических и поведенческих расстройств ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
- Медведева Е.А. – студентка Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград
- Назарова Н.Р. – к.псих.н., доцент кафедры психологии и педагогики СПб ГИК, медицинский психолог МРО СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 5», Санкт-Петербург
- Насырова Р.Ф. – д.м.н., руководитель отделения персонализированной психиатрии и неврологии, ведущий научный сотрудник ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Неклюдова Е.В. – студентка 3 курса лечебного факультета Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- Нурходжаев С.Н. – старший научный сотрудник-исследователь кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Ташкент, Республика Узбекистан
- Овчинников А.А. – д.м.н. профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО Новосибирский Государственный медицинский университет МЗ РФ, Новосибирск
- Павличенко А.В. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО Московского государственного медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова, Москва
- Палин А.В. – заведующий медико-реабилитационным отделением ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им П.Б. Ганнушкина», Москва
- Перфильева О.Ю. – заведующая ДПНО, врач-психиатр ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов

- Петин В.М. – клинический фармаколог СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Петрова Н.Н. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург
- Письменная Т.Г. – психолог, арт-терапевт, Лунд, Швеция
- Прибытков А.А. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии Пензенского института усовершенствования врачей – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Пенза
- Полякова А.И. – председатель Смоленского отделения СМУ РОП, врач-психиатр Смоленской областной клинической психиатрической больницы, Смоленск
- Пряникова Е.В. – заместитель главного врача ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2», Оренбург
- Пудиков И.В. – врач-психотерапевт медико-реабилитационного отделения ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗ», Москва
- Пустотин Ю.Л. – заведующий отделением динамической психиатрии и психотерапии ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2», Оренбург
- Рамос-Валерио Э. – танцевально-двигательный психотерапевт, Перу
- Ревина Л.В. – врач-психотерапевт СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 6», Санкт-Петербург
- Решедько Л.А. – аспирант, старший лаборант кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск
- Руженкова В.В. – к.м.н., ст. преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

Рутковская Н.С. – врач психиатр СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург

Рыжикова М.В. – врач-кардиолог Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Рычкова О.В. – д.псих.н., профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования Московского городского психолого-педагогического университета, Москва

Савельева О.В. – к.м.н., заведующая медико-реабилитационным отделением Психоневрологического диспансера №5, Санкт-Петербург

Сахаров А.В. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита

Северова Е.А. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Смоленского государственного медицинского университета МЗ РФ, Смоленск

Семенова Н.Д. – к.псих.н., ведущий научный сотрудник Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского», Москва

Сергеева А.В. – к.м.н., заведующая проблемной научной лабораторией ПЦР-исследований НИИ профилактической медицины, Нижний Новгород

Скугаревская Т.О. – студент Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Республика Беларусь

**Случевская С.Ф.** (1972-2015) – к.м.н., доцент кафедры психотерапии и сексологии Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Соколов Е.Ю. – к.м.н., научный сотрудник отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, психиатр-психотерапевт Московского НПЦ наркологии, Москва



- Соколов Н.В. – врач-ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Смоленского государственного медицинского университета МЗ РФ, Смоленск
- Соловьев А.Г. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск
- Сорокин М.Ю. – младший научный сотрудник ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Сосин Д.Н. – младший научный сотрудник ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, врач психиатр СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Струкова Е.Ю. – медицинский психолог ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов
- Султанов Ш.Х. – к.м.н., свободный соискатель кафедры психиатрии и психотерапии Ташкентского Института усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан
- Султанова А.Н. – к.м.н., доцент ФГБОУ ВО Новосибирский ГМУ МЗ РФ, отдел военно-врачебной экспертизы - филиал № 3 ФГКУ «Главный центр Военно-врачебной экспертизы» МО РФ, Новосибирск
- Сухачевский И.С. – аспирант ФГБУ "ФМИЦПН им. В.П. Сербского" Минздрава России, Москва
- Сычева Т.Ю. – к.пед.н., доцент ФГБОУ ВО Новосибирский ГМУ МЗ РФ, Новосибирский государственный университет экономики и управления (НИНХ), Новосибирск
- Тараскина А.Е. – старший научный сотрудник ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Терешков П.П. – к.м.н., заведующий биохимической лабораторией НИИ молекулярной медицины ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Чита

- Толмачев М.Ю. – аспирант ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург
- Туровская Н.Г. – к.пс.н., доцент кафедры общей и клинической психологии Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград
- Торговцев А.А. – заведующий отделением СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Феоктистова В. С. – к.м.н., ассистент кафедры факультетской терапии Северо-Западного ГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург
- Фомин А.А. – заведующий филиалом №9 Московского НПЦ наркологии, психиатр-психотерапевт, Москва
- Ханько А.В. – к.псих.н., руководитель службы медицинских психологов СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург
- Хисматуллина З.Р. – д.б.н., профессор, заведующая кафедрой физиологии человека и животных Башкирского государственного университет, Уфа
- Холмогорова А.Б. – д.псих.н., профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии - филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, заведующая кафедрой клинической психологии и психотерапии, декан факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, Москва
- Хьельм А. – художник-дизайнер, фотограф, Норчеппинг, Швеция
- Чумаков Е.М. – к.м.н., врач психиатр СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)», Санкт-Петербург
- Чехонадский И.И. – главный врач ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №2», Оренбург

Чистяков М.С. – врач-психотерапевт амбулаторного отделения СПб ГБУЗ «Городской психоневрологический диспансер № 7 (со стационаром)», Санкт-Петербург

Шаикрамов Ш.Ш. – ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Ташкент, Республика Узбекистан

Шарипова Ф. К. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии Ташкентского Педиатрического медицинского института, Ташкент, Республика Узбекистан

Шашкина А.П. – врач СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург

Шин З.В. – магистр, ассистент кафедры психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Республика Узбекистан

Щербаков Г.И. – к.м.н., врач ревматолог ГБОУЗ Московской области «Орехово-Зуевская центральная городская больница», Орехово-Зуево

Щурова И.А. – медицинский психолог СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Святого Николая Чудотворца», Санкт-Петербург

Ядгарова Н.Ф. – старший научный сотрудник кафедры психиатрии Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Республика Узбекистан

Якунов А.С. – заведующий медико-реабилитационным отделением СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург

Ясиновская А.А. – врач-интерн кафедры психиатрии Пензенского института усовершенствования врачей – филиала ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, Пенза

Яценко К.О. – к.м.н., врач-психотерапевт СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко», Санкт-Петербург

# Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии

## Выпуск IV

Под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина.

Художник В. Барсуков

Технический редактор К. Паник

Подписано в печать 02.06.2017 г.

Формат 70x100 1/16. Печать офсетная.

Бумага офсетная пл. 80 г/м<sup>2</sup>. Усл. п. л. 21,25.

Тираж 300 экз. Заказ №2523.

Отпечатано в ООО «Таро».

199106, Санкт-Петербург, В.О., 24-я линия, д.1.