

Научно-практический и информационный журнал
Совета молодых ученых
Оренбургской государственной медицинской академии

АЛЬМАНАХ МОЛОДОЙ НАУКИ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

ПОСВЯЩЕННЫЙ

140-летию организации психиатрической службы Оренбургской области,
110-летию ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая
больница № 1», 100-летию со дня рождения основателя Оренбургской школы
психиатров, д. м. н., профессора Ю. Е. Рахальского,
70-летию вузовского преподавания психиатрии в Оренбурге
и 10-летию факультета клинической психологии ОрГМА

УЧРЕДИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Оренбургская государственная
медицинская академия»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

А. К. Урбанский,
к. м. н., председатель СМУ ОрГМА

ЗАМЕСТИТЕЛЬ

ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

В. В. Белянин

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В. М. Боев, заслуженный работник
высшей школы РФ, заслуженный
деятель науки РФ, доктор
медицинских наук, профессор, ректор
ГБОУ ВПО «ОрГМА» Минздрава РФ

Н. П. Сетко, заслуженный работник
высшей школы РФ, доктор
медицинских наук, профессор,
проректор по НИР ГБОУ ВПО «ОрГМА»
Минздрава РФ

П. О. Бомов, к. м. н., доцент кафедры
психиатрии, медицинской психологии
ГБОУ ВПО «ОрГМА» Минздрава РФ

№ 3

Выходит 4 раза в год

Оренбург, 2012

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

«Вузовское» преподавание медицины в Оренбурге началось с 1942 г., когда в этот глубокоотловый город был эвакуирован Харьковский медицинский институт. Кафедру психиатрии в то время возглавлял виднейший отечественный психиатр, один из основоположников физиологического направления в советской психиатрии Виктор Павлович Протопопов (1880 - 1957). Вместе со своими сотрудниками - А. С. Познанским, Э. М. Бонгард, М. Б. Цукером - В. П. Протопопов серьёзно занимался лечебной работой, консультировал больных эвакогоспиталей, обобщал опыт лече-

ния и патофизиологического анализа травматических нервно-психических расстройств. Коллектив кафедры разрабатывал вопрос о психических нарушениях при важной для того времени форме краевой патологии - агранулоцитозе, возникающей вследствие употребления в пищу перезимовавших злаков. Пробыв в Оренбурге около двух лет, В. П. Протопопов вернулся на Украину (г. Киев), где он организовал отдел психиатрии в институте клинической физиологии (АН УССР) и возглавил кафедру психиатрии и высшей нервной деятельности в институте усовершенствования врачей.

Виктор Павлович Протопопов (1880 - 1957)



Со времени образования Оренбургского мединститута (1944) около трёх лет лекции по психиатрии читались профессором Александром Алексеевичем Любушиным - сыном известного русского психиатра А. Л. Любушина. Хотя А. А. Любушин имел клинический опыт по психиатрии (в течение нескольких лет он заведовал психиатрической больницей в Кзыл-Орде), основной его специальностью была фармакология, психиатрию он читал по совместительству.

В 1947 году место заведующего кафедрой психиатрии, после защиты докторской диссертации, занял Дмитрий Назарьевич Арутюнов (1896 - 1952). Он был воспитанником известнейшего психиатра А. И. Ющенко - одного из основоположников биохимического направления в психиатрии. Д. Н. Арутюнов приехал в Оренбург из Перми, где он работал в клинике Э. М. Зал-

кинди. В тяжёлое послевоенное время Д. Н. Арутюнов сумел организовать на кафедре биохимические исследования. Наряду с биохимическими работами (в частности, по обмену веществ при шизофрении, которые выполнял сам и тогдашний ординатор кафедры А. Б. Чёмный, с 1961 года ставший главным врачом психиатрической больницы), велись работы по клинике последствий травм головного мозга (клинический ординатор Л. А. Калинина).

После скоропостижной смерти Д. Н. Арутюнова (умер внезапно, закончив очередной рабочий день) в марте 1952 года кафедру возглавил известный советский психиатр, ученик В. М. Бехтерева Владимир Иванович Буторин (1904 - 1965). До переезда в Оренбург он работал в психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева (г. Ленинград).

Дмитрий Назарьевич Арутюнов (1896 - 1952)



Во время его работы в Оренбургском медицинском институте психиатрия преподавалась в виде курса с 11 практическими занятиями. Научные интересы В. И. Буторина были сосредоточены

(согласно тогдашним исследовательским приоритетам) вокруг патогенеза и нейродинамики эндогенных психозов, главным образом маниакально-депрессивного.



Владимир Иванович Буторин (1904 - 1965)

В его докторской диссертации (защищена в 1958 г.) обобщены серьёзные данные по клинике, электроэнцефалографии, биохимии этого заболевания. Под его руководством сотрудниками кафедры (Е. К. Гулянской, Н. Я. Дворкиной) и больницы велись клинические и клинико-патологические исследования психических расстройств при гипертонической болезни - Е. К. Гулянская, инфекционных процессах - Н. Я. Дворкина (обе они впоследствии по этим научным темам защитили кандидатские диссертации), шизофрении (Н. Я. Дворкина, А. Б. Чёмный), алкоголизме (Э. Э. Альтнер). В 1958 г., после защиты докторской диссертации, В. И. Буторин заведовал кафедрой психиатрии в Пермском мединституте, а в 1960 г. вернулся в г. Ленинград, заняв должность заведующего сектором психиатрии института физиологии им. И. П. Павлова.

С 1959 г. по 1983 г. кафедру психиатрии возглавлял виднейший советский психиатр, учёный с мировым именем Юлий Егидович Рахальский (1913 - 1990). Его 25-летнее заведование кафедрой сыграло основную роль в её становлении как учебного подразделения с новейшими технологиями преподавания, обучения, воспитания студентов, врачей-психиатров Оренбуржья, преподавателей не только кафедры, но и в определённой степени всего института. Ученик известного отечественного педагога, клинициста, профессора Б. Д. Фридмана и талантливого учёного, действительного члена АМН СССР, профессора М. О. Гуровича, он приехал к нам из Кишинёвского мединститута, где в течение нескольких лет работал ассистентом кафедры психиатрии, которой руководил видный советский психиатр, профессор А. Н. Молохов.



Юлий Егидович Рахальский (1913 - 1990)

В 1964 г. Ю. Е. Рахальский защищает докторскую диссертацию и получает звание профессора. С первых лет своей работы в Оренбургском мединституте он уделяет большое внимание учебно-методической работе вместе со своими сотрудниками (ассистентом И. В. Катариновой, а впоследствии ассистентами О. Н. Поморцевым, В. С. Григорьевских, В. Г. Будзой, А. Н. Минеевым).

Преподавание психиатрии было построено по строгой системе, основанной на психолого-педагогическом принципе П. Я. Гальперина (поэтапного действия с практической задачей в центре). Созданы методические пособия по преподаванию психиатрии и медпсихологии (преподавание последней введено в мединституте с 1964 г. - лекционный курс). С 1964 г. в распоряжение студентов предоставлялись стенограммы лекций по психиатрии, а с 1968 г. - печатное издание. Были составлены

методические рекомендации по идейно-методологической направленности преподавания с элементами медицинской психологии в преподавании различных медицинских дисциплин. Опыт учебно-методической работы обобщён профессором Ю. Е. Рахальским в статье «О преподавании психиатрии в вузе» (Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1968, т. 68, в. 2). Оптимизация преподавания велась в направлении чёткой интеграции со смежными дисциплинами, строго поэтапного программирования деятельности студента на практическом занятии, усовершенствования всех видов контроля с тестовыми заданиями различных уровней (от тестов на опознание до диагностической задачи). Для повышения наглядности обучения были созданы учебные фильмы, магнитофонные записи бесед с больными. С целью контроля усвоения лекционного материала были подготовлены про-

.....

стейшие тесты на опознание, которые выполняли студенты в конце каждой лекции. С 1965 г. коллективом кафедры введена практика самостоятельной работы студентов во внеучебное время. На кафедре разрабатывались вопросы психологии медицинского образования, которые обобщены в ряде работ коллектива кафедры, в том числе и в журнале «Здравоохранение Российской Федерации» (1984, в. 4). Талантливый педагог профессор Ю. Е. Рахальский в течение 16 лет возглавлял методическую работу в Оренбургском медицинском институте. Им изданы рекомендации по деонтологии в преподавании (1980), методике чтения лекций, их контролю (1982). Возглавляемая Ю. Е. Рахальским Центральная методическая комиссия мединститута проводила огромную целенаправленную работу по оптимизации и совершенствованию преподавания, которая привела к заметному повышению организационного и методического уровня учебно-воспитательного процесса в вузе. Усилиями профессора Ю. Е. Рахальского была внедрена (по крайней мере, на кафедре психиатрии) важнейшая, составляющая модель специалиста, сфера контроля (стоявшая несколько в стороне от утвердившихся методов) - культуры и общей образованности, мировоззренческой, этической, эстетической, гражданской зрелости будущего врача.

Коллективом кафедры проводилась активная лечебная работа. Ассистенты кафедры, ординаторы, аспиранты вели определённое количество больных в различных отделениях базового лечебного учреждения - областной психиатрической больницы (единственной в области до 1970 г.).

Регулярно (еженедельно) проводились консультации больных профессором Ю. Е. Рахальским, ассистентами И. В. Катариновой, В. С. Григорьевских в отделениях стационара и диспансере.

Ю. Е. Рахальским совместно с администрацией больницы ежемесячно проводились клинические конференции и заседания областного филиала Российского общества невропатологов и психиатров. Разрабатывались и широко внедрялись современные (соответственно времени) методы диагностики и лечения (электросудорожная терапия, фармакотерапия, патопсихологическая диагностика). Ассистенты кафедры в диагностическом и лечебном плане курировали психиатрическую службу различных районов области, а после организации в области дополнительных 2-х областных психиатрических больниц - и эти больницы. Оказывалась консультативная помощь различным лечебно-профилактическим учреждениям города. Проводились выездные клинические конференции в Орской психиатрической больнице (областной психиатрической больнице №3) Деятельность кафедры во главе с Ю. Е. Рахальским по подготовке и совершенствованию врачебных кадров заключалась в проведении первичной специализации по психиатрии и психотерапии врачей, а с открытием института последипломной подготовки - врачей-интернов. Осуществлялось обучение врачей в очной и заочно-очной ординатуре. Значительную роль в усовершенствовании профессиональных знаний врачей играли клинические семинары по актуальным вопросам психиатрии и наркологии проводимые в 1 и 2-й областных психиатрических больницах как Ю. Е. Рахальским, так и его ассистентами.

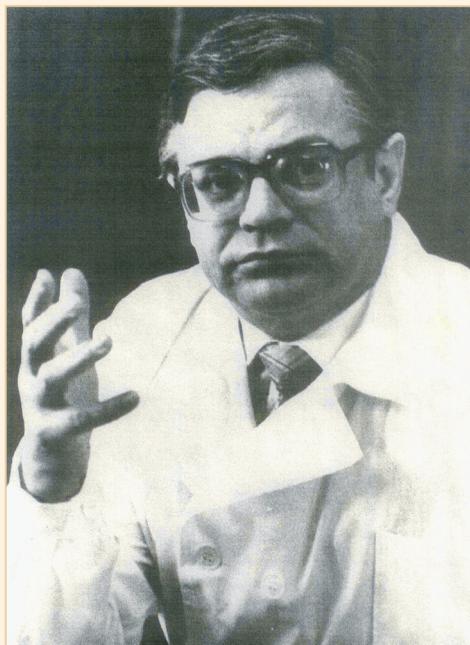
Научная работа кафедрального коллектива и врачей обеих областных психиатрических больниц была посвящена, главным образом, вопросам клиники, диагностики, терапии геронтопсихиатрических заболеваний. Впервые в отечественной психиатрии изучалось всё многообразие психических нарушений у больных с атеросклеротическим поражением сосудов головного мозга (как ранних, так и при более выраженном процессе).

Выделены и систематизированы формы атеросклероза, протекающие с симптоматикой, сходной с психопатологией других органических поражений мозга в позднем возрасте (докторская диссертация Ю. Е. Рахальского, 1964). Разрабатывались вопросы дифференциальной диагностики синдромов при различной органической патологии у пожилых больных, особенности клиники, течения неорганических заболеваний у больных позднего возраста. В 1964 г. вышел первый сборник трудов Оренбургских психиатров, составлен-

ный вместе с невропатологами, «Атеросклероз и расстройства кровообращения в головном мозгу»; в 1970 г. издан самостоятельный тематический сборник статей врачей двух психиатрических больниц и кафедры «Психопатология позднего возраста. Шизофрения». Впоследствии (1972) изданы ещё 2 сборника работ, посвящённых вопросам клиники и терапии психических заболеваний позднего возраста. Под руководством Ю. Е. Рахальского выполнено 8 кандидатских диссертаций, из них сотрудниками кафедры защищены 4 (В. С. Григорьевских, 1969; В. Г. Будза, 1973; А. Н. Минеев, 1976; В. Ф. Друзь, 1986) и две докторских диссертации (В. Г. Будза, 1990; В. С. Григорьевских, 1992 - после смерти Ю. Е. Рахальского).

В 1983 году в результате тяжёлой болезни профессор Ю. Е. Рахальский оставляет преподавательскую деятельность и кафедру, возглавил его ученик - доцент В. С. Григорьевских (1939 - 1998).

Владимир Степанович Григорьевских (1939 - 1998)



Достойный продолжатель учебно-методического опыта Ю. Е. Рахальского, являясь хорошим педагогом и авторитетным клиницистом, В. С. Григорьевских широко разворачивает психотерапевтическую работу в больнице. Под его руководством защищено 2 кандидатских диссертации (И. Б. Трегубов, 1987; Р. Е. Фунин, 1997), посвящённых вопросам диагностики и лечения некоторых разновидностей возрастных пограничных состояний, разрабатывались проблемы терапевтического воздействия гипобарической оксигенации на невротические расстройства.

В 1988 году В. С. Григорьевских переехал в г. Челябинск, где возглавил кафедру психиатрии Челябинского мединститута, защитил докторскую диссертацию (1992) и получил звание профессора (1993).

С 1988 года заведующим кафедрой психиатрии становится доцент В. Г. Будза. В 1990 г. он защищает докторскую диссертацию и получает звание профессора. Основываясь

на принципиальных подходах к учебно-преподавательской деятельности, введенных профессором Ю. Е. Рахальским, в связи с требованиями нового учебного плана (1990) в значительной степени изменены рабочие программы: уделено большее внимание симптоматическим психозам, наркоманиям, олигофрениям, психическим болезням позднего возраста; проводятся семинары по психофармакологии, психотерапии, деонтологии, реабилитации психически больных и организации психиатрической помощи, согласно положениям принятого в 1992 г. закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». В связи с социально-экономическими преобразованиями в России серьёзной коррекции подвергнуты лекционное преподавание и экзаменационные вопросы с деполитизацией отдельных проблем психологии и психиатрии. В 2007 - 2010 гг. изданы новые руководства к практическим занятиям по психиатрии и медпсихологии для преподавателей

(8 руководств) и студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического, стоматологического факультетов, факультетов высшего сестринского образования, клинической психологии, к элективным занятиям по геронтопсихиатрии студентов 6-го курса лечебного факультета.

С 1990 - 1991 учебного года преподавание медицинской психологии ведётся не только на лекционном курсе, но и на практических занятиях, в результате чего разработаны методические указания к практическим занятиям по медицинской психологии для студентов лечебного, педиатрического, ме-

дико-профилактического факультетов. В 2000 году опубликованы в компьютерном варианте методические рекомендации к лекционному курсу по медицинской психологии. Значительное внимание было уделено совершенствованию итогового контроля подготовки по предмету студентов (после прохождения цикла занятий), интернов и ординаторов кафедры с помощью тестовых заданий, банк которых возрос до 500 тестов. В 2008 году с грифом учебно-методического объединения (УМО РФ) издано «Руководство к практическим занятиям по психиатрии для студентов 5-го курса лечебного факультета».



Сотрудники кафедры 2000 г.:

ассистент, к.м.н. Чалая Е. Б., ассистент, к.м.н. Бабин С. М., ст. лаборант Задыханова А. И., доцент, к.м.н. Друзь В. Ф., кл. орд. Антохин Е. Ю., ассистент, к.м.н. Медведев В. А., зав. каф., профессор, д.м.н. Будза В. Г., ассистент Отмахов А. П.

.....

В лечебной работе значительно возрос масштаб консультативной помощи, осуществляемой всеми сотрудниками кафедры, имеющими учёную степень. В настоящее время базовым учреждением кафедры является Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1 на 450 коек. Все 10 отделений больницы (в том числе диспансерное, отделение первого психотического эпизода, отделение невротоз) курируются сотрудниками кафедры с ведением больных и оказанием консультативной помощи в диагностически сложных случаях. Профессор и доцент кафедры регулярно проводят консультации в диспансерном отделении мощностью до 200 посещений. Кафедра регулярно принимает участие в обсуждении актуальных вопросов развития здравоохранения области на больничных советах, коллегиях Минздрава Оренбургской области, научных обществах. В последние 10-летия основными направлениями работы кафедры совместно с органами практического здра-

воохранения являлись: организация квалифицированной геронтопсихиатрической помощи (организована работа трёх специализированных геронтопсихиатрических кабинетов в психоневрологическом диспансере - соответственно 3-м основным районам города); усовершенствование методов лечения психически больных с помощью применения современных (атипичных) антипсихотиков и антидепрессантов нового поколения; внедрение новой международной классификации психических болезней (МКБ-10) и рациональное использование её в клинической диагностике; разработка диагностических критериев и ведение больных с психическими расстройствами при органических деменциях позднего возраста. Доминирующей тенденцией в работе кафедры совместно с администрацией больницы являлась организация бригадной помощи психически больным, осуществляемая психиатром, психотерапевтом, психологом и социальным работником.



Сотрудники кафедры 2012 г.:

*доцент, к.м.н. Бомов П.О.; доцент, к.м.н. Друзь В.Ф.;
ассистент, к.м.н. Чалая Е.Б., доцент, к.м.н. Антохин Е.Ю.,
ассистент, к.м.н. Воронина Е.О., ст. лаборант Задыханова А.И.,
Заслуженный врач РФ, зав. каф. профессор, д.м.н. Будза В.Г.*

Подготовка врачебных кадров для города и области осуществляется через клиническую ординатуру. Ежегодно кафедрой после окончания клинической ординатуры выпускается 2 - 3 врача-психиатра. Значительную роль в повышении профессиональных знаний практических врачей (кроме консультаций) играют регулярно проводимые (ежемесячно) клинические конференции с подробным литературным разбором тех или иных вопросов клинической диагностики, а также проводимые один раз в 2 месяца заседания общества психиатров города, председателем которого является заведующий кафедрой психиатрии, профессор В. Г. Будза. Заседания общества посвящаются наиболее актуальным проблемам клиники, диагнос-

тики и лечения психически больных как разработанные другими научными учреждениями, так и собственно кафедрой психиатрии ОрГМА. Особый акцент в последнее десятилетие сделан на внедрение методов, направленных на профилактику, диагностику и лечение больных позднего возраста, с пограничными психическими расстройствами, с первыми психотическими эпизодами в рамках шизофрении и маниакально-депрессивного заболевания. Ежегодно с органами здравоохранения и администрацией больницы проводятся выездные циклы усовершенствования врачей и семинары с участием ведущих специалистов России и зарубежья по судебной, детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.

Владимир Георгиевич Будза

**Зав. кафедрой с 1988 года
по настоящее время -
Заслуженный врач РФ,
д. м. н., профессор**



Родился 24 ноября 1942 года в Оренбургской области.

Окончил в 1965 году Оренбургский государственный медицинский институт. После его окончания работал в практическом здравоохранении. С 1968 по 1970 годы учился в клинической ординатуре при кафедре психиатрии, которую возглавлял видный отечественный психиатр Ю. Е. Рахальский. После ординатуры, работая главным врачом Оренбургской областной психиатрической больницы № 2, одновременно окончил аспирантуру и в 1973 году защитил кандидатскую диссертацию «О клинико-психопатологическом стереотипе болезней Пика и Альцгеймера». С 1973 года работал ассистентом кафедры, с 1988 года и по настоящее время заведует кафедрой психиатрии и медицинской психологии.

Клинический опыт, большая эрудиция и творческая активность позволяют В. Г. Будзе успешно разрабатывать различные проблемы психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.

Он является автором более 150 научных работ, в том числе пяти монографий, в которых освещались вопросы ранней диагностики органических психозов позднего возраста, нейропсихологической диагностики деменций позднего возраста, клинико-психопатологического подхода в исследовании пограничных психических заболеваний, социальной адаптации и реабилитации больных.

Главным направлением научных изысканий В. Г. Будзы является клиническая геронтопсихиатрия. Его докторская диссертация (1990) посвящена диагностике сенильной деменции. Ряд работ касается клиники и лечения пограничных состояний у пожилых больных, клинико-психопатологических и патогенетических аспектов психотических синдромов при органических деменциях позднего возраста. Он является лауреатом премии им. В. П. Протопопова (1989).

В течение многих лет В. Г. Будза является научным руководителем

Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 1. Талантливый клиницист, Заслуженный врач РФ, он много времени уделяет подготовке кадров врачей-психиатров, руководит научной работой практических врачей. Под его руководством вы-

полнены 8 кандидатских диссертаций. В. Г. Будза является председателем Правления Оренбургского отделения Российского общества психиатров и членом Правления Российского общества психиатров.

**МАТЕРИАЛЫ РОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ОРЕНБУРГСКАЯ ПСИХИАТРИЯ
НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ»,
22 - 23 НОЯБРЯ 2012 ГОДА
ОРЕНБУРГ**

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ И ДИСКИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Абрамова Т. А.

ГБУЗ «ООКБ № 1», ММУЗ «КБВЛ», г. Оренбург, Россия

По данным J. Kesselring, U. Klement (2001), психологические аспекты рассеянного склероза и дисциркуляторной энцефалопатии (в том числе эмоциональные нарушения) чаще причиняют больше страданий, чем физические нарушения. Они не только ускоряют, но и значительно усугубляют инвалидизацию. Однако данная проблема изучена недостаточно, что затрудняет определение мишеней психокоррекционного воздействия.

Целью нашего исследования является: изучение нейропсихологических характеристик эмоциональных нарушений у больных рассеянным склерозом и дисциркуляторной энцефалопатией.

Основная выборка - больные церебральной и цереброспинальной формой рассеянного склероза, ремитирующее течение, в состоянии неполной ремиссии, находящиеся на стационарном лечении в ГБУЗ «ООКБ», - составила 30 человек (10 мужчин и 20 женщин); длительность заболевания - 13 - 15 лет; праворукие; в возрасте от 48 до 61 года, средний возраст - 51 год \pm 9 лет; по данным КТ и МРТ: преимущественная локализация очагов демиелинизации отмечается в перивентрикулярных зонах головного мозга, субкортикальных отделах, лобных и височных долях полушарий. Контрольная группа - больные дисциркуляторной энцефалопатией II А стадии, лакунарный вариант, медленное течение, также составила

30 человек (11 мужчин и 19 женщин); длительность заболевания - 10 - 13 лет; праворукие; в количестве 30 человек (11 мужчин и 19 женщин); в возрасте от 53 до 67 лет, средний возраст - 57 лет \pm 10 лет; по данным МРТ: лейкоареоз в перивентрикулярных зонах, тип пятнистый, частично сливающийся субкортикальный, ширина - 10 - 11 мм; лакуны в лобных и височных долях - число 3 - 5; территориальные инфаркты - число до 2, диаметр - 10 - 15 мм.

На момент исследования с больными обеих групп не проводилось активной терапии глюкокортикоидами и другими лекарственными препаратами, влияющими на изменения эмоциональной сферы. Две выборки также сопоставимы между собой по социально-демографическим параметрам (в том числе по возрастным диапазонам статистически значимых различий не обнаружено: U-критерий - $p = 0$).

При исследовании были использованы следующие методы и методики:

1) Клинико-психологические методы (сбор анамнестических данных, наблюдение, беседа).

2) Нейропсихологические методы исследования эмоций, предложенные Е. Д. Хомской и Н. Я. Батовой: оценка эмоционального выражения лиц на фотографиях методом «выбора из списка»; метод ранжирования эмоциональных состояний, изображенных на картинке; проективная

.....

методика, заключающаяся в оценке выбора фотографий эмоционального выражения лиц испытуемым; методика Т. Дембо, разработанная в лаборатории А. Е. Ольшанниковой, 1977 г.

3) Дополнительные психометрические методы (методика оценки «эмоционального интеллекта» Н. Холла; самооценочный тест «Характеристики эмоциональности» Е. П. Ильина).

4) Методы статистической обработки данных: U-критерий Манна - Уитни.

Кроме вышеуказанных методов, с больными проводилось общее нейропсихологическое исследование по «Схеме нейропсихологического исследования» А. Р. Лурии, направленное на квалификацию синдрома. Также нами использовались заключения инструментальных методов: КТ и МРТ.

Полученные в ходе сравнительного нейропсихологического анализа данные и результаты инструментального исследования подтверждают наличие особенностей эмоциональных нарушений у больных рассеянным склерозом и дисциркуляторной энцефалопатией, во многом обусловленных преимущественной локализацией очагов (демиелинизации/ишемии) в структурах головного мозга. При поражении лобных долей отмечается 3 уровня эмоциональных нарушений: эмоциональных реакций, эмоционального фона /правое полушарие - гипертимия, эйфория;

левое - гипотимия, депрессия/ и эмоциональных свойств. У больных с локализацией крупных очагов в субкортикальных и глубоких отделах лобных долей нарушается способность осознавать и понимать собственные эмоции или эмоции других людей. У больных с преимущественной локализацией очагов в перивентрикулярных зонах (70% больных ДЭ) отмечаются повышение эмоциональной возбудимости и интенсивности эмоций, а также высокие показатели отрицательного влияния эмоций на эффективность деятельности и общение, что обусловлено нарушением связей между лобной корой и лимбической системой («феномен разобщения»), следствием которого является вторичная дисфункция лобной коры и ослабление её тормозящего влияния на лимбическую систему. Поражение глубоких структур височных долей - лимбико-ретикулярного комплекса - приводит к снижению эмоциональной возбудимости, интенсивности и длительности эмоций. Локализация крупных очагов в теменно-затылочных отделах головного мозга влечёт за собой нарушение эмоционального гнозиса.

Данные проведённого исследования позволяют в короткие сроки определить мишени психокоррекционных воздействий, направленных на восстановление или компенсацию утраченных эмоциональных функций.

Литература

1. Kesselring, J. *Cognitive and affective disturbances in multiple sclerosis* / J. Kesselring, U. Klement // *J Neurol.* - 2001. - 248. - 3. - P. 180-183.
2. Ильин, Е. П. *Эмоции и чувства* / Е. П. Ильин. - СПб: Питер, 2001. - 752 с.: ил. - (Серия «Мастера психологии»).
3. Лурия, А. Р. *Высшие корковые функции человека* / А. Р. Лурия. - М.: Из-во МГУ, 1969.
4. Хомская Е. Д. *Мозг и эмоции (нейропсихологическое исследование)* / Е. Д. Хомская, Н. Я. Батова. - М.: Изд-во МГУ, 1992. - С. 6-67.
5. Яхно, Н. Н. *Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии* / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров // *Русский медицинский журнал.* - 2002. - Т. 10. - № 12 - 13. - С. 539-542.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ - МЕТОД ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Бобкова Е. Н., Ивашиненко Д. М., Кузько Ю. Н.

*«Тульская областная клиническая психиатрическая больница № 1
им. Н. П. Каменева»*

Под транскраниальной электростимуляцией (ТЭС) мы понимаем неинвазивное электрическое воздействие на организм человека, избирательно активирующее защитные (антиноцицептивные) механизмы мозга в подкорковых структурах, работа которых осуществляется с участием эндорфинов и серотонина как нейротрансмиттеров и нейромодуляторов.

Метод ТЭС-терапии разработан около 20 лет назад в Институте физиологии им. И. П. Павлова Российской академии наук группой ученых под руководством доктора медицинских наук, профессора, академика Российской академии естественных наук и академии медико-технических наук, лауреата Государственной премии СССР В. П. Лебедева с применением принципов доказательной медицины.

За период экспериментально-научных исследований и клинической практики были установлены и систематизированы основные эффекты ТЭС-терапии, определяющие показания к ее применению:

- эффективное обезболивание, независимо от причин болевого синдрома и его локализации (миалгии, невралгии, травматические, соматические, головные боли и др.), даже в тех случаях, когда медикаментозное лечение оказывается неэффективным;
- улучшение психофизиологического статуса больного, антистрессорный и антидепрессивный эффекты, повышение работоспособности, нормализация сна, снижение утомляемости, повышение качества жизни;
- ускорение репаративной регенерации всех видов тканей при повреждениях различного генеза (в том числе дефектов кожи, слизистых желудочно-кишечного тракта, гепатоцитов, периферических нервов, соединительной ткани);
- нормализация процессов вегетативной регуляции, сосудистого тонуса, артериального давления;
- стимуляция иммунитета;
- торможение роста опухолей;
- купирование абстинентного синдрома, устранение постабстинентных аффективных нарушений при лечении алкоголизма, наркомании, устранение патологического влечения к алкоголю и наркотикам;
- противовоспалительный и противоаллергический эффекты;
- нормализация аппетита, массы тела, гормональной регуляции;
- улучшение памяти и других функций мозга [1].

Аппараты для ТЭС-терапии типа «трансаир» предназначены для селективной электростимуляции защитных механизмов мозга с учетом квазирезонансных свойств этих структур мозга.

В соответствии с этим общей особенностью всех типов аппаратов являются запрограммированные характеристики импульсного электровоздействия (форма, частота, длительность импульсов). Отдельные модели аппаратов адаптированы к разным условиям применения - клинического, стационарного, поликлинического, полевого и домашнего. Они различаются лечебными возмож-

ностями, уровнем сервисных функций, сохраняя главный принцип работы [4].

В настоящее время метод ТЭС-терапии является общепризнанным. Это первый метод, в отношении которого доказана его способность неинвазивно, селективно и строго дозировано управлять работой ЭОП, что открывает широкие перспективы его дальнейшего применения.

Литература

1. Лебедев, В. П. Транскраниальная электростимуляция: новый подход (экспериментально-клиническое обоснование и аппаратура) / В. П. Лебедев // Мед. техника. - 1997. - N 4. - С. 7-13.
2. Joy, M. L. G. Imaging of current density and current pathways in rabbit brain during transcranial electrostimulation / Joy M. L. G., Lebedev V. P., Gati J. S. // Trans. Biomed. Engineer. - 1999. - V. 46. - N 9. - P. 1139-1149.
3. Lebedev, V. P. Non-invasive transcranial electrostimulation (TES) of the brain antinociceptive system (ANS) as method of FES: an overview. 5th Annu Conference of the International Functional Electrical Stimulation Society Denmark, Aalborg / Lebedev V. P. - 2000. - P. 123-127.
4. Лебедев, В. П. Разработка и внедрение в клиническую практику нового метода транскраниальной электростимуляции (ТЭС-терапия) / В. П. Лебедев, А. В. Малыгин. - Вестн. С.-З. отд. Акад. медико-технич. наук. Ред. Анцев Г. В. - СПб: Агентство РДК Принт, 2002. - С. 134-141.
5. Сборник тезисов докладов научно-практической конференции «Актуальные проблемы ТЭС-терапии». Санкт-Петербург, 20-21 ноября 2008 г.

СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Бомов П. О., Будза В. Г., Дворниченко М. В., Шпилова А. А.
ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава Российской Федерации

В общей популяции отмечается стремительный рост депрессивных расстройств (Краснов В. Н., 2011). Их распространенность порождает ряд серьезных медицинских и социальных проблем: повышенную смертность, вторичную болезненность, высокие экономические затраты, связанные с лечением и инвалидизацией.

Изучение поздневозрастного аспекта депрессивной патологии представляет одно из ведущих направлений исследований в современной психиатрии (Пятницкий А. Н., 1991). Это обусловлено в первую очередь увеличением доли лиц старших возрастных групп в развитых странах, в том числе и в России, где люди пожилого и старческого возраста составляют около 20% населения (Дыскин А. А., Танюхина З. И., 1996). Результаты эпидемиологических исследований депрессивных расстройств в позднем возрасте оказались весьма противоречивыми. Согласно A. S. Henderson (1994), в различных публикациях распространенность поздних депрессий варьирует от 5 до 44%. Такое расхождение объясняется как трудностями дифференциальной диагностики, так и разными диагностическими подходами исследователей. Результаты ряда клинических исследований (Cohen C. J. et al., 1988) показали, что в психопатологической модификации и исходах поздних депрессий особую

роль играет как собственно старение (общесоматическое, мозговое, психическое), так и закономерно сопутствующее ему нарастание так называемых факторов риска (различные соматогенные и психогенные вредности).

Цель исследования: выявить клинико-социальные аспекты у больных с депрессивными расстройствами различной нозологической принадлежности, которые впервые возникли в позднем возрасте (после 45 лет).

Материал и методы исследования. В исследование были включены 28 пациентов в возрасте от 45 до 56 лет с дебютом депрессивного синдрома в возрасте от 45 до 53 лет. Из них женщин было 78%, мужчин - 22%. Длительность заболевания у больных была от 5 до 20 лет. Все пациенты обследовались дважды: при поступлении и после купирования основных психопатологических расстройств. Для обследования больных использовали клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-социальный методы, а также шкалу Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression, 1960) для оценки депрессии.

Анализ результатов проведенного нами исследования показал значительное преобладание пациентов женского пола над мужским, что не противоречит данным литературы. 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 3 пациенток зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. У 6 пациентов были зафиксированы бредовые идеи депрессивного содержания (самообвинения, самоуничтожения, ипохондрический бред), что свидетельствовало о выраженности депрессивного синдрома. Около 87% обследованных больных имели высшее или средне-специальное образование. Почти 1/3 больных проживали одни, несмотря на то, что все имели близких или дальних родственников, 56% пациентов, находясь в официально зарегистрированном браке, проживали в одиночестве. Все эти больные состояли на учете в службе социальной защиты населения. Подавляющее большинство больных (87%) имели на момент об-

следования вторую или третью группу инвалидности, которые были обусловлены в том числе и неблагоприятным течением заболевания (склонность депрессивных фаз к затяжному течению с сокращением светлых промежутков, сохранением депрессивных резидуальных симптомов в межфазные периоды или по минованию единственного депрессивного эпизода, учащение депрессивных фаз и сокращению продолжительности циклов вследствие укорочения длительности ремиссий).

Указанные клиничко-социальные особенности пациентов с позднеговозрастными депрессиями помогут, на наш взгляд, более квалифицированно осуществлять как психофармакологические, так и психосоциальные вмешательства, что приведет к сокращению срока пребывания больных в стационаре и будет способствовать процессам ресоциализации и реадaptации.

Литература

1. Дыскин, А. А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. Руководство для подготовки соц. работников / А. А. Дыскин, Э. И. Танюхина. - М.: Логос, 1996. - 224 с.
2. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. - М.: Практическая медицина, 2011. - 432 с.
3. Пятницкий, А. Н. Депрессии старческого возраста и соматический фактор. Геронтопсихиатрия на рубеже XXI века / А. Н. Пятницкий. - М., 1997. - С. 52-53.
4. Cohen, C. J. et al. The role of labelling processes in the assesmentof geriatric depression // *Int. J. Geriatr. Psychiat.* - 1988. - Vol. 3. - № 3. - P. 209 - 217.
5. Henderson, A. S. Psychiatric epidemiology and the elderly // *Int. J. Geriatr. Psychiat.* - 1994. - Vol. 4. - № 5. - P. 249 - 255.

ПСЕВДОРГАНИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ

Бомов П. О.,¹ Городошникова И. В.,² Горина В. В.,² Можаяева Н. И.²

¹ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

Минздрава Российской Федерации,

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

В связи с отчетливыми изменениями возрастного состава общего населения в сторону старших возрастных групп и, по-видимому, связанным с этим нарастанием доли психически больных пожилого и старческого возраста изучение гериатрических аспектов психиатрии становится все более важной и необходимой задачей. Вторым по распространенности типом дефекта, у больных поздней шизофренией после апато-абулического является псевдоорганический (Акимова Е. В., 2005; Бомов П. О., 2007). Учитывая возраст обследуемых больных (после 45 лет), распространенность данного дефекта нам представляется актуальным его изучение с позиций дальнейшей реабилитации этого контингента психически больных.

Целью исследования стало выявление особенностей нарушений высших психических функций у больных шизофренией с поздним дебютом с псевдоорганическим типом дефектного состояния.

Обследованы 25 пациентов обоего пола (22 женщины и 3 мужчин) в возрасте от 45 до 60 лет с длительностью процесса от 2 до 10 лет, которые страдали параноидной или кататонической формами шизофрении с непрерывным или приступообразным типами течения. На момент обследования у всех больных отсутствовала какая-либо продуктивная психопатологическая

симптоматика (состояние стойкой или нестойкой ремиссии), дефицитарные расстройства были легкой (5 больных), умеренной (12 пациентов) и тяжелой (8 больных) степеней. Использовались клинико-психопатологический, патопсихологический и нейропсихологический методы. Оценка состояния высших психических функций проводилась с использованием Шкалы оценки когнитивных процессов (Филатова Т. В., 2000), представляющей батарею методик, основанных на разработках А. Р. Лурия (1962), и методик для всесторонней нейропсихологической диагностики (Бизюк А. П., 2005), сгруппированных для оценки основных когнитивных функций: речи, слухоречевой и зрительной памяти, праксиса (произвольных движений), зрительно-оптико-пространственного, акустического невербального и тактильного гнозиса, мышления, нейродинамики и произвольной регуляции деятельности.

Преобладали нарушения со стороны ассоциативной и эмоциональной сфер, несколько в меньшей степени была выявлена заинтересованность волевой сферы. У 63,6% этих пациентов симптомы соответствовали второму рангу, у остальных глубина расстройств достигала третьего ранга. При нейропсихологическом исследовании нарушения высших психических функций отличались генерализованностью, грубы-

.....

ми регуляторными расстройствами. У 100% больных обнаруживались признаки дисфункции конвекситальных отделов (теменно-затылочных и височных) с преобладанием левополушарной патологии. Нейропсихологическое исследование позволило установить, что данный симптомокомплекс возникает при поражении префронтальных конвекситальных образований лобных долей и подкорковых ганглиев в сочетании с дисфункцией конвекситальных теменно-затылочных и височных отделов мозга. Было установлено, что

уже после первого затяжного приступа у больных поздней шизофренией возможно выявить клинические признаки данного дефектного состояния.

Полученные данные об особенностях проявлений дефекта личности псевдоорганического типа у больных поздней шизофренией позволяют более точно квалифицировать дефицитарные проявления данного контингента пациентов, что, в свою очередь, способствуют оптимизации методов психосоциальной реабилитации.

Литература

1. Акимова, Е. В. Характеристика высших психических функций и неврологических расстройств у больных с дефицитарными состояниями при шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Нижний Новгород, 2005.
2. Бизюк, А. П. Компендиум методов нейропсихологического исследования / А. П. Бизюк. - СПб.: Речь, 2005. - 400 с.
3. Бомов, П. О. Дефицитарные расстройства у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте (клинико-нейропсихологический и реабилитационный аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Оренбург, 2007. - 24с.
4. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека / А. Р. Лурия. - М.: изд-во МГУ, 1962. - 432 с.
5. Филатова, Т. В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с ювенильной астенической несостоятельностью (нейропсихологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 24 с.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД И ЗНАЧЕНИЕ КРИТЕРИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ДЛЯ ДЕПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Борисов И. В.

ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава РФ

Проблема ранней профилактики самоубийств является одновременно и наиболее актуальной, и вечной не только для суицидологов. Если анализировать статистику суицидов и парасуицидов в наиболее уязвимых группах (подростки, студенты вузов, пожилые люди), можно предположить, что ценностные проблемы и техногенные мутации многих сторон повседневности коррелируют с уровнем аутоагрессии.

Целью работы был поиск взаимосвязей между аспектами ценностно-смыслового выбора пациентов и современными особенностями депрессивных расстройств невротического регистра.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе Московского НИИ психиатрии. Материалом исследования стали 28 человек, 14 мужчин и 14 женщин в возрасте от 18 до 60 лет, страдавшие разнообразными вариантами «пограничных» депрессий (F43.2, F34.1). Все вышеуказанные случаи были осложнены обсессивно-фобической, компульсивной симптоматикой, аддиктивным поведением - алкогольной, нехимической зависимостью (гэмблинг, Интернет) и зависимостью от близких. Все пациенты переживали антивитальные настроения и мысли, а прямые суицидальные намерения в настоящем отрицали. В качестве методов исследования использовались клинический и экспериментально-психологический, включавший: самооценочные шкалы депрессивных состояний

и тревоги Zung, «Тест смысло-жизненных ориентаций» Леонтьева Д. А., методики «Ценностные ориентации» Rokeach M. и «Диагностика уровня субъективного ощущения одиночества» Russel D. - Ferguson M. Тестирование применялось в начале и в конце терапии.

Нами использовано интегральное решение: после 1 - 5 индивидуальных консультаций (по 40 - 90 минут) пациент включался в психотерапевтическую группу, предполагавшую до 20 сессий (90 - 120 минут, 1 - 2 раза в неделю). Такие групповые занятия проводились для 4 - 8 человек в клиент-центрированной манере. В дискуссии использовалось спонтанно возникавшее или тематически инициируемое обсуждение экзистенциальных проблем: смысла и супрасмысла [3], свободы выбора и ответственности, стремления к любви в ее онтологическом измерении, простой потребности быть близким и страха, обусловленного опытом эмоциональных деприваций. Апробирован следующий алгоритм психотерапии. На I этапе - индивидуального консультирования - определяется субъективное представление пациента о своей жизненной ситуации, мотивах суицидальной попытки. Формируется логогностическая, основанная на поиске смысла, модель взаимодействия. В качестве вспомогательного материала используются методики Rokeach, Леонтьева. II этап, продолжающийся в психотерапевти-

.....

ческой группе, состоит в прояснении и формулировании суицидогенной ценностно-смысловой дисгармонии. Более осознанно намечаются цели терапии. На III этапе осуществляется проработка этиопатогенетически значимого ценностно-смыслового конфликта.

Пример начала группового сеанса. Психотерапевт предлагает поговорить о смыслах и ценностях, которые находит или может найти в своей ситуации каждый участник, или об увлечениях, мечтах, относимых им к прошлому. Участники группы вместе пробуют размышлять, насколько опора на актуальные или возвращение к прежним смыслам могут помочь быть «стойкими».

Результаты и обсуждение. Методика Rokeach показывает, что сначала в списке терминальных ценностей доминировали «Общественное признание», «Здоровье», «Уверенность в себе», а в списке инструментальных - «Непримиримость к недостаткам», «Самоконтроль», «Высокие запросы». После терапии ситуация изменилась: высокие позиции чаще занимали ценности-цели «Жизненная мудрость», «Развитие», «Познание» и ценности-средства «Терпимость», «Ответственность», «Рационализм», «Чуткость», «Чувство юмора». В начале психотерапии уровень депрессии по шкале Zung составлял в среднем 65,50. К окончанию лечения средний показатель ZDS уменьшился до 39,9 ($p < 0,05$). Аналогичную динамику показывают и средние значения уровня тревоги ZARS: средний показатель индекса тревоги перед началом терапии составлял 0,74, а после ее завершения - 0,40. Уровень факторов «Теста смысловых ориентаций» для критериев осмысленности и внутреннего локуса контроля: «Цель в жизни» (цель - будущее), «Интерес и эмоциональная

насыщенность» (процесс - настоящее), «Удовлетворенность самореализацией» (результат - прошлое), «Я - хозяин жизни», «Управляемость жизни» - возрос. Средний показатель субъективного уровня одиночества по результатам методики Рассела - Фергюсона уменьшился с 51 до 32 баллов.

Жизнестойкость (hardiness, resilience) [2] как личная смелость и способность к реадaptации была одной из тем, собиравших воедино круг участников во время энкаунтера и всю последовательность встреч. Пациенты отзывались на словосочетание «жизненная стойкость» и стремились найти его примеры в собственном опыте или судьбе близких. Люди, впервые столкнувшиеся со смертью значимого другого, насилием, разводом, потерей работы, говорили о том, что понимание своей ситуации, как уже близкой кому-то, снимает ощущение изоляции, учит принимать обстоятельства и людей такими, какие они есть, прибавляет сил. Пациенты делились уникальным опытом совладания с травматическими событиями. Один из участников тяжело переживал смерть жены. Перебирая книги, он наткнулся на сочинение Т. С. Элиота «Ash Wednesday». Издание содержало, кроме перевода, и авторский английский текст. Больной заново открыл его для себя и словно вступил в диалог с поэтом. С этого момента началось освобождение от депрессии.

Заключение. Начальные формы суицидального поведения - предиспозиции пресуицида - развиваются латентно, под спудом хронического стресса и психосоциальной дезадаптации. Тревожным сигналом может быть антивитаальный синдром, выражающийся в утрате интересов, девальвации самой мотивационной способности, негатив-

ном отношении к жизни [1]. Похожие признаки приводят Frankl V., Langle A. при описании состояния «экзистенциального вакуума» [3]. Вновь, подобно эпохе написания «Allgemeine Psychopathologie», индивид оказывается в непосредственном переживании «границ» бытия [4], хайдеггеровской «вброшенности в мир». Усиливаются

«фундаментальные беспокойства» [5]. Зачастую пациенты и формулируют свои трудности онтологически: «Я не знаю, для чего я живу...», «Я хочу найти себя...». Их потребность в осмысленности, их поиск - имплицитно конфликтный - этически приемлемых целей трудно игнорировать клиницисту.

Литература

1. Амбрумова, А. Г. Предупреждение самоубийств / А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, А. С. Михлин. - М.: Издательство Академии МВД СССР, 1980. - 163 с.
2. Гурович, И. Я. К вопросу о значении понятия жизнестойкости в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия, 2010. - N 3. - С. 81-85.
3. Лэнгле, А. Дотянуться до жизни... Экзистенциальный анализ депрессий / А. Лэнгле. Пер. с нем. Предисловие А.С. Баранникова. - М.: Генезис, 2010. - 128 с.: ил.
4. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. Пер. с немецкого - Л. О. Акоюн. - М.: Практика, 1997. - 1056 с.
5. Yalom, I. D., Lieberman M. A. Bereavement and heightened existential awareness // Psychiatry, 1991 Nov. USA; 54(4). - P. 334-45.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ
НА ФАКУЛЬТЕТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Быкова И. С.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ

Клиническая психология, одно из ведущих направлений современной психологии, характеризующееся активным развитием методологических научно-организационных основ и широким сектором областей практического применения для решения задач охраны и укрепления здоровья населения.

Подготовка специалиста предполагает не только овладение современной теоретической базой по профилирующим предметам, но и умение практического использования полученных знаний в условиях клиники при работе с конкретным пациентом.

Для реализации практической подготовки Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности 030401.65 «Клиническая психология высшего профессионального психологического образования» предусмотрено прохождение производственной практики после 4-го курса (летняя производственная практика), после 5-го курса (квалификационная практика) и на 6-м курсе (научно-исследовательская практика).

Цель производственной практики - это овладение методологией, теорией и практикой клинической психологии, формирование системного подхода в понимании психологической структуры болезни, в психодиагностике и реабилитации, а также получение практических навыков адекватного применения

психологических знаний в медицинской деятельности, навыков по использованию методов клинической психологии для работы в лечебно-профилактических учреждениях.

Помимо вышесказанного, в целях научно-исследовательской практики на первое место выходят такие умения и навыки, как:

- овладение профессиональными компетенциями клинического психолога по осуществлению научно-исследовательской деятельности;
- выполнение выпускной квалификационной работы с последующей защитой на Итоговой государственной аттестации;
- развитие навыков проектно-инновационной деятельности.

Задачи научно-исследовательской практики включают:

- реализацию основных процедур теоретического анализа проблем, связанных с дезадаптацией человека, с функционированием людей с ограниченными возможностями, с расстройствами психики при различных заболеваниях;
- обзор и анализ существующей психологической литературы по вопросам концептуализации методологии психодиагностической и консультативной, коррекционной и психотерапевтической деятельности;
- формулирование конкретных гипотез, целей и задач психологических ис-

следований, выбор методов исследования, соответствующих поставленной проблеме;

- планирование научного исследования; разработка дизайна исследования, оценка его соответствия современным требованиям, целям исследования и этико-деонтологическим нормам;

- разработка новых и адаптация существующих методов психологического исследования (в том числе с использованием новых информационных технологий);

- самостоятельное проведение исследования;

- выбор и применение методов обработки и анализа психологических данных, моделей интерпретации полученных результатов, подготовка заключений и рекомендаций;

- проведение научной экспертизы (экспертная оценка актуальных и потенциальных исследовательских проектов), письменное, «устное» и виртуальное (размещение в информационных сетях) представление материалов собственных исследований;

- организация и участие в научных и профессиональных собраниях и конференциях.

Помимо решения конкретных задач дипломного проектирования и выполнения выпускной квалификационной работы в соответствии с выбранной темой, додипломная практика позволяет закрепить и расширить теоретические и практические знания по общепсихологическим и клиническим дисциплинам, развить умение применять их при решении конкретных задач, развить навыки ведения самостоятельной работы.

Студенты на выбор могут выполнять клинико-психологические и экспериментально-психологические исследования на клинических базах разных

профилей, таких как психиатрический, наркологический, психосоматический, неврологический, детская психиатрия, детская психосоматика. Кафедра активно сотрудничает с лечебными учреждениями г. Оренбурга - это ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», ГБУЗ «Областная клиническая психиатрическая больница № 1», ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психоневрологическая больница», ГБУЗ «Областная клиническая детская больница», ММУЗ «Муниципальная клиническая больница восстановительного лечения», ММУЗ «Муниципальная клиническая больница им. Н. И. Пирогова».

Кафедра предполагает возможность включения в качестве баз научно-исследовательской практики дополнительные ЛПУ или организации при наличии у студента договора о будущем трудоустройстве, внутреннего приказа по ЛПУ (организации) о подготовке и проведении данной практики и клинического психолога, который может выполнять функции непосредственного руководителя практики от организации.

Основные этапы выполнения выпускной квалификационной работы:

- определение цели и проблемы исследования;

- теоретический анализ проблемы;

- формулировка рабочей концепции исследования;

- формулировка теоретической и эмпирической гипотезы;

- планирование исследования;

- подготовка метода, аппаратуры, бланков и т. п.;

- подготовка объекта исследования;

- сбор данных;

- обработка результатов;

- анализ, интерпретация и обсуждение результатов;

- формирование выводов;
- формулировка практических рекомендаций;
- подготовка отчета.

Самостоятельная работа студентов в ходе практики:

- ведение дневника по практике, заполнение формы отчета;
- самостоятельная работа с учебной, научной, научно-популярной психологической литературой, сеть Интернет (электронными ресурсами, электронной библиотекой, информационно-поисковыми системами); с периодическими изданиями по психологии и клинической психологии;
- подготовка докладов по исследуемой проблеме, реферативных обзоров информационных источников;
- самостоятельная работа с медицинской документацией, с психологическими заключениями;
- выступление на заседаниях кружка СНО, создание презентаций, участие в конференциях разного уровня;

- участие в работе профессиональных сообществ клинических психологов, психотерапевтов;

- психолого-просветительская деятельность в форме подготовки бесед, презентаций и выступление перед пациентами, медицинским персоналом, школьниками, родителями и пр.

В результате прохождения научно-исследовательской практики, студент должен овладеть профессиональными компетенциями, позволяющими оказывать специализированную квалифицированную помощь по семи видам деятельности: научно-исследовательская; психодиагностическая; консультативная и психотерапевтическая (психологическое вмешательство); экспертная; психолого-просветительская; организационно-управленческая; проектно-инновационная деятельность.

Научно-исследовательская практика завершается оформлением выпускной квалификационной работы и защитой ее в ходе Итоговой государственной аттестации.

Литература

1. *Федеральный государственный образовательный стандарт по специальности 030401.65 «Клиническая психология высшего профессионального психологического образования».*
2. *Учебно-методический комплекс «Научно-исследовательская практика» (И. С. Быкова. - Оренбург, 2012), включающий:*
 - учебное пособие и рабочую программу научно-исследовательской практики студентов 5-го курса факультета клинической психологии;
 - учебно-методическое пособие по организации и проведению научно-исследовательской практики студентов 5-го курса факультета клинической психологии (для руководителей практики);
 - дневник научно-исследовательской практики студента 5-го курса факультета клинической психологии.

АФАЗО-АПРАКТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ СОЧЕТАННОЙ СЕНИЛЬНО-СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Воронина Е. О., Будза В. Г.

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ*

Обследовано 178 пациентов ГБУЗ «ООКПБ № 1». Основную группу составили 82 больных: 54 пациента с комбинацией сенильной деменции альцгеймеровского типа и сосудистой деменции (F 00.2), 28 - с сочетанием болезни Альцгеймера и сосудистого процесса (F 00.02). В контрольную группу вошли 96 пациентов: 24 больных с «чистой» сенильной деменцией (F 00.1), 47 - с сосудистой деменцией (F 01), 25 - с болезнью Альцгеймера (F 00.0). Нозологический диагноз ослабоумливающего процесса основывался на данных клинического обследования с учетом диагностических критериев международной классификации болезней 10-го пересмотра (1992 года). Исследование проводилось клинко-анамнестическим, клинко-психопатологическим, клинко-катамнестическим, патопсихологическим, нейропсихологическим (в пределах схемы, принятой А. Р. Лурия) методами. Диагноз подтвержден (нейроинтраскопическими, анатомо-гистологическими методами) в 80% случаев основной группы и в 80,2% контрольной группы. Установлены дифференциально-диагностические признаки развития афазо-апрактического синдрома (синоним - псевдоальцгеймеровская форма) в структуре сочетанной сенильно-сосудистой деменции в отличие от такового при монопатологии сосудистого пора-

жения головного мозга, а также болезни Альцгеймера. Псевдоальцгеймеровская форма диагностировалась при сочетании сенильно-атрофического и сосудистого процессов - в 11,1% случаев. Афазо-апрактический синдром (мы не добавляем определение «агностический», так как эти явления возникают только в конечном состоянии и негрубо выражены) возможен и при других формах старческого слабоумия - тщательное нейропсихологическое обследование может обнаружить негрубые расстройства речи еще и в инициальной стадии; выраженная степень его («альцгеймеризация») констатируется в конечной стадии заболевания. К псевдоальцгеймеровской форме мы отнесли больных с отчетливым афазо-апрактическим синдромом, возникающим на инициальном (16,7%) или чаще - в начале манифестного (83,3%) этапов. Сдвиг переживаний в прошлое, бред ущерба, характерные сенильные изменения личности отличают эту форму от болезни Альцгеймера; однако при развитии атрофии Альцгеймера в старческом возрасте в клинической картине заболевания возможно наличие бредовых идей ущерба и сенильных изменений личности. При болезни Альцгеймера, развившейся в сенильном возрасте, в отличие от псевдоальцгеймеровской формы комбинированной деменции, отмечаются длительная сохранность

.....

морально-этических основ личности и критическая оценка своего состояния, поведения окружающих; отличия имеются, как мы покажем дальше, и в нарушениях самих инструментальных функций. Отличием псевдоальцгеймеровской формы сочетанной деменции от поздних случаев болезни Альцгеймера является значительное опережение апраксических и аграфических, агностических расстройств афатическими с преобладанием нарушений экспрессивной речи над расстройствами импрессивной, обусловленное наличием при комбинированной деменции большей выраженностью динамической афазии, чем при болезни Альцгеймера. Идеаторная апраксия осложняется двигательными нарушениями другого звена: одного и того же уровня системы праксиса (кинетическая апраксия) и более низкого функционального уровня (паркинсонизм). В отличие от терминальной стадии болезни Альцгеймера, завершающее манифестный этап псевдоальцгеймеровской формы, конечное состояние характеризовалось отсутствием тотального распада речи (сохранялась возможность произнесения отдельных, рано закрепленных в онтогенезе слов); апраксические нарушения не достигали распада акта ходьбы, больные могли - хотя и с помощью - совершать элементарные действия по самообслуживанию, итеративные движения возникали редко. Отличием псевдоальцгеймеровской формы сочетанной деменции от таковой при сосудистом слабоумии было относительно постепенное начало заболевания

в нашей выборке больных, менее выраженные «мерцания» в психическом состоянии, проявления эмоциональной лабильности в более легкой степени выраженности, а также наличие бредовых идей ущерба, сенильных изменений личности, инверсии сна, не характерных для сосудистой деменции. При псевдоальцгеймеровской форме смешанной деменции выявлялись относительная последовательность развития нарушений высших корковых функций, обусловленная главным образом атрофическим процессом, а при асемическом типе атеросклеротического слабоумия отмечалось «непредсказуемое» сочетание расстройств инструментальных функций, тесно связанное с общецеребральной мозговой симптоматикой при нем: в частности, в большинстве случаев постепенному развитию начальных афазо-апракто-агностических симптомов предшествовала стертая картина инсульта. При сочетанной деменции развитие асемического синдрома наблюдается чаще на манифестном этапе заболевания, а при атеросклеротической (в основном мультиинфарктной) асемической деменции - развивается на инициальном этапе заболевания. При комбинации процессов наблюдалось только прогрессирующее течение афазо-апракто-агностических расстройств в отличие от асемического слабоумия чисто сосудистого происхождения, когда наряду с прогрессирующим течением данного синдрома возникали периоды регрессии данных расстройств.

АНАЛИЗ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ ОрГМА

Дереча Г. И., Киреева Д. С.

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ*

Профилактический осмотр студентов ОрГМА осуществлялся сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии в 2010 - 2011 гг., 2011 - 2012 гг.

Было проведено предварительное пилотажное исследование, целью которого явилось выявление лиц с повышенной тревожностью и сниженным психоэмоциональным фоном, а также лиц, неудовлетворенных теми или иными параметрами социального функционирования (взаимоотношениями с родными и близкими, ближайшим социальным окружением, своим социальным статусом и др.). В исследовании участвовало 869 человек в возрасте от 17 до 23 лет (студенты 1-го курса Оренбургской государственной медицинской академии, все факультеты).

Использованные методы психодиагностики: методика Ч. Д. Спилбергера в адаптации Ю. Д. Ханина для исследования уровня ситуативной и личностной тревожности; опросник «Самочувствие, активность, настроение», разработанный сотрудниками 1 Московского медицинского института им. И. М. Сеченова для выявления уровня психоэмоционального состояния; методика «Уровень социальной фрустрированности» Л. И. Вассермана и М. А. Беребина.

В результате исследования в 2010 - 2011 гг. были получены данные:

- 40,9% (184 чел.) имеют высокий уровень тревожности, 53,1% (238 чел.) - средний.
- 37,6% (169 чел.) и 1,3% (6 чел.) имеют средние и низкие показатели психоэмоционального состояния.
- Также была выявлена достоверная обратная взаимосвязь (-0,57) тревожности и психоэмоционального состояния.

Исследования в 2011 - 2012 гг. выявили:

Кол-во студентов, у которых был выявлен низкий уровень самочувствия: 104 (24,8%).

Кол-во студентов, у которых был выявлен низкий уровень активности: 285 (68%).

Кол-во студентов, у которых был выявлен низкий уровень настроения: 50 (11,9%).

На основании результатов исследования из группы риска были сформированы группы для психокоррекционной работы по 14 человек (по одной группе ежегодно). Участие в психокоррекционных тренингах было добровольным.

На данной группе студентов было проведено первичное анкетирование, которое показало, что у большинства студентов (85,7% - 24 человека) преобладает средний уровень нервно-психического напряжения.

Исследование тревоги на начальном этапе выявило, что у большинства сту-

.....

дентов преобладает средний (64,28% - 16 человек) и высокий (28,57% - 8 человек) уровни тревоги, которые указывают на признаки тревоги и тревожное расстройство.

Таким образом, социально-психологическая адаптация на начальном этапе исследования характеризуется:

1) Влиянием стрессогенных ситуаций, приводящих к трудностям в адаптации к учебе и новым условиям жизни.

2) Тенденцией к понижению самопроявления, с одной стороны, и росту зависимости от окружения, с другой.

3) Средним уровнем нервно-психического напряжения, с практически полной мобилизацией всех энергетических ресурсов.

4) Тенденцией к нарастанию тревоги, вплоть до тревожно-депрессивного расстройства адаптации (F 43.3).

После диагностики состояния участников в процессе беседы с психотерапевтом, а также исследования характера социально-психологической адаптации на момент начала исследования проводился психологический коррекционный тренинг под названием «Найди в себе ресурсы».

Общая продолжительность тренинга - 20 часов: 10 занятий по 2 часа 2 раза в неделю (5 недель).

Выводы, сделанные на основании результатов проведенной работы:

1. Трудности адаптации студентов к обучению в вузе на первом курсе, прежде всего, связаны со стрессовыми ситуациями, касающимися: учебы (сессия, зачеты, начало/окончание учебного заведения, изменение условий учебы, трудности в учебной деятельности, конфликты с преподавателями и т. д.) и изменения жизненного уклада (изменение условий жизни, перемена места

жительства, изменение привычек, связанных с питанием, сном и т. д.).

Эти ситуации являются стрессовыми для студентов и влияют на процесс адаптации к новым условиям жизни и обучения, затрудняя и нарушая его.

Кроме того, есть студенты, которые находятся в более сложной жизненной ситуации (травма или болезнь, изменение в состоянии здоровья, конфликтные отношения в семье/с родственниками, смерть члена семьи, развод родителей), являющимися сильнейшими факторами стресса, с которыми трудно справиться без психологической помощи даже взрослому человеку. Поэтому необходимо и важно проводить первичную диагностику для выявления ребят с подобными проблемами.

2. Характер социально-психологической адаптации студентов-первокурсников с нарушениями адаптации представлен следующими особенностями:

1) тенденцией к понижению самопроявления (доминирования), с одной стороны, и росту зависимости от окружения, с другой (ведомости);

2) средним уровнем нервно-психического напряжения, с практически полной мобилизацией всех энергетических ресурсов;

3) тенденцией к нарастанию тревоги, вплоть до тревожно-депрессивного расстройства адаптации.

3. Актуальными проблемами у студентов с нарушениями адаптации являются: неуверенность в себе; трудности в общении; плохая самоорганизация; низкая стрессоустойчивость.

4. Психологический тренинг привел к изменениям характера социально-психологической адаптации:

1) снизилась тенденция к дезадаптивности в большей степени за счет пони-

жения показателей «дезадаптивность», «эмоциональный дискомфорт» и «внешний контроль» и в меньшей степени за счет повышения показателей «адаптивность» и «эмоциональный комфорт»;

2) достоверно повысились значения по интегральным шкалам, что указывает на улучшение процесса адаптации в целом;

3) снизилось нервно-психическое напряжение со среднего уровня - интенсивного напряжения до низкого уровня - незначительного напряжения;

4) снизились значения общего показателя тревоги со среднего уровня - тревожного состояния, до низкого - отсутствующие или незначительные признаки тревоги.

5. В группе, не участвовавшей в тренинге, в характере социально-психологической адаптации выявлены изменения

в сторону понижения, не достигающие уровня достоверной значимости:

1) средние показатели социально-психологической адаптации понизились по сравнению с начальным уровнем;

2) повысились средние значения тревоги, соматических и психических ее проявлений и нервно-психического напряжения, что указывает на тенденцию к нарастанию этих показателей с течением времени.

6. В целом психологический тренинг повысил эффективность социально-психологической адаптации у студентов-первокурсников с нарушениями адаптации, в то время как отсутствие психологической поддержки в другой группе первокурсников с нарушениями адаптации только усугубило существующие проблемы.

.....

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ НАРКОПРОФИЛАКТИКЕ

*Дёмина М. В., Данильчук В. В., Алексеева А. И., Гринцова Ю. С., Постнов В. В.
ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер»*

Наркоситуация в Оренбургской области, как и в целом по стране за последние годы, отличается постоянным ростом заболеваемости наркоманией и алкоголизмом, несчастных случаев и преступлений, совершённых в состоянии одурманивания. Особенно это касается подростков и молодых людей самого трудоспособного возраста. Развитие и совершенствование мер профилактики, появление новых структур, призванных активно бороться с наркобизнесом, таких, как Федеральная служба по контролю за оборотом наркотиков, а также совершенствование межведомственного взаимодействия в этой сфере лишь частично сдерживают проявления упомянутых выше негативных процессов в обществе. В многочисленных пособиях по наркопрофилактике указывают основные факторы риска приобщения подростков к психоактивным веществам. Указываются социально-экономические факторы (безработица, массовая миграция населения, социальная незащищённость и т. п.), политические и географические факторы (смена власти и состояние государственной правоохранительной системы, удалённость от мест производства наркотиков и наркотрафиков), фактор доступности, а также индивидуально-психологические факторы предрасположенности к наркотизации. Анализ изученной литературы, а также практический опыт работы позволяют

нам утверждать о том, что подростковый возраст сам по себе является фактором риска приобщения к психоактивным веществам независимо от других, уже указанных факторов. Имеется ввиду весь спектр особенностей подросткового возраста - от соматических до психологических и микросоциальных. На самом деле, кроме темы наркомании и алкоголизма, этот возраст наиболее актуален и в отношении травматизма, преступности, заболеваний, передающихся половым путём, и суицидов, и мн. др.

С 2003 года в Оренбургской области специалистами психологической лаборатории ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер», в рамках различных профилактических программ, проводится психологическое обследование школьников. В частности, для выявления «мишеней профилактических действий» исследовались различные аспекты бессознательного отношения подростков к собственному здоровью и к психоактивным веществам. Исследование проводилось по «Методике цветowych метафор» школьников, в основном учащихся общеобразовательных школ, преимущественно 7 - 8-х классов. Методика цветowych метафор ориентирована на диагностику скрытых мотивов и отношений конкретных людей и групп людей. В отличие от традиционных тестов и анкет методика цветowych метафор в

значительной мере защищена от неискренности испытуемого.

Метод цветowych метафор характеризуется рядом отличительных особенностей в отличие от цветового теста отношений и теста Люшера:

- в методе цветowych метафор обозначение различных понятий одним цветом является косвенным показателем их субъективного сходства;

- метод цветowych метафор не опирается на стандартный психологический смысл цветов;

- метод цветowych метафор не ограничивается выявлением отношений человека к себе, своему состоянию и другим людям, а ориентирован на диагностику более широкого круга отношений, прежде всего, к различным видам деятельности;

- метод цветowych метафор может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой форме.

Метод основан на двух принципах:

- во-первых, если человек обозначает какое-либо понятие привлекательным цветом, то это может свидетельствовать о привлекательности этого понятия, позитивном к нему отношении. И, наоборот, к понятиям, обозначенным неприятными цветами, человек относится, скорее всего, негативно;

- во-вторых, обозначение различных понятий одним цветом является косвенным показателем их субъективного сходства, то есть если два или несколько понятий обозначены одним цветом, то, видимо, в этих понятиях есть для человека что-то общее, и он относится к ним приблизительно одинаково. Для диагностики мотивов и отношений необходимо было подобрать понятия таким образом, чтобы метод соответствовал следующим диагнос-

тическим требованиям: оптимального количества понятий их разнообразия и возможностью обобщения по сходным признакам. В списке должны быть понятия, характеризующие разные виды деятельности, разные потребности и жизненные ценности.

Всего в список было внесено 46 понятий. В него нами были включены такие понятия, как «активность», «спорт», «сила», «красота», «выносливость», «уверенность», «развитие», характеризующие положительные стороны жизни, и такие понятия, как «наркотики», «пиво», «игра», «табак», «алкоголь» и т. д., характеризующие различные виды зависимости.

Результаты исследования практически на всей территории области показали несколько тенденций, предложенных для закрепления или изменения стратегии наркопрофилактики на местах.

Во-первых, от 60 до 90% детей в этом возрасте обнаруживают бессознательную потребность в родительской заботе. Это означает, что, несмотря на занятость родителей и особенности подростковой психики (стремление к эмансипации, обретению свободы, негативизм и т. п.), дети нуждаются в эмоциональном контакте с родителями. В связи с этим рекомендовано в школах планирование и проведение (особенно в дни школьных каникул) мероприятий совместного досуга («Семейные посиделки», викторины, «Семейные старты» и т. п.), поддержание семьи на всех уровнях, возрождение и развитие родительского всеобуча и т. д.

Во-вторых, пиво приятным для себя цветом обозначают от 7 до 37% учащихся. С учётом особенностей «пивного бума», когда эпизодически потребляют пиво сейчас до 90% несовершеннолет-

.....

них, это означает, что большинство из них делают это не потому, что им пиво нравится, а под действием реакции группирования, агрессивной и навязчивой рекламы, «за компанию». Соответственно, есть намного больше шансов, чем кажется на первый взгляд, противопоставить пивной рекламе грамотную и эффективную профилактику. В частности, на позитивной основе развивать и поддерживать моду на здоровье, уже проявившую себя в странах Европы.

В-третьих, наркотики обозначают приятным цветом от 2 до 9% учащихся. При очевидном спаде «героиновой бума» и соответствующей моды тем не менее педагогам не рекомендовано воспринимать это как обнадеживающий факт. В каждом районе даны конкретные рекомендации и прогнозы относительно новых для региона психоактивных веществ. В частности, особо актуальной темой в последние годы для ряда территорий Оренбуржья является местная конопля, в отношении

которой зафиксированы крайне опасные заблуждения и мифы среди молодежи, а также появление новых, нередко юридически легальных веществ наркотического действия (курительные смеси, ингредиенты для изготовления дезоморфина и т. п.).

Полученный опыт позволяет выделять более конкретные «мишени межведомственного взаимодействия» в профилактической работе, как в масштабах Оренбургской области, так и в конкретных территориях, населённых пунктах и образовательных учреждениях. Это планируется учитывать и в процессе составления профилактических программ.

Развитие мер по поддержке семьи, по упоминаемой уже моде на здоровье, по организованному досугу, по привлечению подростков к спорту на основе выявляемых с помощью подобных психодиагностических мер - является основой профилактики деструктивных явлений среди молодежи.

ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СЕМЕЙНУЮ АДАПТАЦИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Друзь В. Ф.¹, Андрейчев К. В.², Боброва Я. В.², Карпенко С. С.²

¹ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ,

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

В настоящее время, исходя из биопсихосоциальной модели оказания помощи психически больным [2, 4], невозможно решить вопросы реадaptации и реабилитации пожилых больных шизофренией без полного, всестороннего изучения всех факторов, влияющих на их семейную адаптацию. К одним из таких факторов относятся социально-экономические условия жизни больных [3].

Цель: определение роли социально-экономических факторов в семейной адаптации пожилых больных шизофренией.

Обследовано 70 семей больных шизофренией (35 женщин и 35 мужчин) в возрасте от 45 до 74 лет, средний возраст - 55,8 года. Выделено 3 уровня семейной адаптации: высокий уровень характеризовался высоким статусом больного в семье, отсутствием конфликтов, полной её интеграцией; средний - высоким или низким статусом больного, частыми конфликтами, частичной интеграцией семьи; низкий - низким статусом больного, дезинтеграцией семьи, постоянными конфликтами. 25 больных (35,7%) было с высоким уровнем адаптации, 23 (32,9%) - со средним и 22 (31,4%) - с низким.

При оценке социально-экономических данных мы имели в виду, что не может быть установлена непосредственная причинная связь между социально-экономическими условиями жизни

и адаптацией больного. Экономические условия создаются самими людьми и в значительной мере отражают их социальную адаптацию. Принимая во внимание это обстоятельство, мы всё же дадим социально-экономическую характеристику семей по основным показателям: жилищные условия, материальное обеспечение, образование опекуна, трудовая занятость больного, состав семьи. Жилищные условия и материальное обеспечение семьи оценивались по критериям, предложенными социальными гигиенистами Гришиной О. В. и др. [1].

Характеризуя в целом социально-экономическое положение семей больных, можно сказать, что большинство их жило в хороших (70%) и удовлетворительных (21,43%) условиях, имели высокое (57,14%) и удовлетворительное (40%) материальное обеспечение, уровень образования опекунов в основном был средним (58,57%), реже - высоким (22,86%) и низким (18,57%), 32 больных (45,7%) сохранили трудоспособность.

Исследование показало, что социально-экономические факторы оказывают существенную роль в семейной адаптации пациентов. Такие моменты, как сохранение заработка (среди хорошо приспособленных больных продолжали работать 66%, средне - 39,6%, плохо - 27,28%); хорошие жилищные условия (80% больных с высокой адап-

.....

тацией жили в благоприятных условиях); проживание совместно только с супругом или родителями, братьями и сёстрами (высокая адаптация в 68,75%, нет случаев полной дезадаптации), - способствуют адаптации больных. Другие же - плохие жилищные условия (все больные, живущие в неблагоприятных условиях были дезадаптированы); низкий уровень образования опекуна (у больных с плохой адаптацией опекуны с низким образованием были в 33,33%, со средней - в 13%, с высокой - в 8%); появление нового члена семьи - зятя или невестки (хорошая адаптация лишь в 6,67%); вхождение самого боль-

ного в уже сформировавшуюся семью (нарушение адаптации в 80%), - ухудшают адаптацию пациентов.

Однако нельзя считать влияние социально-экономических факторов решающими в семейной адаптации больных. Об этом, в частности, свидетельствует тот факт, что большинство пациентов, в том числе и с нарушенной адаптацией, находились в достаточно благоприятных социально-экономических условиях. Несомненно, что большую роль в семейной адаптации больных играют социально-психологические моменты и клинические особенности процесса.

Литература

1. Гришина, О.В. Медико-социальное обследование семьи хронического больного: методическое пособие для студентов / О. В. Гришина, Е. Н. Кудрявцева, И. Я. Копыт. - М., 1974. - 23 с.
2. Гурович, И. Я. Психиатрия и социальная работа в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. И. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. - 1998 - 4:5. - 20 с.
3. Митихина, И. А. Эпидемиологические модели влияния социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения РФ в период 1992 - 2008 гг. / И. А. Митихина, В. Г. Митихин, Н. А. Творогова, В. С. Ястребов // Журнал неврологии и психиатрии. - 2012. - 112:4:4. - 10 с.
4. Сёмке, В. Я. Транспектива биопсихосоциальной парадигмы / В. Я. Сёмке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2008. - 1:7. - 11 с.

ОТНОШЕНИЕ К ПРОЖИВАНИЮ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ЕГО СВЯЗЬ С ПРЕДПОСЫЛКАМИ ОДИНОКОГО ПРОЖИВАНИЯ

Друзь В. Ф.¹, Олейникова И. Н.², Якушина А. М.¹,
Алимова Л. В.², Баширов Р. И.¹

¹ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ,

²ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

Происходящие в отечественной психиатрии в последние два десятилетия процессы демократизации, гуманизации пробуждают врачей все больше внимания уделять личности пациента, его правам [1, 4, 5]. Поэтому при создании программы медико-социальной помощи больным необходимо учитывать не только клинические особенности, но и личностные установки, субъективные представления пациентов об удовлетворительном качестве жизни. Иначе предлагаемый способ социальной адаптации может быть отвергнут ими как не соответствующий их ценностным ориентациям [2]. Согласно концепции личности В. Н. Мясищева [3], отношения - структурно-образующий компонент личности, который в значительной степени определяет поведение человека и его возможности адаптации в обществе. Отношение к сложившейся жизненной ситуации, в данном случае к одинокому проживанию, является важной субъективной оценкой существующего образа жизни, свидетельствующего в значительной мере о качестве жизни больного. Другим важным моментом, особенно для решения профилактических и лечебно-реабилитационных задач, является выявление факторов, обуславливающих характер отношений. К одним из таких

факторов относятся предпосылки одинокого проживания.

Цель работы: определение особенностей отношения к одинокому проживанию пожилых и старых психически больных и их связи с факторами, обуславливающими ситуацию одинокого проживания.

Клиническим и социально-психологическим методами обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся в психоневрологическом диспансере - все больные одного из геронтопсихиатрических участков (165 чел.) и двух обычных участков (70 чел.), зарегистрированные на определенную календарную дату. Среди больных значительно преобладали женщины. Их соотношение с мужчинами составило 3,7:1 (185 женщин - 78,7% и 50 мужчин - 21,3%). Возраст пациентов к моменту наблюдения варьировал от 60 до 86 лет, средний возраст - $67 \pm 1,8$ года. Продолжительность одинокого проживания была от 1 до 38 лет (средняя - $14,6 \pm 1,8$ года). Возраст начала заболевания колебался от 22 до 73 лет. В молодом и зрелом возрасте, т. е. до 45 лет и в позднем возрасте - 45 лет, и старше - заболело практически одинаковое количество больных (50,6% и 49,4% соответственно). Длительность

заболевания была в диапазоне от 1 до 43 лет (в среднем - $19,7\% \pm 1,9$ года).

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 5,0. Применялись методы параметрической (критерий Стьюдента) и непараметрической (показатель соответствия χ^2) статистики.

Работа проходила в два этапа. На первом выявлялся характер отношения к одинокому проживанию больных и в соответствии с этим формировались группы. На втором проводился сравнительный анализ факторов одинокого проживания данных групп.

На первом этапе выделено три варианта отношения к одинокому проживанию больных: отрицательное (сопровождается состоянием одиночества), индифферентное (пациенты спокойно или равнодушно относятся к своему образу жизни) и положительное (больные довольны своим семейным статусом, доказывают его предпочтительность жизни с родственниками). Большинство больных - более половины (132 - 56,2%) - относились к одинокому проживанию отрицательно (первая группа), в 3 раза реже (40 - 17%) - индифферентно (вторая группа) и в 2 раза реже (63 - 26,8%) - положительно (третья группа). Различия между группами статистически достоверны. Между первой и второй, первой и третьей - $p < 0,001$, второй и третьей - $p < 0,05$.

На втором этапе установлено следующее. Поскольку отношение к одинокому проживанию и переживание одиночества зависят от наличия собственной семьи (супруг, дети) у больного в прошлом или ее отсутствия, все больные были разделены на два типа. Первый - пациенты, имевшие собствен-

ные семьи, второй тип - пациенты, не создавшие их. Вначале они жили в генеалогических (родительских) семьях, затем, став взрослыми, отделились или после смерти родителей стали жить одиноко. Рассматривая связь формирования одинокого проживания с отношением к нему, мы установили, что в первой и третьей группах наблюдались сходные явления, отличные от второй группы. В них 4/5 больных (102 - 77,3% в первой и 52 - 82,5% в третьей группах) имели собственные семьи, и 1/5 часть пациентов (30 - 22,7% и 11 - 17,5% соответственно) не имела ($p < 0,001$). Во второй группе отмечалась обратная тенденция. У более половины больных (23 - 57,5%) не было собственной семьи, оставшаяся часть (17 - 42,5%) смогла ее создать. Различие между этими частями было недостоверным ($p > 0,05$). Различия между группами в целом статистически значимы - $\chi^2 = 22,9$; $n = 2$; $p < 0,002$. Факторы, разрушающие семью, мы обозначили как факторы первого типа, факторы, препятствующие ее созданию, - как второго типа. В каждом типе факторов мы выявили две разновидности (подтипы). В первом - клинические, а также возрастные и социально-психологические. Во втором - клинические, а также сочетание субклинических и социально-психологических. Сравнение факторов распада собственной семьи показало, что удельный вес клинических факторов, разрушающих собственную семью, самый высокий в третьей группе (42,9%). В первой и второй группах он практически одинаковый (28,8% и 27,5% соответственно). Возрастные и социально-психологические факторы распада семьи чаще всего встречались в первой группе (48,5%), реже - в третьей

(39,6%) и реже всего - во второй (15%). Анализ соотношения клинических и неклинических факторов, разрушающих семью, показал, что в первой группе почти в два раза чаще отмечались возрастные и социально-психологические, чем клинические (48,5% против 28,8%, $p < 0,001$), во второй наблюдалась противоположная тенденция - клинические факторы (27,5%) встречались почти в два раза чаще, чем неклинические (15%), но различие было недостоверным ($p > 0,05$), в третьей группе наблюдалось примерно равное соотношение клинических (42,9%) и возрастных и социально-психологических моментов (39,6%).

Сопоставление клинических факторов, затрудняющих создание семьи, обнаружило, что во второй группе их доля (30%) была в 4 раза больше, чем в первой (7,6%), и в 3 раза больше, чем в третьей (9,5%). Различие между первой и третьей группами было незначительным. Схожая тенденция наблюдалась при оценке сочетания субклинических (расстройства личности в преморбиде) и социально-психологических (дисгармоничные отношения в генеалогических семьях в преморбиде) факторов, препятствующих вступлению в брак. Их удельный вес во второй группе (27,5%) был почти в два раза больше, чем в первой (15,2%), и в 3,5 раза больше, чем в третьей (7,9%). В первой группе эти факторы встречались в два раза чаще, чем в третьей. Определение соотношения клинических и сочетания субклинических и социально-психологических факторов выявило, что в первой группе последние встречались в два раза чаще (7,6% и 15,2%, $p < 0,05$), тогда как в остальных группах данное соотношение было примерно равным (30% и 27,5% во второй группе, 9,5% и

7,9% в третьей). Различия между группами в целом по вышеуказанным показателям статистически значимы - $\chi^2 = 30,9$; $n = 6$; $p < 0,001$.

Сравнение конкретных факторов одинокого проживания при разных типах и подтипах выявило существенные различия в группах. Среди клинических факторов распада семьи в первой группе чаще всего встречался психоорганический синдром (9,1%). Далее в порядке убывания следовали психопатоподобный (7,6%), депрессивный (6,1%), «параноид жилья» (3%) и деменция (3%). Психоорганический и деменция были только в этой группе. Отсутствовали наблюдавшиеся в других группах бред ревности и апатобулический. Во второй группе отмечалось всего три синдрома. Чаще всего - апатобулический (12,5%), реже и с одинаковой частотой - бред ревности (7,5%) и «параноид жилья» (7,5%). В третьей группе на первом месте по частоте стояли бред ревности (12,7%) и «параноид жилья» (12,7%), на втором с одинаковой частотой встречались психопатоподобный и апатобулический синдромы (7,9%), реже всех - депрессивный (1,6%). При сравнении доли сходных факторов в группах установлено, что в первой группе депрессивного расстройства встречались чаще, чем в третьей, «параноид жилья» - реже, чем в других группах, психопатоподобные синдромы - с такой же частотой, что и в третьей группе. Во второй группе апатобулические расстройства наблюдались чаще, чем в третьей, бред ревности и «параноид жилья» - реже.

Сопоставление возрастных и социально-психологических факторов распада собственной семьи также показало заметное различие в группах.

В первой наблюдалась наиболее гетерогенная структура. Присутствовали все выявленные моменты. Более половины составили возрастные события - смерть близких (26,5%), в основном супругов (24,2%). Почти в три раза реже встречалось отделение взрослых детей (9,8%), далее в порядке убывания следовали конфликт с зятьями и невестками (5,3%), развод из-за пьянства супругов (4,5%) и плохие жилищно-бытовые условия (2,3%), порождавшие коллизии в семье (не встречались в других группах). Вторая группа была наиболее гомогенной - в ней присутствовал один возрастной фактор - смерть супругов, удельный вес (15%) которого был меньше, чем в первой группе. Третья группа была менее гомогенной - в ней наблюдались три фактора. Чаще всего отмечался развод из-за пьянства супругов (17,5%). Эта ситуация встречалась почти в 4 раза чаще, чем в первой группе. Несколько реже причиной разрушения семьи являлся конфликт пациентов с зятьями и невестками (15,9%), его доля была в три раза больше, чем в первой группе. Третьим моментом было отделение взрослых детей (6,3%), оно наблюдалось реже, чем в первой группе.

Рассматривая клинические факторы, препятствующие созданию семьи, мы определили сходные явления в первой и третьей группах. В них примерно с одинаковой частотой затрудняло вступление в брак начавшаяся в молодом или среднем возрасте шубообразная шизофрения, протекающая с бредовыми приступами (7,6% и 9,5% соответственно). Во второй группе помимо данного варианта шизофрении, встречавшегося чаще (12,5%), чем в указанных группах, отмечалась еще чаще шубообразная более прогресси-

ентная шизофрения с рано сформировавшимся, не грубым, но отчетливым апатобулическим дефектом (17,5%). Анализ расстройств личности и дисгармоничных отношений в генеалогических семьях в преморбиде, мешавших вступлению в брак, проведен нами ранее. Различия между группами в целом по перечисленным показателям статистически значимы - $\chi^2 = 150$; $n = 32$; $k 9,4$; $p < 0,01$.

Таким образом, установлена связь особенностей отношения к одинокому проживанию с факторами, его определяющими. Для отрицательного отношения характерно наличие собственной семьи, распад которой обусловлен главным образом возрастными и социально-психологическими факторами (смерть близких, отделение взрослых детей, коллизии в связи с плохими жилищно-бытовыми условиями), меньшее значение имели клинические моменты (психоорганические, психопатоподобные и депрессивные расстройства, а также деменция), еще реже играла роль отсутствие собственной семьи в основном вследствие сочетания субклинических и социально-психологических факторов, совсем редко - из-за начавшейся в молодом и среднем возрасте шубообразной шизофрении, протекавшей с параноидными приступами.

Для индифферентного отношения свойственно примерно одинаковое соотношение больных, имевших и не имевших собственной семьи, с тенденцией к превалированию последних, отсутствие семьи в равной мере из-за клинических (бредовые и апатобулические синдромы) и сочетания субклинических и социально-психологических факторов, ее разрушение в большей степени вследствие клинических моментов (апатобу-

личный дефект, бред ревности, «параноид жилья»), нежели возрастных событий (смерть супругов).

Для положительного отношения типично наличие собственной семьи, в разрушении которой в равной мере участвовали клинические (бред ревности, «параноид жилья», психопатоподобные и апатоабулические расстройства) и возрастные и социально-психологические (развод из-за пьянства супругов, конфликт с зятьями и невестками, отделение взрослых детей) факторы, меньшее значение име-

ло отсутствие собственной семьи как из-за клинических (начавшаяся в молодом и среднем возрасте шубообразная шизофрения, протекающая с бредовыми приступами), так и сочетания субклинических и социально-психологических моментов.

Полученные данные способствуют осуществлению комплексного и дифференцированного подхода при оказании медико-социальной помощи одиноко проживающим психически больным позднего возраста, что приведет к повышению уровня их социальной адаптации.

Литература

1. Кабанов, М. М. Проблема отечественной психиатрии в контексте современного социального развития / М. М. Кабанов, Л. С. Свердлов // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 1992. - Т. 2. - № 1. - С. 56-62.
2. Корецкий, В. С. Некоторые аспекты социальной адаптации одиноких больных шизофренией / В. С. Корецкий // *Социально-правовые аспекты психиатрической помощи*. - М., 1990. - С. 108-111.
3. Мясищев, В. Н. Личность и невроты / В. Н. Мясищев. - Л., 1960. - 426 с.
4. Тибилова, А. У. О компенсаторных возможностях у психически больных пожилого возраста / А. У. Тибилова // *Лечение и реабилитация психически больных позднего возраста*. - Л., 1990. - С. 7-13.
5. Тихоненко, В. А. Вопросы соотношения морали и права в психиатрической практике / В. А. Тихоненко // *Социально-правовые аспекты психиатрической помощи*. - М., 1990. - С. 57-62.

МЕСТО НАРРАТИВНОЙ ПРАКТИКИ В ПСИХООБРАЗОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ (НА ПРИМЕРЕ ДЕПРЕССИИ)

Дубицкая Е. А.¹, Носачев Г. Н.²

¹ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»,

*²ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ*

Появление дискурсивного и нарративного поворота в философии науки привело к новой лингвистической, семиотической и культурологической модели в гуманистических науках, в первую очередь, в психологии и медицине, в частности в клинической психологии, психологии личности, психотерапии, психиатрии. Нарративный стиль поведения человека естественно проявляется и на всех этапах медико-социальной реабилитации, в частности в психотерапии и психообразовании.

Цель - проанализировать результативность нарративного подхода в групповой психообразовательной практике (на примере больных с депрессиями и их родственников) в дневном стационаре.

В изложении истории болезни (жизни) врач имеет дело с нарративным повествованием, которое чаще всего не выслушивается врачом целиком, тем более не анализируется ни с лингвистической, ни с семиотической, ни с психологической, ни с культурологической позиций, ни в познании как истории болезни (симптомов, жалоб, невербального поведения и т. п.), так и индивидуально-психологических особенностей самого пациента. Это, несомненно, сказывается на диагностике болезни, реакциях личности на болезнь, на комплайенсе с пациентом и, соответственно, на лечебных и

реабилитационных решениях пациента на разных этапах реабилитации, особенно на этапе адаптации и собственно реабилитации, и тем самым создаёт условия для самостигматизации, межличностных конфликтов, влияет на качество жизни пациента и качество оценки оказанных медицинских и реабилитационных услуг. Именно пренебрежение к нарративным формам поведения пациента при нарушенном комплайенсе, самостигматизации приводит к нарушениям режима терапии и отказу от поддерживающего и противорецидивного лечения, к отрицательной копинг-стратегии, а соответственно, к ухудшению соматического и психического состояния пациента.

Видов нарратива в реабилитации множество, но ведущими являются истории болезни, обследования, лечения, истории дискурсов с врачами и пациентами, включая родственников.

Нарративный подход изменил взгляды и подходы к проведению не только психотерапии, но и психообразовательных программ. Включение нарративного подхода [1] с первых встреч с пациентом и его родственниками продолжается и при работе с психотерапевтическими и психообразовательными программами. Основой является перевод интернализирующего (внутреннего) изложения переживаний и их социальное сопро-

вождение, включая стигматизацию и самостигматизацию, к экстернализирующим (внешним) вопросам (беседа) врача и соответствующих ответов пациента и их родственников.

Для перевода информационной психообразовательной группы в группу с экстернализирующим воздействием в структуре все-таки психообразовательной группы необходим определенный подбор группы слушателей (и одновременно участников психотерапевтической группы). Группа, проводящая экстернализирующие беседы, должна включать следующие категории пациентов: группа пациентов на разной степени обратного развития депрессивного состояния, группа пациентов в состоянии интермиссии (внешние свидетели, по М. Уайту), группа родственников лечащихся пациентов.

Именно опора на внешних свидетелей (бывших пациентов в ремиссии и социально адаптированных) вместе создаёт экстернализирующий уровень ведения психообразовательной программы.

Вслед за составлением содержания психообразовательной программы необходимо структурировать каждую встречу, заранее обдумывая не только содержание предполагаемого занятия (сессии), но главное - привлечение внешнего (их) свидетеля (ей). Внешний свидетель не только должен дать со-

гласие на участие в занятии, но и быть оповещённым о теме беседы и возможных вопросах для освещения в занятии.

Хотя нарративный подход может очерчивать сугубо индивидуально-психологические и ситуационно-специфические версии реальности болезни и организации медицинской помощи, он должен использоваться в психокоррекционной, психотерапевтической, психообразовательной работе с пациентом, в частности в виде эмпатического выслушивания, рефлексии для налаживания комплайенса, снижения тревоги, страха, для достижения позитивного отношения к терапии в целом и последующим реабилитационным мероприятиям. А психообразовательные программы призваны снизить самостигматизацию, повысить самоопределение пациента. Дискурсивное общение с пациентом (группой) положительно сказывается не только на эмоциональном состоянии, но и на когнитивных образованиях пациента: усвоении, корегировании, овладении новым содержанием нарратива. Всё это естественно отразится на функциональном, ситуационно-ролевом и социально-адаптированном приспособлении пациента, а соответственно, - на качестве жизни в болезни (ремиссии), на овладении активными формами функционирования в рецидиве и в ремиссии.

Литература

1. Уайт, М. Карты нарративной практики: Введение в нарративную терапию / М. Уайт. Пер. с англ. - М.: Генезис, 2010. - 326 с.

.....

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОАКТИВНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Ерзин А. А.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ

Вопрос об активности человека и факторах, ее формирующих, рассматривался многими психологами (J. Watson, W. Hunter, K. S. Lashley, B. F. Skinner, E. Thorndike, A. Bandura, И. П. Павлов, И. М. Сеченов, В. М. Бехтерев, П. К. Анохин, А. А. Ухтомский, Л. С. Выготский, С. Л. Рубинштейн, А. Ф. Лазурский, М. Я. Басов, А. Н. Леонтьев, А. П. Лурия и др.). Тем не менее проблема оценки вклада различных факторов, детерминирующих человеческое поведение, остается еще нерешенной.

В психологии поведение личности рассматривается с позиции двух подходов: как реактивное и проактивное. Согласно первому подходу, человек действует в жестком соответствии с внешними обстоятельствами, определяющими его реакцию, направленность, стиль поведения. К этому подходу следует отнести такие психологические теории, как бихевиоризм, рефлекторную теорию Павлова, отчасти концепцию функциональных систем Анохина.

Другой подход - проактивный. Согласно этому подходу, источники поведенческой активности заложены в самой личности. Концепции, относящиеся к данной категории: психодинамическая теория, феноменологическая психология, гуманистическая психология, позитивная психология, когнитивная психология. Все эти теории объединяет взгляд на психику человека и ее структурные компоненты как на

главные источники переживаний и поведения личности.

Стоит отметить, что в современной психологической науке отсутствует единое определение понятия «проактивность», хотя сам этот термин был впервые введен В. Франклом (Франкл В., 1959) в его основополагающем труде «Человек в поисках смысла». Недостаточная разработанность темы проактивности личности требует проведения теоретических и экспериментальных исследований с последующей разработкой теоретико-методологического аппарата феномена проактивности.

Для описания и раскрытия явления проактивности необходимо выделить следующие критерии:

- 1) осознанность человеком своих поступков;
- 2) осознание их последствий;
- 3) принятие ответственности за свою жизнь;
- 4) спонтанность;
- 5) свобода принятия решений;
- 6) доминирование метапотребностей над дефицитарными потребностями (Маслоу А., 1954);
- 7) ориентация при выборе моделей поведения на мировоззренческую основу личности, а не только на внешние обстоятельства;
- 8) преобладание в поведении копинг-стратегий, а не механизмов психологических защит.

Выделенные критерии еще нуждаются в дополнении и доработке, однако

их наличие существенно облегчает задачу определения и описания феномена проактивности.

Таким образом, важнейшим фактором, определяющим характер и направленность активности человека, является мировоззренческая сфера личности, включающая убеждения, принципы, идеалы, установки, ценностные ориентации и т. д. Именно эта сфера является базисной структурой, оказывающей влияние на формирование проактивной модели поведения.

В заключение необходимо отметить, что в современной отечественной психологии только намечаются зачатки теоретического осмысления феномена проактивности.

В частности, исследованию подвергаются психологические особенности проактивного поведения в рамках концепции совладающего поведения.

Недостаток эмпирических данных о феномене проактивности требует тщательного исследования этого явления в различных группах испытуемых, в том числе на материале людей, страдающих психическими заболеваниями. Разработка целостной концепции проактивности является сложной проблемой, попытка решить которую выступает импульсом для исследований этой области в ближайшее время.

Литература

1. Маслоу, А. *Мотивация и личность* / А. Маслоу. Перевод. с англ. Т. Гутмана, Н. Мухиной. - СПб: Питер, 2011. - (Серия «Мастера психологии»).
2. Франкл, В. *Человек в поисках смысла* / В. Франкл. - М.: Прогресс, 1990.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРУКТУРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Журавлев Я. С.¹, Нечаева М. В.¹, Чабанов А. О.², Антохин Е. Ю.^{2,3}

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2»

Областной психотерапевтический центр,

²АНО «ОренПроПси», г. Оренбург, Россия,

³ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

Минздрава РФ

Целью исследования явилась оценка взаимосвязи структуры психологической адаптации (СПА) (самостигматизация, копинг-поведение, психологические защиты) и клинических проявлений у больных с непсихотическими депрессиями в сравнительном аспекте в зависимости от этиологии (психогенные и эндогенные). Было исследовано 60 пациентов с непсихотическими депрессиями: 30 с депрессиями психогенной природы (соответствие критериям психогенных расстройств - триада К. Яспера) и 30 пациентов с эндогенными депрессиями.

Методы: клинико-психопатологический (опросник SCL-90-R), экспериментально-психологический (опросник НЦПЗ «Самостигматизация»; диагностика копинг-поведения - опросник Хейма, методика SVF; диагностика психологических защит - опросник SBAK и методика FKBS), статистический (коэффициент ранговой корреляции Спирмена).

Результаты: в группе пациентов с психогенной депрессией механизм психологической защиты (МПЗ) «регрессия» взаимосвязан с высокими показателями по шкале «соматизация»; существует прямая взаимосвязь между высокой враждебностью и МПЗ «об-

ращение против объекта»; низкие же показатели враждебности в группе психогенных депрессий коррелируют с МПЗ «избегание социальных контактов» ($p < 0,05$). Низкие показатели по шкалам «соматизация», «фобическая тревожность», «враждебность» взаимосвязаны с адаптивными копинг-стратегиями в когнитивной сфере; использование относительно-адаптивных копинг-стратегий «эмоциональная разгрузка», «пассивная кооперация», направленных на передачу ответственности по разрешению трудностей другим лицам, взаимосвязаны с высоким показателем соматизации в группе психогенных депрессий ($p < 0,05$); все формы самостигматизации имеют достоверные прямые взаимосвязи с патопсихологическими проявлениями ($p < 0,05$). В группе пациентов с эндогенной депрессией количество и сила взаимосвязей значительно меньше, в сравнении с группой больных психогенной депрессией. Это позволяет говорить о возможном «отрыве» СПА от клинических проявлений вследствие дезинтеграции структур (сфер) личности больных с эндогенной депрессией.

Литература

1. Александровский, Ю. А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю. А. Александровский. - М.: Наука, 1976. - 272 с.
2. Михайлова, И. И. Самостигматизация психически больных: Автореферат диссертации ... на соискание степени кандидата медицинских наук. - Москва, 2005.
3. Сеницкий, В. Н. Патогенетические механизмы депрессивных состояний / В. Н. Сеницкий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 1983. - Т. 83. - № 4.
4. Смуглевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смуглевич. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003 - 432 с.
5. Холмогорова, А. Б. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // МПЖ. - № 3. - 1996. - С. 141-163.

ГЕНЕЗИС ИННОВАЦИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Зотова А. В.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава РФ, г. Санкт-Петербург

Инновации - это процесс, завершающийся внедрением новшества, обеспечивающего получение положительного экономического, социального или научно-технического эффекта, а также повышение качества жизни населения (Месяц Г. А. и соавт., 2005). О развитии инновационной деятельности в определенной сфере, как правило, судят по патентно-ассоциированной литературе.

В отличие от технических отраслей наук способы и устройства по медицинской психологии патентуются редко. По данным Роспатента, в 1994 - 2010 гг. в России ежегодно выдавались по $23\ 650 \pm 1200$ патентов на изобретения, в том числе по психологическому воздействию на человека - по 19 ± 2 изобретения, которые составили только около 0,7% от общего количества медицинских изобретений в России. Введение в действие Административного регламента по организации приема заявок на изобретения и их рассмотрения в Роспатенте (2009) создали определенные трудности авторам по определению сферы технического решения. Очевидно, что используемые в практике психотерапевтов и медицинских психологов методики трудно назвать техническими. Эти области наук тесным образом взаимосвязаны с мыслительными процессами, характеризующими интеллектуальную деятельность, что на основании п. 5 ст. 1350 Гражданского кодекса РФ является основанием отказа в выдаче патента на изобретение.

В последнее десятилетие ежегодно по медицинской (клинической) психологии выходит в свет около 100 печатных изданий, из них не более 10 - 12% можно отнести к разряду научных, в основном это материалы научных конференций. Согласно закону рассеивания информации С. Брекфорда, 1/3 научных статей печатаются в «ядерных» журналах, которые представляют сферу только медицинской (клинической) психологии. Уместно заметить, что таких журналов в России с заметной вариабельностью в периодизации выходит 10 - 13. 1/3 статей издается в журналах, которые относятся к сфере психологии и медицины, и 1/3 статей - в журналах, не имеющих отношение к психологии и медицине. Безусловно, изучить их поток практически невозможно.

В связи с изложенным было выдвинуто предположение, что об инновационном развитии наук о человеке можно судить по анализу диссертационных исследований (Евдокимов В. И., Болехан В. Н., 2011; Евдокимов В. И., Алексанин С. С., 2012). Во-первых, диссертационные исследования систематизированы по номенклатуре специальностей научных работников, во-вторых, имеют обязательную рассылку в ведущие библиотеки страны, что при наличии электронных баз данных позволяет достаточно быстро и наиболее полно проанализировать их общий массив, в третьих, диссертационные работы должны иметь практическую значимость, что

вполне отвечает инновационности исследований. И наконец, диссертационные исследования проходят строгое рецензирование и общественную апробацию в диссертационном совете.

Анализ общего потока диссертаций, представленных в диссертационные советы СССР и Российской Федерации в 1980 - 2011 гг., позволил определить массив диссертаций по научной специальности 19.00.04 - «медицинская психология». Таких диссертаций было 968. Оказалось, что ежегодно в диссертационных советах рассматривались по 30 ± 2 работы. Полиномиальный ряд динамики диссертаций за рассмотренный период показывает их увеличение. Докторские диссертации составили 13,5%, а соотношение докторских и кандидатских было 1 : 6,4.

Медицинских работ оказалось 29,8%, психологических - 70,2%. На фоне значительной вариабельности структуры отмечается увеличение вклада медицинских работ в 1991 - 1997 гг. Полиномиальный ряд динамики соотношений количества медицинских и психологических диссертаций (1980 - 2011) при низком коэффициенте детерминации приближается к прямой линии. Диссертаций, отнесенных только к одной специальности (19.00.04 «медицинская психология»), было 67,8%, выполненных на стыке наук (по двум научным специальностям) - 32,2, в основном это

были специальности: 14.01.06 (прежний шифр - 14.00.18) «психиатрия» (43,8%), 14.01.11 (14.00.13) «нервные болезни» (7%), 14.01.05 (14.00.06) «кардиология» (7%) и 19.00.01 «общая психология, психология личности, история психологии» (6,1%).

Диссертаций, содержание которых относилось к 1-й области исследований (история и методология), было 1,2%, к 2-й (патопсихология) - 20,0%, к 3-й (нейропсихология) - 9,4%, к 4-й (психосоматика и психология телесности) - 17,4%, к 5-й (психология нарушений развития и отклоняющего поведения) - 16,3%, к 6-й (психологическое вмешательство) - 15,5%, к 7-й (психология лечебного процесса) - 3,3%, к 8-й (психогигиена, психопрофилактика, социальная реабилитация и повышение качества жизни больных) - 11,6%, к 9-й (психология здоровья и профессионального здоровья) - 5,3%.

Таким образом, проведенные исследования позволили установить динамику и структуру инновационных исследований по медицинской психологии. Разработан алгоритм поиска авторефератов диссертаций в электронных каталогах ведущих библиотек страны и в базах данных учреждений, при которых созданы диссертационные советы по специальности 19.00.04 «медицинская психология».

ФАКТОРЫ ЛИЧНОСТНОЙ ПРЕДИСПОЗИЦИИ К РЕАКЦИЯМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГОРЯ У ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Киреева Д. С.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ

Феномен патологического горя достаточно представлен в современной литературе. При этом большое внимание уделяется его клиническим проявлениям, обстоятельствам, способствующим искажению естественного течения горя и последствиям его для человека. В гораздо меньшей степени освещен вопрос взаимосвязи между характером переживания утраты и свойствами личности самого горящего. Хотя само существование такой взаимосвязи не подлежит сомнению.

В связи с этим в период с февраля по май 2011 года на базе МКБВЛ г. Оренбурга было проведено исследование с целью изучения факторов в структуре личности, обуславливающих искажение естественного переживания утраты и развитие психосоматического заболевания. В исследовании приняли участие 49 пациентов больницы, переживающих утрату близкого человека, из них 22 мужчины и 27 женщин в возрасте от 30 до 74 лет, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, а также неврологическими заболеваниями. Предметом исследования стали копинг-стратегии и копинг-ресурсы личности, к последним относились смысложизненные ориентации и параметры личностно-средового взаимодействия. В качестве методов исследования были использованы копинг-тест

Р. Лазаруса, тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Д. А. Леонтьева, методика «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ) Л. И. Вассермана и М. А. Беребина и шкала экспресс-диагностики уровня депрессии CES - D.

Участники исследования были разделены на две группы - с нормальным течением горя (21 человек) и с патологическим течением горя (28 человек), критерии для этого были разработаны на основе описания болезненных реакций горя Эриха Линдемманна.

В группе больных с искаженным течением горя у всех 28 человек было диагностировано расстройство адаптации (F 43.2): у 9 человек - пролонгированная депрессивная реакция (F43.21), у 14 человек - смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22), у 5 человек - расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23).

Анализ результатов исследования показал, что пациентов с патологическим горем отличает качественно иное соотношение стратегий в структуре копинг-поведения, предпочтение неконструктивных и относительно конструктивных стратегий конструктивным. Достоверные различия между группами обнаружены в уровне копинга «Дистанцирование» ($p \leq 0,05$), «Поиск социальной поддержки» ($p \leq 0,01$), «Планирование принятия решений» ($p \leq 0,01$) и «По-

ложительная переоценка» ($p \leq 0,01$). Это находит отражение в строгом контроле над проявлением собственных чувств, снижении продуктивности выполняемой деятельности, вызванном трудностями самоорганизации, неумении обращаться за информационной, эмоциональной и действенной поддержкой к другим людям у пациентов с патологическими реакциями горя.

Существуют различия в выборе стратегий совладающего поведения у мужчин и женщин, переживающих потерю близкого человека. Мужчины достоверно чаще, чем женщины, используют копинги «Планирование решения проблемы» ($p \leq 0,05$) и «Бегство - избегание» ($p \leq 0,05$). Женщины чаще, чем мужчины, выбирают копинги «Поиск социальной поддержки» ($p \leq 0,05$) и «Положительная переоценка» ($p \leq 0,05$). Вероятно, это имеет отношение к стереотипам мужского и женского поведения в трудной жизненной ситуации, а именно избегание мужчинами разговоров о произошедшем, уход в работу и стремление женщин получить эмоциональную поддержку от окружающих, поиски позитивного смысла в сложившейся ситуации, обращение к религии. Названные особенности отражают способ совладания с утратой, но не интенсивность переживаний.

Показатели по всем шкалам теста смысложизненных ориентаций в группе с патологическим течением горя достоверно ниже, чем в группе с нормальным горем. Наибольшие различия отмечаются в уровне шкал «Локус кон-

троля - Я» и «Локус контроля - жизнь», отражающих внутренний локус контроля как общее мировоззренческое убеждение в том, что контроль над жизнью возможен. Иначе говоря, при негативной оценке прошлого, настоящего и будущего, а также отсутствие веры в способность определять ход событий собственной жизни развитие патологического горя будет более вероятно.

Индекс социальной фрустрированности в группе с нормальным течением горя достоверно ниже, чем в группе с патологическим горем, и выражен в пределах нормы. Пациенты с реакциями патологического горя достоверно ниже оценивают свои отношения с детьми ($t = 2,6$, $p \leq 0,05$), родственниками ($t = 2,7$, $p \leq 0,01$), друзьями ($t = 2,2$, $p \leq 0,05$), коллегами по работе ($t = 2,3$, $p \leq 0,05$). Из этого следует, что умение поддерживать эмоционально теплые отношения с членами семьи и людьми из ближайшего социального окружения является значимым ресурсом при переживании горя. Трудности общения лишают горящего необходимой социальной поддержки и способствуют искажению процесса переживания утраты.

Полученные данные могут быть использованы при оценке прогноза течения горя, предупреждении реакций патологического горя и хронификации сопутствующих ему психосоматических заболеваний и депрессии, а также облегчают определение мишеней клинико-психологической интервенции и выбор конкретных методов работы с людьми, переживающими утрату.

ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ

Любов Е. Б., Куликов А. Н.

ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава РФ

Актуальность. Риск суицидального поведения пациентов психиатрических больниц (ПБ), априорно наиболее тяжелых в учтенном психиатрами контингенте, весьма высок. Значителен вклад в лечение и профилактику суицидального поведения обученных суицидологии и кризисным вмешательствам у медицинских психологов как членов многопрофессиональных бригад.

Цель работы. Выяснение отношения медицинских психологов к суицидальному поведению пациентов ПБ как доказательному обоснованию целевого обучения суицидологии специалистов.

Материалы и методы. Многоцентровой (Вологда, Иркутск, Киров, Липецк, Москва, Оренбург, Пермь, Ставрополь) анонимный опрос охватил психиатров, медицинских психологов, социальных работников и специалистов, средний и младший медперсонал (всего 1862 человека). Использован оригинальный структурированный опросник, включающий 37 утверждений с пятью вариантами ответов от «полностью согласен» до «полностью не согласен», касающихся отношения к феномену суицида, возможностям диагностики и прогноза суицидального риска, лечения и профилактики суицидального поведения психически больных. Приведены данные ответов 89 психологов (4,78% респондентов):

57 женщин и 32 мужчин в возрасте $36,9 \pm 8,47$ года, с профессиональным стажем $9,75 \pm 5,17$ года.

Результаты и обсуждение. Большинство (> 80%) специалистов вне связи с регионом и стажем работы, заявленным вероисповеданием ($r = -0,02$) относятся с сочувствием к суициденту, полагает самоубийство приемлемым решением при некурабельном мучительном физическом заболевании (но не тяжелом психическом расстройстве), отводят второстепенную роль фармакотерапии и ЭСТ (в особенности) как средств минимизации суицидального риска, не склонны уделять внимание выявлению суицидального риска у пациентов при рутинном тестировании, скептически относясь к возможностям прогнозирования суицидального риска и своей роли в разработке индивидуального терапевтического плана для пациента в группе риска суицида. Признаётся недостаточность специальных знаний и полезность обучения суицидологии в рамках тематического усовершенствования на рабочем месте.

Заключение. Предварительные данные опроса указывают на необходимость целевого обучения суицидологии медицинских психологов с целью повышения эффективности лечения и профилактики суицидального поведения пациентов ПБ.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ВЕДЕНИЯ

Марченко Т. В.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

Цель работы - исследование динамики клинических проявлений при шизофрении на амбулаторном этапе ведения в процессе психосоциальной терапии. Методы: клиничко-психопатологический метод с применением опросника SCL-90-R.

Обследовано 34 пациента с диагнозом параноидная и кататоническая шизофрения, проходившие психо-социально-реабилитационные мероприятия в ОАПСР. До начала психо-социотерапии высокие показатели получены по шкале «соматизация» ($1,8 \pm 0,75$; $p > 0,05$), что свидетельствует о наличии дистресса, возникающего от осознания нарушений функций тела. Параметр включает жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и другие системы. Также одни из высоких показателей синдромального профиля до начала прохождения психосоциотерапии получены по шкале «депрессия» ($1,88 \pm 0,74$ б.; $p > 0,05$). Депрессивный синдром проявлялся симптомами угасания интереса к деятельности, недостаточностью мотивации и потери жизненной энергии, чувством безнадежности и бесполезности, замедлением темпа познавательных процессов. В обследуемой группе в синдромальном профиле одним из ведущих является параметр «обсессивность - компульсивность» ($1,9 \pm 0,73$; $p > 0,05$). Его содержание

отражается в наличии навязчивых депрессивных мыслей, импульсов, действий с осознанием их болезненности и тщетности борьбы с ними. Значения, превышающие нормативные показатели, получены по шкале «паранойяльность» ($2,03 \pm 0,8$; $p > 0,05$), что указывает на наличие проецирующего мышления, подозрительности, резидуальных идей отношения. Значения шкалы «межличностная тревожность» также превышают нормативные значения ($1,7 \pm 0,81$; $p > 0,05$), что указывает на чувства личной неадекватности и неполноценности. Фактор включает пункты, отражающие самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии. Отражает склонность к рефлексии и пониженную самооценку с отрицательными ожиданиями.

Таким образом, до прохождения группой пациентов психо-социотерапии выявлены следующие симптоматические комплексы (превышение нормативных значений по психопатологическому опроснику SCL-90-R): соматизация, обсессивность-компульсивность, паранойяльность, депрессия, интерперсональная сенситивность. Общий индекс выраженности симптоматики значительно превышает нормативные значения ($1,57 \pm 0,58$; $p > 0,05$), что также указывает на высокий уровень дистресса у больных. Пациенты были исследованы

.....

тем же опросником после прохождения ими курса психосоциотерапии, результатом которой явилось статистически достоверное снижение уровня тяжести симптомов (показатель GSI). Проведение групповых занятий по психообразованию, тренингу независимого проживания, тренингу мотивированного трудоустройства и тренингу когнитивных и социальных навыков в группе обследованных пациентов позволило снизить соматизацию (с 1,8 до 1,23;

$p < 0,05$), межличностную тревожность (с 1,7 до 1; $p < 0,05$), депрессивность (с 1,89 до 1; $p < 0,05$), враждебность (с 1,15 до 1,1; $p < 0,05$), паранойяльность (с 2,03 до 0,97; $p < 0,05$), психотизм (с 0,86 до 0,78; $p < 0,05$). Клинически это выражалось в улучшении аффективного статуса больных, снижении интенсивности ипохондрических жалоб, повышении активности, прежде всего, в стремлении к социальным контактам.

Литература

1. Ардашкин, И. Б. *Содержание и методика психосоциальной работы в системе социальной работы* / И. Б. Ардашкин. - Томск: ТПУ, 2004. - 156 с.
2. Козлов, В. В. *Работа с кризисной личностью* / В. В. Козлов. - М.: Изд-во «Институт Психотерапии», 2003. - 302 с.
3. Курс лекций «Методика психосоциальной деятельности в системе социальной работы». Мельникова Н. А. *Социальная психология. Конспект лекций*. Режим доступа: biblioteki.net.
4. Торохтий, В. С. *Психология социальной работы с семьей* / В. С. Торохтий. - М.: ЧСП РАО, 1996. - 220 с.
5. Шмелева, Н. Б. *Социальная работа: личность и профессия (аспект развития)* / Н. Б. Шмелева. - Ульяновск: Ульяновский государственный университет, 1999. - 209 с.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОШИБОК МЫШЛЕНИЯ СО СВОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Марченко Т. В.¹, Чабанов А. О.², Антохин Е. Ю.^{2,3}

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»,

²АНО «ОренПроПси», г. Оренбург, Россия,

³ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ

Проблема изучения взаимосвязи между ошибками мышления и свойствами личности у больных рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) является наиболее актуальной. Почти каждый человек испытывает неприятные мысли, когда он находится в плохом настроении. Однако во время депрессии эти мысли становятся чрезвычайно негативными, искажая восприятие реальности. Своевременное выявление неадаптивных форм мышления, препятствующих выздоровлению пациентов, способствует также использованию эффективной психотерапии.

Цель работы - исследование ошибок мышления и свойств личности у больных рекуррентным депрессивным расстройством. Методы: опросник «ошибки мышления по А. Беку» для диагностики ведущих ошибок мышления, методика Е. Неім «Способы преодоления критических ситуаций» для изучения особенностей копинг-поведения, опросник перфекционизма Н. Г. Гаранян, А. Б. Холмогоровой - изучение требований к себе, стандартов качества, особенностей переработки социально значимой информации, опросник SVF - исследование стилей (на-

правлений) совладающего поведения. Результаты: наибольшее количество достоверных ($p < 0,05$) прямых и обратных взаимосвязей свойств личности больных РДР установлено при ошибке мышления «катастрофизация» (62,5%), «персонализация» (50%). При оценке свойств личности больных РДР ведущим копинг-поведением по методике Е. Неім является пассивная кооперация в эмоциональной сфере (3,1 балла (б.)) и игнорирование в когнитивной сфере (2,06 б.), ведущий копинг-механизм - обращение к лекарствам (60,22 б.), тенденция избегания (59,58 б.), по перфекционизму - «Восприятие других людей как делегирующих высокие требования» (17,08 б.). Среди ошибок мышления ведущие - катастрофизация (3,3 б.) и мысленный фильтр (2,5 б.). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что мышление пациентов с РДР носит преимущественно дезадаптивный характер, пациенты предвидят только неприятное в своем будущем, делают ложные негативные выводы о ситуациях, не опираясь на достоверные данные, что обозначает «мишени» психотерапевтической работы.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Медведев В. А., Муравьев В. Ю., Борисова Е. В., Юсупова А. М.
ГБУЗ «Орская областная психиатрическая больница № 3»

Доля пациентов с длительным пребыванием в психиатрической больнице и связанная с ней средняя продолжительность стационарного лечения - показатели клиничко-экономической эффективности работы психиатрического стационара [1, 2, 3]. Понимание определяющих их факторов важно для разработки лечебно-реабилитационных программ.

Целью исследования было выяснение причин и условий длительного нахождения пациентов в психиатрическом стационаре. Для этого длительность стационарного лечения была соотнесена с некоторыми клиническими и социальными факторами.

Клиничко-статистическим методом обследованы все пациенты - 138 мужчин и 62 женщины - в возрасте от 19 до 83 лет, находящиеся на стационарном лечении (кроме принудительного) в «Областной психиатрической больнице № 3» (г. Орск) более 1 года. Их доля среди всех стационарных больных составила 33,1%, значительно превысив общероссийский показатель - 22,2% [1]. Значительное преобладание в исследованной группе мужчин - в 2,2 раза, - отражало общее соотношение пациентов мужского и женского пола в стационаре - 2,34 к 1. Возрастной состав больных выявил прямую зависимость длительности госпитализации от возраста. Доля «хроников» оказалась наибольшей - 43,6% - среди пациентов

с умственной отсталостью, несколько меньшей - 37,5% - среди больных шизофренией, наименьшей - 29,3% - в группе органических психозов и деменций. Удлинение госпитализации положительно коррелировало с давностью психического заболевания, наиболее сильно - при 15 и более годах, а также с врожденной природой болезни. 33,5% пациентов нуждались в купирующей психофармакотерапии, 57,5% получали поддерживающее лечение, не требующее стационарных условий, 9% лечение не проводилось. Сопутствующая соматическая патология в большинстве случаев не влияла на затягивание сроков госпитализации, за исключением туберкулеза легких у 27,5% пациентов, требующего длительного специфического лечения. Абсолютное большинство «хроников» имели образование не выше среднего, лишь 3% - высшее. У 91,5% «хроников» трудоспособность была утрачена, 18% нуждались в постоянном надзоре и уходе. Лишь у 3 пациентов (1,5%) частично сохранялась трудоспособность. Более половины исследуемых (66%) имели трудовой стаж от 1 до 20 и более лет, 33% никогда не работали. 40% «хроников» сохраняли дееспособность, тогда как 60% были ее лишены. Менее одной трети из них (30%) имели опекунов. У 26% больных не было родственников, ни у одного не было супруга или суп-

руги, но многие имели детей - 11,5%, родителей - 14,5%, родных братьев или сестер - 33,5%. Однако регулярные контакты с родственниками поддерживали лишь 28,4% пациентов, 23% навещались родными эпизодически, а 48,6% полностью утратили родственные связи. У 52% «хроников» не было собственного жилья, 30,5% обладали совместной с родственниками жилплощадью, 17,5% - отдельным жильем.

Таким образом, длительное пребывание пациентов в психиатрическом стационаре обусловлено сложным сочетанием клинических и социальных факторов. Наиболее значимые из них - это возраст старше 18 лет, и особенно старше 60 лет, лишение дееспособности, отсутствие опекуна, нозологическая форма, наиболее часто - умственная отсталость, относительно реже - шизофрения и органические психозы, ведущий психопатологический синдром в виде выраженного эмоционально-волевого дефекта и бредового, наличие сопутствующего туберкулеза легких, длительность психического заболевания

более 15 лет или его врожденный характер, утрата трудоспособности и нуждаемость в постороннем уходе, утрата навыков самообслуживания. Не защищает от статуса «хроника» и наличие близких родственников. Такие факторы, как пол, отсутствие жилья, судимость, совершение общественно-опасных деяний и принудительное лечение в прошлом, не оказались значимыми. Условиями, защищающими больных от многолетнего нахождения в психиатрической больнице, являются наличие высшего образования, трудового стажа до госпитализации, наличие супруга или супруги.

Полученные данные позволяют выделить среди пациентов «группы риска» по длительному пребыванию в стационаре, определить комплекс лечебных и психосоциальных мероприятий, включая психообразовательную работу с родственниками больных, тренинги навыков самообслуживания и самостоятельного проживания, предупреждения инвалидизации, сохранение работы и жилья.

Литература

1. Чуркин, А. А. Анализ динамики основных показателей стационарной помощи больным психическими расстройствами в Российской Федерации в 1991 - 2007 гг. / А. А. Чуркин // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. - В 2 т. - Том I. - СПб. - 2009. - С. 60 - 67.

2. Шевченко, Л. С. Актуальные вопросы экономической деятельности психиатрических стационаров / Л. С. Шевченко // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи. - В 2 т. - Том I. - СПб. - 2009. - С. 68 - 72.

3. Ястребов, В. С. Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи / В. С. Ястребов и соавт. // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. - № 1. - С. 28 - 33.

.....

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Местечко В. В., Соловьев А. Г., Новикова И. А.

ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер»

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск, Россия

Актуальность. По данным статистики, население РФ за последнее десятилетие устаревает. Низкий уровень рождаемости создаёт ситуацию увеличения населения в возрасте 60 лет и старше (более 17%); подобная тенденция регистрируется и в Архангельской области (более 16%). Повышается численность населения старше трудоспособного возраста: в РФ более 21%, в Архангельской области более 20%. Растёт число работающих лиц пожилого возраста [1].

Одновременно с этим имеется рост доли психических расстройств непсихотического характера ко всем психическим и поведенческим расстройствам в РФ за 12 лет по болезненности более 51%, по заболеваемости более 75% в 2008 г. [2, 3]. В Архангельской области те же показатели в 2010 г. составили соответственно 52,2% и 74,3%. Среди всех психических расстройств непсихотического характера в Архангельской области растёт доля лиц в возрасте 60 лет и старше (более 12% в 2010 г.). По нозологической структуре наблюдается увеличение доли органических непсихотических расстройств (ОНР) среди всех психических расстройств непсихотического характера: по заболеваемости в РФ более 43% (2005 г.) и по болезненности - более 36% (2008 г.) [2, 3]; в Архангельской области - 19,8% и 24,0% соответственно (2010 г.).

Цель работы: проанализировать динамику распространённости и первичной заболеваемости ОНР у лиц пожилого возраста в Архангельской области.

Материалы и методы. Проведённый анализ распространённости и первичной заболеваемости ОНР основан на данных годовых статистических отчётных документов лечебно-профилактических учреждений, оказывающих психиатрическую помощь («Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)» - форма № 10) за период 1999 - 2010 годы. Показатели среди населения в возрасте 60 лет и старше сравнивались с общими показателями среди всего населения.

Результаты и обсуждение. Анализ динамики распространённости ОНР среди населения Архангельской области показал, что начиная с 1999 года отмечалась общая тенденция повышения с двумя пиками в 2007 и 2010 годах (с 295,9 до 529,3 на 100 тыс. населения) на 44%. У пожилых пациентов отмечалась та же тенденция (с 33,2 до 114,5 на 100 тыс. населения) увеличения по болезненности на 71% и по распространённости на 63% (с 10,8 до 29,2 на 100 тыс. населения) с пиком в 2007 году.

Доля ОНР лиц пожилого возраста среди всех ОНР (по болезненности) за указанный период возросла (с пиком в 2007 году) почти в 2 раза (с 11,2% до 21,8%) и составила пятую часть всех ОНР; по заболеваемости - пожилые пациенты составляли более 1/5, с увеличением от 16,9% до 23,4% (на 28%) и с пиком в 2007 году.

Среди непсихотических психических расстройств в пожилом возрасте преобладала доля ОНР (по болезненности), занимая более половины, и увеличилась на 39% (с 40,9% до 66,8%, с пиком в 2007 году); по заболеваемости - более половины непсихотических психических расстройств у лиц старше 60 лет приходилось на ОНР, с возрастанием от 37,9% до 58,5%.

По болезненности в структуре всех пограничных психических расстройств ОНР среди лиц пожилого возраста занимали пятую часть, увеличившись за период 1999 - 2010 годы в 2 раза, с 11,7% до 22,2%; а по заболеваемости был зафиксирован рост почти на 1/3 (28%), с 16,5% до 23%, с пиком в 2007 году.

Заключение. Выявленная тенденция к увеличению количества пожилых пациентов с ОНР определяет необходимость более детального изучения этой категории больных, разработки более совершенных алгоритмов психотерапевтического лечения на разных этапах оказания медицинской помощи.

Литература

1. *Российский статистический ежегодник. 2011. - Стат. сб. / Росстат. - М., 2011. - 795 с.*
2. *Чуркин, А. А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2008 году / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Российский психиатрический журнал. - 2009. - № 4. - С. 35-40.*
3. *Чуркин, А. А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2011. - № 1. - С. 3-9.*

ВКЛАД ПСИХОТЕРАПИИ В ФИЛОСОФИЮ ПОЗНАНИЯ

Носачев Г. Н.

*ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ*

Психотерапия, родившаяся в недрах человеческой деятельности как одна из форм взаимодействия людей, в умах многих исследователей продолжает оставаться диалогичной: искусство или наука? Философия, являясь самопознанием духа вообще, соприкасается не только с наукой, но учитывает достижения других форм общественного сознания: культуры, искусства, религии и др., в том числе и психотерапии. Недаром в конце XX века итоги мировоззренческих поисков о грядущем мозаичном и постсовременном образе мира привели к понятиям «третья культура» (И. Пригожин), «третья волна» (О. Тофлер), «третья цивилизация» (Ф. Сагаси).

Цель - бегло оценить вклад психотерапии в философию познания.

Из прагматического метода психотерапия (психотерапевтический метод) в XX - XXI веках постепенно превращается в самостоятельный научный метод естественных наук о человеке, как метод аксиологических наук. Антропологический и биопсихосоциальнодуховный подходы к человеку и пациенту позволили пересмотреть концепты и принципы в интерпретации психотерапии. В концептуальной иерархии философии науки принципы - методы - законы - модели - понятие «психотерапия», являясь методом воздействия (интервенции) на человека в рамках четырёх практических моделей (медицинской, психологической, социальной, философской), имеет множество частных моделей, ме-

тодик и понятий с их частной интерпретацией. Сегодня можно смело заявить, что противопоказаний к использованию психотерапевтического метода в биологии не существует (имеются противопоказания к отдельным методикам).

В философии науки XX века произошел, с одной стороны, прагматический поворот, который способствовал становлению прагматического метода, а с другой, синергетический - процессы самоорганизации структур, различных по своей природе - от электрона до человека и общества. На уровне субнаук, к одной из которых следует отнести психотерапию, прагматический метод актуален только для аксиологических дисциплин (модели использования психотерапевтического метода).

Разработка в рамках теоретико-практических знаний психического воздействия на человека (психотерапии) привело к формированию целого ряда направлений: психоаналитического (динамического), бихевиорального, транскультурального и др. Если взглянуть хотя бы бегло на вклад психоанализа в познание человека, то получится значительный перечень категорий: бессознательное, структура и развитие личности, катарсис и ряд других, которые вышли за рамки собственно психотерапии. Но именно динамическое направление демонстрирует синергетическое состояние хаоса и порядок. Попытки создания теории направленного беспорядка опираются на обширные классификации и типологии хаоса.

Человек, его личность, его ценности и болезни - основа изучения и манипулирования психотерапевтического метода. Человек не только динамичен, он наделен значительной мерой неопределенности. Расширение духовной среды обитания человека меняет облик самого человека, и тогда человек, что особенно подчеркивалось русской соборной философией, не только личен, но и человечен. А Юнг призывал к формированию и развитию гармонизации внутреннего мира человека и превращению современного человека в человека здравого и умелого. Что возможно только в обществе при наличии такой языковой реальности как язык.

В любой момент существования общество нуждается, во-первых, в синхронном оперативном адресном общении как в средстве согласования взаимодействий людей и, во-вторых, в диахронном общении как средстве передачи информации от поколения к поколению, от человека к человеку. Язык как общественная реальность выступает, по мнению Ф. де Соссюра, и как единство противоположных сторон: знака и значения, языка и речи, социального и индивидуального. Двуединая природа языка формирует предмет и цель, в том числе в психотерапии, «одевают-

ся» мысли. Именно через язык возникает возможность выяснения соотношения души и тела, психического и соматического (психофизиологическая проблема, в том числе и в психотерапии).

Познание внешнего и внутреннего мира через мышление с последующей их вербализацией - выражением в слове и через слово, рефлексивностью - осмыслением и концептуализацией - построением моделей, формирует новое, актуальное звучание, в котором отражается как сложность реального мира, так и противоречивость самого познавательного процесса.

Выделяя психотерапевтический метод как совокупности приемов и операций, направленных на практическое и теоретическое освоение взаимодействия человека с человеком, мы понимаем всю многоуровневую концепцию методологического знания, в-первую очередь, в частной методологии отдельных направлений психотерапии. Эмпирический и теоретический уровни познания нельзя отождествлять с соотношением рационального и чувственного. Но назрела не только практическая, но и (особенно) теоретическая необходимость развития общей методологии психотерапевтического метода (психотерапии как науки).

.....

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ

Носачев Г. Н.¹, Носачев И. Г.¹, Дубицкая Е. А.²

¹ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ

²ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»

Клинический метод, а в психиатрии - клиничко-психопатологический, был и остается ведущим методом в медицине. Метод как совокупность приемов и операций, направленных на теоретическое или практическое освоение действительности и позволяющий идти и не сбиться «с правильного пути». Клиническая психология, включая психодиагностику, заняла свое достойное место как в психиатрии, сформировав соответствующий раздел - патопсихологию, так и в неврологии - нейропсихологию, а в клинической медицине и клинической психологии - клиничко-психологический метод.

Цель - сопоставление понимания и использования клиничко-психологического метода в клинической диагностике в психиатрии и неврологии (на примере диагностики деменций).

Анализ национальных руководств по психиатрии и неврологии [2, 3] показывает, что такой подраздел отсутствует. В руководстве по психиатрии выделяется подраздел «Универсальные психометрические шкалы», обсуждаются надежность и валидность ряда шкал и опросников, но вынужден указать на их ненадежность в руках врача и изменчивость при динамике психического расстройства. А если прибавить отсутствие опыта, навыков и теоретических знаний, таких как психология личности пациента и основы психодиагностики, то

сомнение в их диагностической ценности увеличивается во много раз. Именно на этот факт указывает М. К. Акимова с соавт. (2003), полагая, что психологическая диагностика невозможна без знаний основных законов психологии, и называют это увлечение «диагностоманией», а исследователя - «неквалифицированным пользователем» [4].

За последние десять лет, особенно в неврологии, появилось более четырех десятков методических рекомендаций, практических пособий и руководств для врачей по диагностике синдрома деменции [1, 5], в которых широко используются психодиагностические методики.

Так, О. С. Левин [1] приводит следующие общие принципы (подходы) к диагностике деменции: 1) сбор анамнеза; 2) нейропсихологическое исследование; 3) неврологический осмотр; 4) общий осмотр; 5) исследование аффективных и поведенческих нарушений; 6) исследование функционального статуса (уровня поведенческой активности) пациента; 7) лабораторное исследование и другие. Было бы логично считать, что как не будет невролог сам проводить лабораторные исследования крови, так и психологические исследования соответственно будет проводить психолог. Но порядок диагностики показывает, что невролог посылает пациента к психологу раньше проведения неврологического и общего осмотра па-

циента, который пришел к врачу-специалисту. В большинстве книг автора приводится обилие психологических тестов и опросников, которые рекомендуется проводить самим врачам-неврологам.

Таким образом, к настоящему времени понятие «клинико-психологический метод» может рассматриваться как субклинический метод в руках врача для диагностики психических расстройств и как широкое понятие в клинической психологии, когда психолог проводит пато- или нейропсихологическое исследование. Для врача-психиатра или невролога отдельные скрининговые тесты и опросники дают основания для дифференциальной диагностики и формирования запроса для пато(нейро)психолога. Самостоятельное использование ряда тестов и опросников, тем более диагностика на их основе, может привести к диагностическим ошибкам и к нарушению прав пациента, привести к его стигматизации и самостигматизации.

Наиболее организационно методически психологическая диагностика в рамках клинико-психологического исследования разработана в судебной психиатрии, где не только отработан набор методик (скрининговые в них не входят), но и рассчитан их временной диапазон. Указано и правовое обоснование - компетентность клинического (медицинского) психолога.

Следовательно, скрининговые методики исследования психических функций позволяют врачу в рамках предварительного диагноза и дальнейшего его уточнения сформулировать перед патопсихологом или нейропсихологом клинико-психологический запрос о наличии патопсихологического или нейропсихологического синдрома, динамику его терапевтической редукции и последующей реабилитации.

Юридическая (консультативная и судебная) практика свидетельствует о том, что вопрос о компетентности конкретного лечащего врача в определенной клинической ситуации не является столь простым и очевидным, как это может показаться с первого взгляда. С одной стороны, вся ответственность за диагностику, терапию и реабилитацию законы возлагают на лечащего врача, но с другой - он должен обладать соответствующими знаниями и умениями. Еще более ошибочно использование психодиагностики врачами (исследователями) соматического профиля. Сегодня знания в области клинической, общей и личностной психологии скупо преподаются в вузе, но психодиагностика в клинической практике не преподается точно, а следовательно, нет и навыков проведения экспериментально-психологического исследования и выбора тестовой батареи и специальных индивидуальных тестов и опросников для конкретного пациента.

Литература

1. Левин, О. С. *Диагностика и лечение деменции в клинической практике* / О. С. Левин. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 256 с.
2. *Неврология: национальное руководство* / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1040 с.
3. *Психиатрия: национальное руководство* / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнамова, В. Я. Семке, А. С. Тиганов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1000 с.
4. *Психологическая диагностика: учебное пособие* / под редакцией М. К. Акимовой. - СПб: Питер, 2005. - 304 с.
5. *Яхно, Н. Н. Деменции: руководство для врачей* / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина, Н. Н. Коберская, Э. А. Мхитарян. - 3-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 272 с.

.....

ПРАВОМЕРНО ЛИ ВЫДЕЛЕНИЕ «ПРЕДДЕМЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ»: СЕМИОТИЧЕСКИЙ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ И ЭТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД

Носачев Г. Н.¹, Носачев И. Г.¹, Дубицкая Е. А.²

¹ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ

ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер»

Клиническая «мода» на когнитивную психологию, бездумная подмена на «новые» термины ранее описанных создают ложное представление об инновациях и оптимизации в медицине. Вслед за этим появляются такие же малопонятные (если не хуже) «новые» термины. За последние годы в психиатрии, и особенно в неврологии, появился целый ряд «новых» терминов: «преддементные», «додементные» состояния [1, 2, 5] «мягкие деменции» [1], «легкая, умеренная и тяжелая деменция» [3].

Цель - семиотический, нормативно-правовой и этический анализ указанных выше терминов и ошибочность их использования в повседневной клинической практике.

Базовым термином является понятие деменция, которое всеми авторами определяется как клинический синдром (состояние). Одновременно ряд авторов, преимущественно неврологов, употребляет этот термин как единственно обобщающий целый ряд неврологических заболеваний с одним исходом (прогнозом) - деменцией. Расходятся авторы и в симптоматальной структуре синдрома деменции: «снижение интеллекта» [1, 2], «полифункциональные когнитивные нарушения, выраженные в значительной степени» [5], «синдром приобретенного прогрессирующего снижения интеллекта» [4],

«стойкое оскудение психической деятельности с нарушением ряда высших корковых функций, сопровождающихся обеднением эмоций, нарушением эмоционального контроля, поведения или мотивации» [3]. Одни авторы, путая или обобщая базовое расстройство - когнитивные, интеллектуальные, познавательные, высшие психические, высшие корковые [1, 2, 5], - сводят все к когнитивному дефициту, другие - включают в синдром деменции снижение, искажение и угасание всех составляющих психической деятельности [3]. Еще менее понятными и практически на уровне обобщающих утверждений являются термины «додементные», «преддементные», к которым относят легкие (ЛКР) и умеренные (УКР) когнитивные расстройства (не все авторы их выделяют и разделяют), т. е. авторы [1, 2, 5] считают их синдромами, предшествующими деменции. Но если синдромальный подход оправдан в клинической и нормативно-правовой оценке, обобщающий ещё условно можно признать оправданным (хотя с достаточной натяжкой), то с позиций этических и нормативно-правовых это не только неправомерным, но стигматизирует и дискриминирует не только пациентов, но и врачей. Всё это может привести к потере пациентами тех или иных гражданских прав (на-

пример, признание недееспособным), к избеганию уголовной ответственности (ибо в статье 21 УК РФ медицинским критерием является слабоумие).

По-видимому, к предыдущим понятиям следует отнести термин «мягкие деменции». Термин родился в скрининговой психодиагностике в качестве предварительного диагноза психического состояния, в частности, в тесте MMSE (Mini-Mental State Examination) (Folstein et al., 1975), который широко применяется в практике (часто - в исследовательской) неврологов и психиатров. Именно в данном клинико-психологическом тесте используется количественная оценка в виде лёгкой, умеренной и тяжёлой деменции. Но этот психологический тест и особенно семантическое обозначение числовых данных уверенно переключивается в клинические диагностические обозначения без всякого клинического описания и структурирования синдромов, тем более без дифференциальной диагностики. И совершенно непонятно как эта сомнительная количественная диагностика синдрома деменции могла оказаться на страницах Национального руководства по психиатрии [3]. Однако следует указать, что тот же автор в руководстве по геронтологической психиатрии избегает указанного деления деменций (в приложении указанный тест является первым, но без количественных оценок). Приведем два

примера последствий. Так, О. С. Левин выделяет подглаву «Деменция и дееспособность», где утверждает: «Диагноз деменции не является синонимом недееспособности...» На стадии легкой деменции дееспособность пациентов часто бывает сохранена и утрачивается лишь по мере нарастания её проявлений» [1, с. 25-26]. Удивительно! Легкая деменция есть, а слабоумия нет? Автор, правда, избегает использования, так же как и описания данного термина в дальнейшем тесте. Не менее «оригинальные» выводы на основании теста MMSE получил врач-кардиолог при исследовании пациентов на 3 - 4 день после операции аортокоронарного шунтирования. По данным автора, половина пациентов в послеоперационном периоде «дементна и недееспособна». Этические и нормативно-правовые последствия данных утверждений невосполнимы. Именно неоправданное использование психологических тестов у подобных пациентов привело к появлению термина «потенциально обратимых деменций» [1].

Следовательно, в практической неврологии и психиатрии при формировании «новых» терминов необходимо помнить о пациентах, их правах, моральных установках и ценностях, личностных особенностях, чтобы избежать стигматизации и дискриминации пациентов. А врач должен помнить о профессиональной компетентности и этике ответственности.

Литература

1. Левин, О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О. С. Левин. - Изд. испр. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 192 с.
2. Левин, О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О. С. Левин. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 256 с.
3. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнамова, В. Я. Семке, А. С. Тиганов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1000 с.
4. Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. С. И. Гавриловой. - М.: Пульс, 2011. - 380 с.
5. Яхно, Н. Н. Деменции: руководство для врачей / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина, Н. Н. Коберская, Э. А. Мхитарян. - 3-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 272 с.

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ, ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ

Нюхалов Г. А. Журавлёв Я. С.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2»
Областной психотерапевтический центр

Термины «экзистенциально-феноменологическая» и «гуманистическая психотерапия» традиционно воспринимаются как синонимы. Возможно, такое наложение обусловлено поверхностным восприятием названия базового труда Ж. П. Сартра «Экзистенциализм – это гуманизм» (1946). Однако следует указать, что Сартр довольно специфически трактовал термин «гуманизм» и совершенно не использовал термин «гуманистическая психотерапия». Имеются существенные различия в толковании двух подходов. Прежде всего, это различные концептуальные основания. Там, где гуманисты видят потребность, экзистенциалисты видят выбор; там, где гуманисты видят дорогу к позитивному и автоматическому росту, экзистенциалисты видят тревогу и страх быть свободным и одинаковые возможности, как для роста, так и для распада [1]. В этой связи сведение гуманистической и экзистенциальной психотерапии становится проблематичным.

Вместе с тем современная биопсихосоциальная модель психиатрии близка к теории Людвиг Бинсвангера, одного из основоположников экзистенциально-феноменологической психотерапии. Человек существует в отношении к трём уровням мира. Umwelt подра-

зумекает нас в отношении к биологическим и физическим аспектам нашего мира (бытие-в-природе). Mitwelt относится к социальному миру (бытие-с-другими). Eigenwelt буквально переводится как собственный мир и означает то, как мы осмысливаем, оцениваем и переживаем самих себя (бытие-для-себя) [2]. В современной биопсихосоциальной модели психиатрии экзистенциально-феноменологическая психотерапия видится субстратом, развивающим психологическую и социальную составляющую и учитывающим биологическую.

Таким образом, имеется возможность интеграции экзистенциально-феноменологической психотерапии в современную модель психиатрии. Подобная тенденция носит скорее эволюционный, нежели революционный характер и на фоне многообразия теоретических подходов будет сродни искусству с хорошей научной базой, а не идеологической миссией [3]. Кроме того, технический эклектизм, свойственный экзистенциально-феноменологической психотерапии, «обходит неразбериху, которая обычно возникает при попытке смешать различные модели для получения единой теории» [4].

Литература

1. Кори, Д. Теория и практика группового консультирования / Д. Кори. - М.: Эксмо, 2003. - 640 с. (С. 352).
2. Прохазка, Дж. Системы психотерапии: для консультантов, психотерапевтов и психологов / Дж. Прохазка. - СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. - 383 с. (С. 82).
3. Коттлер, Дж. Совершенный психотерапевт: Работа с трудными клиентами / Дж. Коттлер. - СПб.: Питер, 2002. - 352 с. (С. 40).
4. Lazarus, A. A. The Need for Technical Eclectism. In J. K. Zeig (ed.) *The Evolution of Psychotherapy*. - New York: Brunner/Mazel, 1986.

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭПИЛЕПТОГЕННЫХ ОЧАГОВ НА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Питаева А. Л.¹, Городошникова И. В.¹, Бомов П. О.²,
Горина В. В.¹, Можаяева Н. И.¹, Алимova Л. В.¹

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

²ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ

Типичные характерные изменения личности при эпилепсии представляют собой, наряду с пароксизмальными состояниями, важный диагностический критерий этого заболевания. Некоторые исследователи отрицают специфичность личностных изменений у больных эпилепсией на том основании, что в значительном числе случаев при характерных эпилептических изменениях психики обнаруживаются органические заболевания головного мозга различного генеза (Davidson K., Bagley Ch., 1969). В литературе также отражены попытки установить корреляции между выраженностью изменений личности и характером пароксизмов. Г. Е. Сухарева (1974), М. Falconet (1971) считают, что наиболее глубокие и типичные изменения личности свойственны больным «височной» эпилепсией с психомоторными приступами и отчетливо регистрируемой на ЭЭГ локализацией эпилептического очага в медиобазальных отделах височной доли мозга.

Согласно данным L. I. Muskens (1926), а позже и других авторов, изменения личности являются следствием хронического употребления антиэпилептических средств, в особенности барбитуратов. Действительно, длительное применение барбитуратов, в течение

ряда лет, особенно в больших дозировках, безразлично для организма. Вполне возможно, что, подавляя процесс возбуждения эпилептического очага, они создают застойное частичное тормозное состояние (фазовое), имеющее значение для формирования и поддержания замедленности и инертности психических процессов.

Каждая в отдельности из изложенных выше концепций не может объяснить всю гамму психических отклонений, встречающихся при эпилепсии. Вероятнее всего, имеет значение совокупность факторов, комбинация и удельный вес которых в различных случаях не одинаковы. В этом отношении ближе всего к истине стоят авторы, которые рассматривают изменения личности как результат сочетанного влияния нескольких моментов. А. А. Перельман (1937), Н. М. Erickson (1941), G. Jones (1953) отмечают, что патологические черты личности при эпилепсии правильнее всего можно объяснить, с одной стороны, поражением мозга, с другой - трудностью адаптации больных и реакцией их на заболевание.

Целью исследования стало изучение взаимосвязи локализации эпилептогенного очага и степени выраженности и характера изменений личности у женщин, больных эпилепсией.

На базе общепсихотического женского отделения ОКПБ № 1 обследованы 35 больных, страдающих эпилепсией в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст - $37 \pm 4,2$ года), находящихся на стационарном лечении. Средний возраст начала заболевания и средняя продолжительность эпилепсии составили соответственно 17 и 10 лет. Средняя продолжительность лечения противоэпилептическими препаратами составила 10 лет. Критериями включения в исследование являлся верифицированный диагноз органического расстройства личности в связи с эпилепсией. Критериями исключения были наличие опухолевого процесса головного мозга, эндогенного заболевания. При исследовании использовались следующие методы: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, патопсихологический, инструментальный (электроэнцефалографическое исследование).

Диапазон изменений личности при эпилепсии оказался весьма значителен - от сравнительно нерезких характерологических особенностей до расстройств, свидетельствующих о глубоком, специфическом для этого заболевания слабоумии. Для всех обследованных больных был характерен психический инфантилизм. Он выражался незрелостью суждений и эмоциональных реакций, особым сверхценным отношением к родным, а также религиозностью.

Наибольшие изменения личности у пациенток, в подтверждение исследованиям И. С. Теца (1977), такие как раздражительность, вспыльчивость, обидчивость, конфликтность, отмечаются при лобной локализации очагов (12 больных). В поведении они были демонстративны, манерны, использовали шантажное поведение, заискивали перед медицинским персоналом. Для этой локализации эпилептогенных

очагов характерны также расстройства когнитивной сферы в виде конкретной направленности мышления и замедленности его темпа, вязкости, торпидности протекания психических процессов, труднопереключаемости, обстоятельности, олигофазичности речи, снижения памяти как на ближайшие события, так и на события прошлых лет.

Локализация эпилептогенного очага в медиобазальных отделах больших полушарий отмечалась у 19 больных. У данной категории пациенток при левостороннем нахождении очага зафиксированы психастеноподобные черты в виде нерешительности и неуверенности, эмоциональная скудность и торпидность аффекта, ипохондричность и готовность к сверхценным образованиям.

Височная локализация эпилептогенного поражения отмечалась у 4 больных. При данном расположении очага были диагностированы наиболее значительные изменения в интеллектуально-мнестической сфере, довольно часто были дисфоричные проявления. У 1 пациентки из этой группы во время стационарного лечения возникло психотическое галлюцинаторное состояние, что подтверждает данные литературы о частом появлении психозов именно при височной локализации.

Полученные данные свидетельствуют об определенной зависимости качественных изменений личности и локализации эпилептогенных очагов. В нашем исследовании подтвердились данные литературы о выраженности психопатоподобных расстройств у пациенток с лобной локализацией патологического очага. Полученные данные имеют не только теоретическое значение и помогут в прогнозировании типа расстройств личности, результаты исследования будут положены в основу реабилитационных мероприятий данного контингента больных.

ОСОБЕННОСТИ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ БРЕДОВОГО УРОВНЯ В СТРУКТУРЕ МАНИФЕСТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Попович У. О.

ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, г. Москва, Россия

В течение последнего десятилетия внимание многих исследователей обращено к проблеме так называемых ранних этапов течения эндогенных психозов, включая анализ первых психотических приступов у больных юношеского возраста. В рамках изучения данной проблемы особую актуальность приобретает исследование манифестных состояний с ипохондрическими бредовыми идеями в связи с их полиморфизмом, частотой встречаемости и трудностями квалификации.

Целью настоящего исследования явилось определение особенностей ипохондрических расстройств бредового уровня, формирующихся в структуре манифестного состояния эндогенных психозов юношеского возраста, разработка критериев их психопатологического разграничения с учетом нозологии и влияния на прогноз.

Материалы и метод исследования. Клинико-психопатологическим методом были обследованы 24 больных юношеского возраста (16 - 25 лет), мужского пола с ипохондрическими расстройствами бредового уровня в структуре эндогенного психоза (F20, F25, F31).

Результаты и обсуждение. Проведенный этап исследования показал, что ипохондрические бредовые расстройства, возникающие при манифестных психотических состояниях юношеского возраста, чаще форми-

ровались в структуре полиморфных психопатологических образований. Развитию ипохондрических бредовых идей предшествовали сенесталгии и телесные сенсации (45,8%), получавшие в дальнейшем бредовую трактовку, сверхценные дисморфофобические расстройства (29,1%), которые в дальнейшем были тесно спаяны с фабулой ипохондрического бреда, а также небредовая ипохондрия (25,1%). Наиболее значительной была доля участия экзогенных провокаций (50,0%), в 29,2% наблюдений в качестве провоцирующего фактора выступали соматогении, в 20,8% случаев эндогенное заболевание манифестировало аутохтонно. Ипохондрический бред был преимущественно монотематическим, при этом в его фабуле нередко прослеживалось звучание предшествующего «наркотического опыта». Отмечалась тенденция к систематизации бредовых ипохондрических идей, в то время как большинство коморбидных психопатологических образований приступа отличались большей подвижностью и видоизменениями. В 33,3% случаев бредовые ипохондрические расстройства формировались в структуре шизоаффективного психоза. Заболевание в этих случаях начиналось с аффективных расстройств циклотимического уровня, к которым в дальнейшем присоединялись элементы психического автоматизма, бред

преследования, воздействия, инсценировки. Бредовые идеи ипохондрического содержания возникали на высоте приступа, были относительно кратковременными (2 - 4 нед.), развивались по механизму острого чувственного бреда. Бредовая ипохондрическая фабула при этом существовала относительно изолированно, не получая последующей идеаторной разработки. В 29,2% случаев бредовые ипохондрические расстройства возникали в структуре психотических состояний на начальных этапах параноидной шизофрении. Заболевание чаще начиналось в раннем юношеском периоде (длительность инициального этапа - 5 - 7 лет). Параллельно с нарастающими дефицитарными расстройствами происходило формирование сверхценной ипохондрии, трансформирующейся при манифестации психоза в ипохондрические бредовые идеи. Ипохондрический бред возникал здесь по механизму интерпретативного бреда с тенденцией к систематизации и формированием стойкого сенесто-ипохондрического симптомокомплекса, тесно спаянного с синдромом Кандинского - Клерамбо. У 25,0% изученных больных ипохондрические расстройства бредового уровня развивались в структуре манифестного приступа при приступообразно-прогредиентной шизофрении. Инициальный этап был достаточно продолжительным (4 - 5 лет), чаще носил характер неврозоподобного или психопатоподобного. Ипохондрический бред был полимор-

фным, без достаточного уровня систематизации. Переплетаясь с канвой ведущей бредовой фабулы, возникал по механизму острого интерпретативного бреда. Существование малосистематизированного ипохондрического бреда и диффузных сенесталгий достаточно быстро приводили к формированию бредовых идей отношения, отравления, намеренного причинения вреда здоровью. В 12,5% эндогенное заболевание было расценено в рамках приступа БАР, протекавшего с созвучным аффекту ипохондрическим бредовым синдромом. Развитию манифестного состояния предшествовал инициальный этап длительностью до года. На фоне стойкого снижения настроения, сопровождавшегося аффектом тревоги, сверхценные идеи ипохондрического содержания на высоте состояния переходили в бредовые, которые формировались по механизму интеллектуального бреда воображения.

Заключение. Таким образом, в процессе проведенного исследования получены новые данные, касающиеся особенностей формирования бредовых идей ипохондрического содержания в структуре манифестных состояний при эндогенных психозах юношеского возраста. Установлены корреляции между механизмом формирования бредовых идей ипохондрического содержания, особенностями доманифестного этапа и нозологической квалификацией манифестного психотического состояния.

.....

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

*Постнов В. В., Косаченко Д. С., Максименко З. Ю.,
Шилова В. В., Рахмаева А. Ф.*

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава РФ*

Как известно, современные проблемы общества не могут не затрагивать особенности формирования личности специалиста с первых дней пребывания в вузе. Среди наиболее актуальных проблем такого характера в медицинском вузе являются особенности наркопрофилактики и ранней профилактики профессиональных личностных деформаций среди будущих врачей и клинических психологов. Усовершенствование профилактических программ мероприятий необходимо ввиду появления проблемы употребления новых психоактивных веществ, распространения и роста заболеваемости нехимическими формами зависимости (такими, как игровая, Интернет-зависимость и т. п.). Здесь же стоит отметить особые морально-нравственные требования к профессии врача в обществе. Кроме предупреждения наркотизации, для студентов-медиков остаётся актуальной (при этом - достаточно деликатной) тема профилактики алкоголизма среди медработников. Тут же стоит отметить, что алкоголизация медработников почти всегда развивается на почве нехимической аддикции в виде трудоголизма, ургентной аддикции и синдрома эмоционального выгорания. И это при том, что мероприятия по профилактике профессиональных личностных деформаций, синдрома эмоционально-

го выгорания и т. п. проводятся чаще с дипломированными врачами и редко - со студентами, когда предупредительные меры наиболее эффективны.

С этой точки зрения важно сочетанное использование мероприятий обучающего и воспитательного характера, с элементами личностного и профессионального роста.

С 1998 года, с момента образования кафедры психиатрии и наркологии ФУВ (ныне - кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии), начала внедряться концепция позитивной наркопрофилактики под руководством профессора В. А. Деречи. В Оренбургской государственной медицинской академии в рамках данной концепции предпринимается ряд мероприятий профилактического характера с учётом возрастных особенностей студентов и наркоситуации в регионе. С 2010 - 2011 учебного года в Оренбургской медицинской академии образована социально-психологическая служба, в задачи которой входят также и мероприятия по наркопрофилактике. В соответствии с задачами этой службы осуществляется проведение мониторинговых исследований среди студентов по изучению бессознательного отношения студентов разных курсов и факультетов к собственному здоровью и к психоак-

тивными веществам. При этом используются различные экспериментально-психологические методики. Например - «тест цветowych метафор» (институт «ИМАТОН», г. С.-Петербург). Методика основана на том, что испытуемый оценивает с помощью цвета понятия, характеризующие разные виды деятельности, потребности и жизненные ценности. Если человек обозначает какое-либо понятие приятным для себя цветом, то это может свидетельствовать о позитивном к нему отношении (Соломин И. Л., 2001). Данная методика применяется в стране достаточно давно и доказала свою эффективность в изучении бессознательного отношения к психоактивным веществам среди подростков.

Всего обследовано за период с 2007 по 2012 годы 720 студентов всех факультетов ОрГМА. Каких-либо значительных отличий между отдельными факультетами не выявлено, но в целом отмечено несколько тенденций, обращающих на себя внимание и способных быть основой для профилактической работы.

Понятие «Пиво» приятным для себя цветом обозначают от 2% до 15% студентов. По результатам подобного исследования, проводящегося в Оренбургской области с 2003 г. среди школьников 7 - 8-х классов, эти проценты, как правило, несколько больше - до 17%. С учётом особенностей «пивного бума», когда эпизодически потребляют пиво сейчас до 90% и более лиц студенческого возраста, это означает, что большинство из них делают это не потому, что им пиво нравится, а вследствие подражания, «за компанию» и под действием агрессивной и навязчивой рекламы. Соответственно, есть намного больше шансов, чем кажется на первый взгляд, противопоставить пивной рекламе грамотную и эф-

фективную профилактику. В частности, на позитивной основе развивать и поддерживать моду на здоровье, которое обозначили для себя приятным цветом от 65% до 72% студентов.

Понятие «Наркотики» обозначают приятным для себя цветом от 2% до 5% студентов. При очевидном спаде «героинового бума» и соответствующей моде, тем не менее кураторам студенческих групп и руководству вуза не рекомендовано воспринимать это как обнадеживающий факт. Темой для беспокойства может быть привлекательность и даже престижность некоторых видов новых («клубных») психоактивных веществ. В частности, особо актуальной темой в последние годы для ряда территорий Оренбуржья является марихуана и производные конопли, в отношении которой зафиксированы крайне опасные заблуждения и мифы среди молодёжи, усиленно насаждаемые в молодёжной прессе и на телевидении.

В число рассматриваемых понятий были включены схожие по смыслу, но имеющие отличия по принципу «более общее - частное, конкретное». Например: «алкоголь» и конкретные алкогольные продукты - «пиво», «алкогольные коктейли»; «здоровый образ жизни» (как нечто общее, абстрактное) и собственное, «моё здоровье». При минимальной разнице в цифрах, всё же обращает на себя внимание практически во всех исследованных группах студентов то, что алкогольные коктейли более привлекательны для студентов, чем понятие «алкоголь». То есть есть тенденция к более лояльному отношению к «слабоалкогольной продукции» - по принципу «пиво - не наркотик и не водка». При этом, как известно, в последние годы употребление этого продукта становится всё

.....

более проблемным и опасным для подростков и молодёжи, в том числе по причине его легальности, доступности и дешевизны.

Разница же между более общим понятием «здоровый образ жизни» и конкретным «моё здоровье» - практически во всех обследованных группах на 9 - 11% в пользу более общего и абстрактного «ЗОЖ» - говорит о необходимости принимать активные меры по развитию более активного участия студентов в поддержании собственного здоровья. Напряжённая учёба требует от молодого организма адекватного отдыха. Организовывать досуг и отдых студентов, привлекать их к спортивным и культурным мероприятиям - не просто воспитательная, но и ещё и профилактическая задача. В подтверждение этого свидетельствуют цифры потребности обследованных студентов в спорте и разных видах активного отдыха в 86 - 90% случаев. Большинство испытуемых (более 65%) относят понятия «Мое здоровье», «Здоровый образ жизни», «Спорт» к приятным и эмоционально значимым. Это может являться результатом как ценностных ориентаций студента, так и профилактических программ.

Предпочтительнее «Сигарета», чем «Табак». Это говорит скорее о том, что постоянное столкновение с поняти-

ем «Сигарета» формирует у студентов привычку к их присутствию в жизни, что становится фактором риска.

Исходя из различия в отношении к психоактивным веществам у студентов младших курсов и студентов старших курсов, мы можем сделать вывод о влиянии продолжительности обучения в вузе на эмоциональное и личностное отношение к психоактивным веществам. А значит, при построении и проведении профилактических программ необходимо учитывать продолжительность обучения в вузе, а не использовать универсальную для всех курсов программу профилактики.

С понятием «праздник» студенты младших курсов ставят в один ряд такие понятия, как «счастье», «радость», «друзья», «знакомства», т. е. «праздник» способствует возникновению положительных эмоциональных реакций, и большинство праздников молодые люди проводят в кругу друзей, что соответствует особенностям данного возраста. Праздник рассматривается как средство приобретения новых знакомств. Соответственно, необходимо дальнейшее развитие и поддержание идеи «трезвых праздников» для студентов силами руководства вуза (в частности, СПС ОрГМА).

10 ЛЕТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ (ПСИХОТЕРАПИИ)

Пустотин Ю. Л.¹, Бабин С. М.², Портнов Л. М.¹,
Сировская В. П.¹, Шлафер М. И.³

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 2»

²ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

³ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

Реформирование российской психиатрии определяется переходом от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальному подходу, в котором реальное внимание уделяется не только клиническим, но психологическим, социальным, личностным факторам в их взаимосвязи, что требует организации полипрофессионального бригадного (командного) ведения пациента в психиатрическом учреждении. Развитие и совершенствование оказания психотерапевтической и психиатрической помощи в Оренбургской психиатрии связано с многолетним сотрудничеством с Санкт-Петербургской школой психиатрии и Психоневрологическим НИИ им. В. М. Бехтерева. С помощью наших питерских коллег с 1996 г. в психиатрических стационарах Оренбургской области начала формироваться психотерапевтическая служба. В настоящее время в четырех психиатрических ЛПУ области работают 45 врачей-психотерапевтов, причем большая часть именно в общепсихиатрических отделениях.

В 1997 г. в Мюнхене на 11 Международном Конгрессе Всемирной Ассоциации Динамической психиатрии (WADP) впервые состоялось наше знакомство со школой Динамической психиатрии Гюнтера Аммона и практикой работы Клиники Динамической психиатрии Менершвайге. Организация работы в данной

клинике может считаться современным эталоном терапии средой и психотерапии в психиатрическом стационаре.

С целью адаптации данной модели применительно к российским условиям в 2001 г. в Оренбургской областной клинической психиатрической больнице № 2 было открыто отделение «Динамической психиатрии (психотерапии)». Десять лет работы отделения - это достаточный срок для предварительного подведения итогов.

Отделение рассчитано на 31 пациента, смешанное по полу. Оно занимает два этажа одного из корпусов больницы. В его состав входит 6 палат, ординаторская, кабинет психолога, отдельные помещения для индивидуальной терапии, групповой терапии/танцевальной терапии, арт-терапии, песочной терапии, музыкотерапии, комната для проведения милио-терапии, процедурный кабинет, холл, столовая и др. В корпусе имеется помещение для проведения спортивных занятий и специально оборудованный зал для театрализованных постановок. Отделение имеет свой прогулочный дворик.

Ведущая роль в работе с пациентами отделения отводится психотерапии и психосоциальным воздействиям, хотя мы широко используем и современную психофармакотерапию. Основой любых лечебных воздействий в отделении является терапевтическое сообщество. При-

.....

меняются такие формы психотерапии, как индивидуальная и групповая вербальная суппортивная психотерапия, различные варианты коммуникативно-активирующей психотерапии, проблемно-ориентированная дискуссия в группах, комплаенс-терапия, арт-терапия, музыкотерапия, танцтерапия, песочная терапия, сказкотерапия. Если есть возможность приезда родственников, проводятся сессии семейной терапии. Из психосоциальных форм работы регулярно проводятся милио-терапия, психообразовательные группы, тренинги социальных навыков.

Вся деятельность с пациентами подчинена определенному распорядку, психотерапевтические мероприятия четко закреплены по времени их проведение в течение дня и дней недели. Всех пациентов максимально включают в различные виды психотерапевтической работы, часть групповых сессий они посещают обязательно, другие - по своему выбору. Ежедневно проводится 8 - 12 психотерапевтических групп. 2 раза в неделю, как правило, в первую половину дня - групповая вербальная терапия. В послеобеденное время проводятся группы невербальной психотерапии (арт-терапия, музыкотерапия, танцевальная терапии и др.), милио-терапия и тренинг социальных навыков.

Проводимая психотерапевтическая работа с пациентами не имела бы большого значения без усилий, направленных на создание психотерапевтического сообщества в отделении, для возникновения которого является необходимым соблюдение следующих условий: 1) собрание сообщества; 2) элементы самоуправления пациентов; 3) регулярные встречи персонала. Ежедневно проводится общее собрание медицинского персонала, врачей и пациентов. На них представляют новых пациентов, обсуждаются все

накопившиеся вопросы за неделю, итоги групп, режим и расписание работы, намечаются планы и мероприятия на следующие дни. Терапевтическая помощь в отделении строится на основе бригадной (полипрофессиональной) модели.

За эти годы отделение «Динамической психиатрии (психотерапии)», специализирующееся на психотерапии психически больных, доказало эффективность своей работы. Пролечено 1778 больных, которые по нозологическим формам распределились следующим образом. 70% - это пациенты с расстройствами шизофренического спектра и аффективной патологией (F2/F3), 14,5% - составляют больные с органическим психическими расстройствами (F0), 6% - пациенты с умственной отсталостью (F70), 9,5% - составили больные с затяжными невротическими расстройствами и различными расстройствами личности и поведения (F4/F5/F6). Около 30% пациентов - из группы активного диспансерного наблюдения, 74% - инвалиды по психическому заболеванию.

На базе отделения отрабатываются современные формы психотерапии и психосоциальной терапии, которые затем внедряются в работу других подразделений стационара и амбулаторной службы, подготовлены и успешно защищены 2 кандидатские и докторская диссертации. Деятельность отделения постоянно освещается на различных научных форумах страны, в профессиональных журналах, стационар регулярно посещают специалисты из других областей РФ.

Таким образом, опыт нашей работы весьма востребован, а специфическая динамически ориентированная модель оказания стационарной помощи психически больным успешно адаптирована в российской психиатрии.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПТСР У СОТРУДНИКОВ МВД РФ

Соколов Е. Ю.

ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава РФ

Актуальность. Особенности службы сотрудников спецподразделений МВД - повышенные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки, требующие активизации жизненных ресурсов в чрезвычайных, экстремальных условиях, связанных с риском для жизни. Сохранение психического равновесия как важнейшее условие сохранения боевой готовности и диктует необходимость психотерапевтической профилактики постстрессовых психических расстройств военнослужащих, различных по глубине, содержанию, структуре.

Цель работы. Изучить позитивное влияние психотерапевтических методов на реактивность военнослужащих в постстрессовом периоде при активном использовании ими в боевых условиях и в мирное время профилактических психотерапевтических и релаксационных мероприятий для предотвращения развития посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР).

Материалы и методы. Обследованы 27 сотрудников МВД с нарушениями в аффективной, идеаторной, моторной сферах и негативной реакцией на обучение методам саморегуляции, жизнестойкости. Основные методы исследования: анамнестический, клинико-психопатологический, структурированный опрос. Используются методы тестирования на выявление синдрома эмоционального выгорания, миссисипская шкала - военный вариант Н. В. Тарабриной [1]. Для предотвра-

щения или уменьшения выраженности ПТСР использованы психотерапевтические методы: прогрессирующая релаксация, «релаксационный водопад», дыхательные упражнения с релаксационным или активирующим эффектом, использование самоприказов, упражнение «я - камень», самогипноз, варианты аутогенной тренировки, индивидуальные и групповые психотренинги. Большое значение имеет сочетанное использование вышеуказанных и других психотерапевтических методик.

Результаты и их обсуждение. Релаксационный эффект отмечен у всех 27 исследованных в виде телесных и душевных ощущений комфорта. Улучшение состояния во время психотерапевтических сеансов характеризуется, со слов обследуемых, ощущениями спокойствия, мышечной расслабленности, чувством легкости, тепла. Обследуемые (12 человек) сообщили, что в их характере появились положительные черты (способность уходить от конфликтов, толерантность, оправданный оптимизм). Отмечена большая мотивация освоения методов саморегуляции, признанных сотрудниками МВД действенными.

Заключение. Сочетанное использование методик релаксационно-суггестивного характера (выполнение их с участием психотерапевта и самостоятельно) помогает за счет снижения мышечного тонуса добиться снятия эмоционального напряжения и достижения

.....

лучшего результата при пребывании сотрудника МВД в стрессовом и пост-стрессовом периодах. Освоение методов саморегуляции и их практическое использование дадут возможность сотруднику увереннее и быстрее найти рациональный выход в сложной, чрезвычайной ситуации.

Литература

1. Тарабрина, Н. В. Психология посттравматического стресса: практическое руководство / Н. В. Тарабрина. - М.: Когнито-Центр, 2007.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Сорокин М. Ю.

ФГБУ СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность исследования мотивационных процессов в отношении лечения у психиатрического контингента больных определяется их недостаточной изученностью. Чаще мотивация определяется как система внутренних факторов, вызывающих и направляющих ориентированное на достижение цели поведение человека. Однако до настоящего времени не разработано общепринятой теории мотивации, по-разному описываются механизмы её влияния на поведение человека. При этом для любого вида деятельности в соответствии с законом Йеркса - Додсона (1908) существует эмпирический «оптимум мотивации», превышение которого, равно как и недостаточный уровень мотивации, снижают результативность поведения.

Влияние мотивации на процесс лечения достаточно подробно изучен у лиц, страдающих различными формами зависимостей. По данным Ryan, Plant, O'Malley, низкий уровень мотивации - одна из самых частых причин прекращения лечения, недостаточной приверженности ему, обострений и общего негативного исхода [3]. Намного меньше данных о характерных изменениях мотивации больных эндогенными психическими заболеваниями. В ряде исследований, проведённых с использованием неспецифических опросников Intrinsic Motivation Inventory, Motivational Trait Questionnaire, Seve-

city of Psychiatric Illness scale, выявлены повышенный уровень мотивации, связанной с тревогой, преобладание снижения внутренней мотивации над внешней, её общий низкий уровень, опосредованные снижением мотивации нейрокогнитивный дефицит, социально-когнитивное снижение отмечались у лиц с заболеваниями шизофренического спектра [1, 2, 4]. Мотивации больных депрессией свойственна ригидность, затруднённая динамических перестроек, терминальные цели являются утрированно конформными, преобладают над деятельными социально-нравственные мотивы, выявляются сложности в ситуационной ориентировке и актуализации альтернативных стратегий социального поведения [5].

Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи уровня мотивации к лечению и нозологических характеристик пациентов психиатрического стационара.

Материалы и методы исследования. На базе отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева было обследовано 104 пациента. Из них 54 - мужчины, 50 - женщины. Средний возраст больных в выборке составил 33 года. 21 человек имел оконченное среднее образование, 32 человека - средне-специальное, 51 человек - высшее. Диагностически 64 человека были отнесены к рубрике

.....

F2 МКБ-10, 25 пациентов к рубрике F3, 7 обследованных к рубрике F4, по трое к F0 и F6, двое к разделу F1. Средняя продолжительность заболевания по выборке составила 6 лет, среднее число госпитализаций в психиатрические стационары - 3 за всё время болезни.

С участниками исследования проводилось полуструктурированное интервью, основанное на разработанной в отделении шкале оценки уровня мотивации к лечению. В ней условно выделены 6 уровней мотивации, от минимального (0 баллов) до максимального (5 баллов). Каждому из них соответствуют по 4 возможных мотивировки обращения пациента стационара за врачебной помощью. Интервью проводилось с каждым участником исследования дважды: в течение недели после поступления в стационар и в последнюю неделю перед выпиской. Кроме того, лечащим врачам предлагалось оценить общий уровень мотивации пациента к лечению в соответствии с критериями шкалы мотивации. В изучаемую выборку не включались пациенты, находившиеся в остром состоянии, не способные адекватно понимать смысл и цель исследования, выполнять необходимые инструкции.

Результаты и обсуждение. Средние показатели уровня мотивации среди всех участников исследования $M(x)$ составили 1,1827 балла при поступлении, 1,7404 балла при выписке, 1,2019 балла по оценке врача; стандартные отклонения 0,89; 0,99; 0,91 соответственно. Для статистического анализа полученных данных проводилось попарное сравнение средних величин показателей мотивации между различными нозологическими подгруппами в ходе теста Манна - Уитни.

Достоверно различались уровни мотивации при поступлении (Sig.0,048) и по оценке врача (Sig.0,046) между подгруппами лиц, страдающих расстройствами категорий F2 и F3. Средние показатели мотивации при поступлении составили 1,06 и 1,48 балла; по оценке врача - 1,05 и 1,44 балла соответственно. Кроме того, уровень мотивации к лечению по оценке врачей значительно отличался у лиц, страдающих расстройствами категории F2, по сравнению со всеми остальными исследованными пациентами (1,05 и 1,45 балла соответственно, Sig.0,023). У пациентов, отнесённых к рубрикам F0, F1, F4, F6, а также лиц с расстройствами шизофренического спектра в сравнении с носителями аффективной патологии, уровень мотивации при поступлении достоверно различался. Средние значения по подгруппам составили 1,13 и 1,48 балла соответственно (Sig.0,033).

Заключение. Лица, страдающие аффективными расстройствами, в среднем на 30% более мотивированы к лечению при поступлении, чем все остальные пациенты. При этом пациенты, страдающие расстройствами шизофренического спектра, демонстрируют достоверно более низкий, в среднем на 28%, уровень мотивации при поступлении, чем больные аффективной патологией. По оценке врачей подгруппа лиц, диагностированных в разделе F2 МКБ-10, также достоверно различалась как с больными аффективной патологией, так и со всей исследованной выборкой. Средние показатели мотивации в подгруппе были соответственно на 27% и 28% ниже. Полученные данные необходимо учитывать в построении работы с различными диагностическими группами пациентов.

Литература

1. Gard, D. E., Fisher M., Garrett C., Genevsky A., Vinogradov S. *Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia.* - *Schizophr Res.* - 2009. - 115:74-81.

2. Yamada, Ann-Marie, PhD, Lee Karen K., LCSW, Dinh Tam Q., PhD, Barrio Concepción, PhD, and Brekke John S., PhD. *Intrinsic Motivation as a Mediator of Relationships Between Symptoms and Functioning Among Individuals With Schizophrenia Spectrum Disorders in a Diverse Urban Community.* *J Nerv Ment Dis.* 2010 January ; 198(1): 28-34.

3. Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). *Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout.* *Addictive Behaviors*, 20, 279-297.

4. Barch, D. M., Yodkovik N., Sypher-Locke H., Hanewinkel M. *Intrinsic Motivation in Schizophrenia: Relationships to Cognitive Function, Depression, Anxiety, and Personality.* *Journal of Abnormal Psychology* 2008, Vol. 117, No. 4, 776-787.

5. Драгунская, Л. С. *Мотивация, социальная поддержка и депрессия / Л. С. Драгунская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* - Т. 87. - Вып. 9. - С. 1387-1391.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ
ЛЮДЯМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ
ЧАСТНЫХ ПАНСИОНАТАХ

Терещенков А. В., Коврижных Т. А., Танаева Е. В.

Социальный гериатрический центр «Опека», г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность: увеличение доли пожилых людей в обществе (в Санкт-Петербурге - 26%), преимущественно с заболеваниями нервной системы и психическими нарушениями (деменцией), нуждающихся в постоянном постороннем уходе и наблюдении, делает проблему оказания медико-социальной и психологической помощи данному контингенту весьма актуальной. Ранее этим вопросом в нашей стране занимались только государственные учреждения, хотя в других странах большая часть пансионатов для пожилых являются частными (во Франции, Финляндии - более 50%). В последнее время и у нас в стране появляются негосударственные учреждения для граждан пожилого и старческого возраста.

Цель работы:

- Оценить эффективность создания частных пансионатов для пожилых людей.
- Обосновать необходимость создания таких заведений в нашей стране.
- Предложить новые формы взаимодействия с государственными институтами в виде государственно-частного партнерства (ГЧП) для оказания услуг высококвалифицированной медико-социальной помощи пожилым людям в благоустроенных частных пансионатах с условиями проживания, приближенными к домашним.

Материалы и методы: в настоящее время в Санкт-Петербурге функционируют 5 специализированных пансионатов Социального гериатрического центра «Опека» («Источник», «Дача», «Европейский», «Южный», «Домашний») с общим коечным фондом более 200. Центр «Опека» имеет государственную лицензию для оказания стационарной медицинской помощи. В штате Центра квалифицированные специалисты (врач-гериатр, терапевт, невролог, психиатр, психотерапевт, психологи, физиотерапевт, массажисты, специалисты ЛФК), способные оказывать медицинские услуги для пожилых людей, нуждающихся в уходе и реабилитации. При необходимости привлекаются врачи-консультанты различных специальностей. Социальный гериатрический центр «Опека» является членом Геронтологического общества РАН, участником проекта ЕС «Движение к благополучию», отмечен дипломом за активное участие в международном форуме «Старшее поколение-2012», медалью «Победитель конкурса «Лучший производитель товаров и услуг для пожилых людей», активно сотрудничает с Санкт-Петербургским институтом биорегуляции и геронтологии. Наша работа была одобрена и активно поддержана Президентом Европейского отделения Международной

ассоциации геронтологии и гериатрии В. Х. Хавинсоном. Основной контингент пансионатов - пациенты с сосудистой патологией головного мозга, деменцией различного генеза, после травм и переломов шейки бедра, эндопротезирования суставов, т. е. люди, нуждающиеся на данном этапе их жизни в постоянном уходе, наблюдении и реабилитации, психологической и психотерапевтической поддержке. Они получали рекомендованную специалистами медикаментозную терапию, с ними проводилась индивидуальная и групповая психотерапия (рациональная психотерапия, беседы на интересующие их темы, общение по интересам, арт-терапия, музыкотерапия, терапия занятостью). Пациенты вовлекались в организацию праздников и концертов, занимались с психологами, получали сеансы массажа, индивидуальные занятия ЛФК. Параллельно проводилась психотерапевтическая работа с родственниками. Создание положительного эмоционального настроения, комфортные условия проживания, индивидуальный подход, психотерапевтическое опосредование всех мероприятий, ежедневная работа по преодолению двигательного и когнитивного дефекта изменяло отношение пожилого человека к себе, своей болезни, родственникам, возможностям улучшения физического и психологического состояния, что в конечном итоге повышало качество жизни пожилого человека. Сотрудники пансионатов проходили специальную медико-психологическую подготовку для работы с пожилыми людьми. Отличительной особенностью СГЦ «Опека»

является соблюдение принципа партнерства при работе с пациентами, как одного из главных принципов реабилитации (М. М. Кабанов, Т. Д. Демиденко). Главными критериями для подбора персонала служили их профессионализм, человеческие качества, способность сопереживать и готовность всегда прийти на помощь.

Результаты: за 4 года под нашим наблюдением находилось более 500 пациентов. Практически у всех пациентов отмечалось улучшение психического и физического состояния, повышалась их активность, настроение, самочувствие. В настоящее время для объективизации оценки эффективности комплекса терапевтических воздействий проводится разработанная нами программа психодиагностических исследований, включающая применение самооценочных психологических тестов (госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала самооценки Спилберга - Ханина, балльная таблица для выявления нарушений когнитивных функций), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA).

Заключение: наш четырехгодичный опыт показал высокую эффективность создания сети негосударственных стационарных учреждений малой мощности (пансионатов на 10 - 50 человек) для предоставления квалифицированных медико-социальных услуг пожилым людям при временном и долгосрочном пребывании в комфортных условиях, приближенных к домашним. Именно этот контингент является наиболее уязвимой частью общества и заслуживает повышенного внимания и достойного ухода.

ВНУТРЕННИЕ РЕСУРСЫ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, ПОСЕЩАЮЩИХ ГРУППЫ ВЗАИМОПОМОЩИ

Ульчева Т. А., Журавлёв Я. С.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница
№ 2» Областной психотерапевтический центр

Психические заболевания характеризуются постепенно нарастающими изменениями личности, в связи с этим для них характерны и нарушения социального функционирования [3]. В настоящее время в исследовании психически больных недостаточно изучены особенности их внутренних ресурсов, т. е. тех возможностей, средств, используемых для достижения желаемого результата. В основном многие исследования сводятся к изучению копинг-механизмов, а также психологических характеристик личности, при этом практически не изучались такие ресурсы, как ценности и смыслы жизни.

Цель нашей работы - определить особенности внутренних ресурсов больных шизофренией в зависимости от длительности посещения групп само- и взаимопомощи.

Группы взаимопомощи организованы отделением ОООИ «Новые возможности» в рамках деятельности Клуба «Эдельвейс». Открытый режим работы Клуба и регулярность встреч сформировали группу самых активных его участников. В Клубе работает студия бисероплетения «Надежда», а также арт-студия - проект «Зазеркалье», литературно музыкальная студия «Маска» и фотостудия «Наш взгляд». Помимо клубной работы, с участниками проводились психообразовательные группы.

В исследовании приняло участие 40 пациентов, страдающих шизофрени-

ей, из них 20 пациентов, посещавших группы взаимопомощи меньше года (2 - 4 месяца), и 20 пациентов, посещавших группы взаимопомощи больше года.

Для исследования смыслов жизни и ценностей были использованы методики: методика исследования системы жизненных смыслов [1] и методика терминальных жизненных ценностей [2].

В качестве внутренних ресурсов мы рассмотрели жизненные ценности и смыслы жизни.

Результаты исследования ценностей показывают, что в структуре ценностей для исследуемых групп больных шизофренией имеют важное значение морально-нравственные принципы; установление благоприятных отношений в различных сферах социального взаимодействия, расширение своих межличностных связей, реализация своей социальной роли; преобладание собственных мнений, взглядов, убеждений над общепринятыми, защита своей неповторимости и независимости. Значимые различия отмечены по показателю ценности «физическая активность» ($p \leq 0,05$), которая особенно выражена у больных шизофренией, посещавших группы больше года.

Результаты исследования системы жизненных смыслов показывают различия по следующим шкалам: альтруистический, статусный, коммуникативный смыслы жизни, показатели которых ниже у больных шизофренией, посе-

щавших группы больше года, т. е. эти смыслы жизни для них более значимы, чем для группы больных, которые посещали группы меньше года.

Таким образом, соотнося полученные результаты с целью нашей работы, можно сказать, что есть различия особенностей рассматриваемых нами

внутренних ресурсов у больных шизофренией в зависимости от длительности посещения групп взаимопомощи. Данные результаты исследования могут быть использованы в практических целях, а в частности в психокоррекционной работе с больными шизофренией.

Литература

1. Котляков, В. Ю. *Сибирская психология сегодня: сборник научных трудов / В. Ю. Котляков. - Вып. 2. - Кемерово: Кузбассвузиздат, 2003. - 410 с.*

2. Сопов, В. Ф. *Морфологический тест жизненных ценностей: руководство по применению / В. Ф. Сопов, Л. В. Карпушина. - Самара, изд-во СамИКП, 2002. - 16 с.*

3. Холмогорова, А. Б. *Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Долныкова, А. Б. Шуклер // Социальная и клиническая психиатрия. - 2007. - С. 67-77.*

ПСИХИКА БОЛЬНОГО ПСОРИАЗОМ

Урсова Л. Г., Владимиров В. В.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава РФ, г. Москва

ООО «Институт дерматологии и косметологии»,

г. Москва, Россия

Актуальность работы определяется значительной распространенностью псориаза в населении (до 3%) при недостаточной изученности сопутствующих болезни психических ее проявлений.

Цель работы - с позиций психодерматологии проанализировать и обобщить опыт, полученный за более чем 20 лет диагностической и лечебной работы с больными псориазом (более 10 тысяч человек).

Материалы и методы: работа выполнена на контингенте больных с клинически верифицированным диагнозом псориаз, поступившим на лечение в ООО «Институт Дерматологии и Косметологии» и давшим согласие на психологические и клиническое психиатрическое обследование. Использованные методы - клинический психиатрический, патопсихологический (методики - цветовой тест Люшера, Hospital Anxiety and Depression Scale, Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Результаты и обсуждение: выявлено, что при псориазе психологические проблемы присутствуют всегда. В 56% случаев психическая травма провоцирует начало заболевания, а при рецидивах отмечается еще чаще. На протяжении болезни чувствительность к психогении возрастает, и для утяжеления состояния бывает достаточно даже небольших волнений. Источником психогении является и само заболевание, с его уродующими внешность высыпаниями и зачастую необходимостью изменения образа жизни.

В основе высокой чувствительности к психогении оказывается низкая стрессоустойчивость, как личностная особенность больных. Психические нарушения обнаруживаются в 74% случаев. В основном это пограничные расстройства - депрессии, астенические состояния, иногда с эксплозивными реакциями, истерические, навязчивые и сверхценные образования. В тесте HADS существенно преобладает тревога над депрессией. Если декомпенсация психического состояния совпадает с соматической, то вначале психопатологическая симптоматика проявляется как психогенное реагирование на факт обострения кожного процесса, в дальнейшем она становится все более самостоятельной и утрачивает связь с соматогенией. На протяжении болезни прослеживается эндогенизация психических расстройств: выявляется личностная акцентуация, цикличность, нарастает аутизация. При тестовом обследовании в 58% случаев отмечена опора на второстепенные признаки в суждениях, отмечается сензитивность, ранимость, нарушения социальной адаптации. Адекватно подобранная психотерапия позитивно влияет не только на психическую, но и на соматическую патологию.

Заключение: следует, прежде всего, обратить внимание на то, с каким постоянством психическая составляющая картины болезни, на всех ее этапах, присутствует при псориазе. Это можно понять, если вспомнить, что и кожа, и

клетки мозга происходят из одного и того же зачатка - эктодермы. Отсюда и общность обмена веществ, гормональных сдвигов, физиологического реагирования и прочего, то есть комплекс составных частей болезни, в котором и соматическое и психическое имеют свою нишу.

НАРЦИССИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В РАМКАХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Харин П. В., Харина Е. А.

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

С начала прошлого века накопилось достаточно много информации о нарциссизме. Этой проблеме уделяли внимание такие видные ученые, как О. Кернберг, Х. Кохут, Мак-Вильямс Н. и др., которые внесли большой вклад в развитие концепции нарциссических нарушений. Тем не менее в современной классификации болезней МКБ 10 нет отдельной рубрики для этой патологии. Представления сегодня об этиологии, патогенезе и методе лечения отличаются у разных представителей психотерапевтических школ. Возможно, благодаря такому неопределенному отношению академической науки к феномену нарциссизма в практической медицине с недоверием относятся к этим специфическим нарушениям и соответственно оставляют их без внимания при диагностике и терапии. Несмотря на различия взглядов на нарциссическое расстройство, сохраняется общим представление о его проявлении (Мак-Вильямс Н., Кохут Х., Кернберг О. Ф., Калина Н. Ф., Ялом И.) в виде чрезмерного интереса к аспектам собственного Я, повышенным чувством собственной значимости, верой в собственную уникальность, которую могут оценить лишь избранные, отсутствием эмпатии, завистью к чужим достижениям и постоянными фантазиями о личном грандиозном успехе и неограниченной власти. Присутствие в лечебной практике пациентов - носителей этих качеств - актуализирует проблему нарциссизма. Учитывая, что

нарциссические нарушения касаются в первую очередь личностных особенностей больных, то можно говорить о нарциссизме как о функциональных и структурных искажениях психической организации, которые могут находить себе место в рамках различных психических расстройств.

В отделении невротозов и психотерапии ГБУЗ «ОКПБ № 1» были обследованы 112 больных невротическими расстройствами (F 40 - 48). Все больные прошли курс краткосрочной динамической психотерапии (35 часов). Обследование проводилось дважды, в начале и в конце психотерапевтической группы. Использовались следующие методики: ISTA; SCL-90-R; Self I тест, или индекс функционирования SelfI системы.

Полученные результаты исследования показали, что у всех больных имелись в разной степени нарушения нарциссической регуляции личности. Статистический анализ показал их прямую взаимосвязь с выраженностью симптоматики. У 38 обследованных (34%) эти нарушения были значительными, также у этих больных отмечается сравнительно низкая эффективность психотерапевтического лечения, анамнестически - длительность болезни более 5 лет и имеется склонность к затяжным формам течения. У остальных 74 пациентов (66%) к концу психотерапевтической группы отмечалась положительная динамика показателей нарциссической регуляции, но которые все же оставались за границей нормы.

Таким образом, по полученным результатам можно сделать ряд предположений:

1) нарушения нарциссической регуляции встречаются при невротических расстройствах как дополнительное и немаловажное звено в этиопатогенетической цепи,

2) выраженность нарциссических нарушений может быть причиной резистентности к психотерапевтическим вмешательствам,

3) нарушения нарциссической регуляции может быть причиной и послужить предиктором хронификации невротических расстройств.

Исследование нарциссической регуляции личности у больных в начале терапии позволит заранее определиться с возможным прогнозом и составить более адекватный план лечения больных.

Литература

1. Калина, Н. Ф. Основы психоанализа / Н. Ф. Калина. - 2001.
2. Ялом, И. Теория и практика групповой психотерапии / И. Ялом. - СПб.: Питер, 2000.
3. Кернберг, О. Ф. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / О. Ф. Кернберг. - М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
4. Кохут, Х. Анализ самости: систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Х. Кохут. - М.: Когито-Центр, 2003.
5. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. - М.: Независимая фирма «Класс», 2000.

К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА II ТИПА

Харина Е. А.¹, Будза В. Г.², Антохин Е. Ю.² Харин П. В.¹,

¹ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»,

²ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

Минздрава РФ

Биполярное аффективное расстройство (БАР) представляет собой достаточно распространенное (около 1 - 2% населения) и тяжелое, но при этом поддающееся терапии расстройство настроения [1, 4]. В настоящее время имеет место неуклонный рост аффективных расстройств (АР), в том числе биполярных, увеличение количества которых за год наблюдения составляет 1,25% [5]. Его последствия оказывают отрицательное воздействие на пациентов и их родственников, разрушая финансовую стабильность, отношения, трудоспособность, социальную адаптацию и качество жизни [1, 2]. Причиной тому является тяжесть коморбидной соматической патологии, высокий уровень суцидов среди этих больных и, что немаловажно, значительно увеличивает социальные (экономические) расходы на пациента и его родственников. В странах с низкими доходами необходимые потребности в лечении таких расстройств попросту не удовлетворяются. Пациенты проводят большую часть своей жизни с этим хроническим рецидивирующим расстройством и более 15% из них совершают суицид. У пациентов, страдающих данным заболеванием, период трудоспособности сокращается в среднем на 14 лет, а продолжительность жизни - на 9 лет [1].

Концепция биполярно-аффективного расстройства (БАР), беря свое начало

от немецкого психиатра Э. Крепелина, выделившего маниакально-депрессивный психоз (МДП) в самостоятельную нозологическую единицу, находится в постоянном развитии. Согласно современным представлениям, диагностика БАР основывается на развитии маниакального состояния, а его отличия от униполярной рекуррентной депрессии (РД) подтверждены не только клинически, но и биологически [2].

Немногим более 30 лет назад была выделена отдельная группа пациентов с «биполярным аффективным расстройством II типа» (БАР II) с целью дифференцировать данное заболевание, проявляющееся рекуррентными депрессивными эпизодами и гипоманиакальным состоянием, от классического биполярного расстройства (биполярное расстройство первого типа с депрессивными и маниакальными эпизодами) и рецидивирующего тяжелого (большого) депрессивного синдрома [2]. Такая дифференцировка заметно расширила диагностические границы БАР за счет повышения выявляемости гипоманиакальных состояний у лиц, ранее получивших диагноз рекуррентной депрессии, и заставила пересмотреть данные о редкой распространенности БАР в популяции. Согласно международным исследованиям, вероятность развития БАР I на протяжении жизни составляет около 1,6%, а вместе с БАР II - около 5,5% [5].

Несмотря на интенсификацию исследований биполярного аффективного расстройства в последние годы, в этиологии и патогенезе данного заболевания по-прежнему сохраняется немало «белых пятен», а его изучение остается достаточно сложной проблемой. Это ведет за собой трудности в диагностике, а следовательно, и в лечении данных расстройств. Научных работ, на основе которых можно сделать окончательный вывод о четких отличиях в эффективности разных методов лечения пациентов с биполярным расстройством I и II типов, недостаточно. Многочисленные широкомасштабные международные исследования продолжают достаточно убедительно подкреплять сформировавшуюся современную концепцию широкого спектра биполярных расстройств. Данная концепция является скорее многомерной, нежели категориальной [4]. Изучение в настоящее время идет по трем направлениям, помимо клинического, с позиций генетики, физиологии и фармакологии.

В последнее время наряду с нередко встречающимся мнением о гиподиагностике БАР II все чаще появляются работы,

свидетельствующие о гипердиагностике этой психопатологии. Это свидетельствует как о несовершенстве существующих на настоящий момент классификаций, так и о недостаточной подготовке специалистов в данной области [3].

Недостаточная изученность клинических проявлений, особенностей течения приводят к тому, что выявление и диагностика этого заболевания продолжают оставаться проблематичными. Непродолжительные ремиссии подчеркивают хронический характер течения БАР II, предполагая длительное наблюдение и поддерживающую терапию с целью снижения частоты рецидивов. Таким образом, очевидна актуальность изучения данной проблемы с необходимостью формирования более целенаправленной и дифференцированной терапии, которая будет способствовать улучшению качества жизни пациентов, прогноза, их социальной активности, трудоспособности, оптимизации материальных затрат на лечение этой категории больных, снижению инвалидизации и в конечном итоге даст экономический эффект.

Литература

1. Александров, А. А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, клиника, течение болезни / А. А. Александров // *Медицинские новости*, 2007. - 12:7-12.
2. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и лечение / под ред. С. Н. Мосолова. - М.: Медпресс-информ, 2008.
3. Морозов, П. В. Биполярное аффективное расстройство 2 типа: диагностика и терапевтические подходы / П. В. Морозов, Р. Г. Акжигитов, А. Ю. Яковлев // *Психиатрия и психофармакотерапия*. - 2011. - № 2. - С. 32-35.
4. Akiskal, H. S., Maser J. D., Zeller P. J. et al: Switching from «unipolar» to bipolar II: an 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Archives of General Psychiatry* 52: 114-123, 1995.
5. Angst, J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Eich D., Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: Epidemiology and proposed criteria for bipolar II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord.* 2003;73: 133-46.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД

Чалая Е. Б., Чалый В. А., Чалая И. В.

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»

Минздрава РФ,

ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1»

Личностно-компенсаторные реакции больных на собственное соматическое неблагополучие и социально-психологические последствия обладают не только адаптивными, но и патогенными влияниями на психику и организм в целом [1, 2, 3]. Двигательные расстройства, возникающие вследствие инсульта, приводят к глубокой инвалидизации больных, ограничивают адаптационные возможности организма [4]. Деадаптивно-характерологические расстройства, возникающие по мере течения болезни, приводят к формированию аномального (патологического и/или психосоматического) развития личности [5]. Инсульт, как осложнение сосудистой патологии (особенно хроническая его фаза), можно отнести к психосоматическому заболеванию, поскольку в течение постинсультного периода выделяются этапы, характерные для развития психосоматозов: реактивной депрессии, психосоматических циклов, патохарактерологического (психосоматического) развития личности. Углубленное изучение динамики и зависимости пограничных расстройств от эффективности восстановления двигательных функций продиктовано возможностями современной психиатрии - проведения патогенетического лечения.

Цель исследования: изучение психосоматических взаимосвязей, возникающих в хроническую фазу ишемического инсульта. Для решения задач исследования применялись клиничко-анамнестический

(с учетом патогенетических факторов - пол, возраст, преморбид, актуальные экзогении), клиничко-психопатологический и нейропсихологический методы. Обследован 161 больной (109 мужчин и 52 женщины), которые перенесли ишемический инсульт в возрасте от 35 до 68 лет (средний - 55 лет). Срок давности инсульта к моменту исследования у 66 больных составил от 2-х месяцев до 1 года (поздний восстановительный этап), у 56 - от 1 года до 3-х лет (ранний резидуальный этап), у 39 - более 3-х лет (поздний резидуальный этап). Из 161 у 131 больного имелись различные двигательные нарушения (основная группа). Остальные 30 человек составили контрольную группу.

Результаты и обсуждение. В позднем восстановительном этапе установлено, что при выраженных двигательных нарушениях возникают более глубокие психопатологические расстройства (астено-депрессивный и психопатоподобный синдромы). В случаях наименьшего поражения (сенсо-пирамидный дефицит) мы наблюдали только астенический и невротоподобный синдромы. На раннем резидуальном этапе прогрессирующая сосудистая патология приводила к усилению и большой стойкости пограничной симптоматики, а длительно сохраняющаяся психотравмирующая ситуация определяла появление невротических реакций, отражающих данные об особенностях психогенных расстройств на измененной сосудистой патологией

«почве». На этом этапе психогенное и соматогенное (органическое) выступали то в форме причины, то следствия, что соответствовало имеющимся представлениям о развитии психосоматозов (этап психосоматических циклов). В позднем резидуальном этапе значительно нарастает частота астено-депрессивного синдрома с большей глубиной непсихотической депрессии, а также психопатоподобного синдрома. Неврозоподобный синдром приближался к невротическому звучанием психотравмы в переживаниях больных (и связанной с этим выраженностью аффективных симптомов со стремлением личности к их переработке и преодолению). Сосудистый процесс обеспечивал благоприятную почву для становления этого синдрома. Значительное нарастание удельного веса психопатоподобного синдрома свидетельствовало о значительном влиянии психотравмы на развитие не только депрессии, но и психосоматической психопатизации. Ведущая при сосудистых поражениях церебральная симптоматика у данных больных являлась фоновой. Дезадаптация в семейной и социальной сферах, непосредственно связанная с двигательной депривацией, усложняла клиническую картину патохарактерологическими расстройствами.

В результате проведенного исследования выявлена этапность, характерная для развития психосоматического заболевания: психогенная депрессия, психосоматические циклы, психосоматическое развитие личности, что позволяет рассматривать постинсультный период в качестве психосоматического заболевания. Психотравмирующее влияние нарушений двигательной функции сказывалось и на формировании психопатоподобного синдрома по типу патохарактерологического (психосоматического) развития личности на болезненно измененной «почве» сосудистым процессом при выраженных двигательных расстройствах (гемипарезы, гемиплегии). Полученные данные способствуют более глубокому пониманию становления, динамики, психопатологических особенностей клинической картины пограничных нервно-психических расстройств у больных, перенесших инсульт, в хронической его фазе и могут быть использованы в качестве метода дифференцированного подхода к проведению реабилитационных мероприятий на различных этапах отдаленного периода инсульта в практике работы врачей психоневрологических диспансеров, отделений реабилитации неврологических больниц, кабинетов неврологов.

Литература

1. Балунов, О. А. К вопросу оценки эффективности реабилитации больных с последствиями инсульта / О. А. Балунов, Т. Д. Демиденко, Р. И. Львова // Журн. невропат. и психиатр. - 1996. - № 5. - Т. 96. - С. 102-107.
2. Будза, В. Г. Динамика аффективных расстройств на различных этапах хронической фазы инсульта / В. Г. Будза, Е. Б. Чалая // Депрессия и коморбидные расстройства: под ред. А. Б. Смулевича. - М., 1997. - С. 279-280.
3. Демиденко, Т. Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии / Т. Д. Демиденко. - Л., 1989. - 208 с.
4. Кадыков, А. С. Восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, перенесших инсульт (основные факторы реабилитации): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1991.
5. Коркина, М. В. Варианты психосоматического развития личности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта / М. В. Коркина, В. В. Марилон // Журн. невропат. и психиатр. - 1995. - № 6. - С. 43-47.

СТРАХ СМЕРТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ В ОСТРОМ ПОСТСУИЦИДЕ

Чистопольская К. А.¹, Ениколопов С. Н.²

¹ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава РФ

²ФГБУ «Научный центр психического здоровья РАМН» г. Москва, Россия

Российская Федерация находится на третьем месте по числу самоубийств в мире (по данным за 2006 год, 30,1 на 100 000 чел.), уступая лишь Литве (2009 год, 34,1) и Корее (2009 год, 31,0) [4]. В связи с этим исследование суицидального поведения, изучение проблем превенции и поственции суицидов в нашей стране представляется особенно актуальным. В данном контексте, безусловно, полезна теория управления страхом смерти, созданная в 1986 году Дж. Гринбергом, Т. Пыжински и Ш. Соломоном [2], которая продолжает идеи культурного антрополога Э. Беккера [1]. Авторы полагают, что большая часть человеческого поведения может быть понята как попытка достичь психологического равновесия перед лицом осознания своей смертной природы. Люди достигают этого через культуру, которая поднимает их над остальными животными. Культурный буфер тревоги состоит из (а) веры в культурную картину мира и (б) самооценки, которая выводится из жизни по стандартам этой картины мира. Ради чувства собственной ценности и защиты картины мира люди склонны больше подвергать свою жизнь риску (например, неосторожно вести машину), высказывать резкие суждения о противоположной точке зрения, предпочитать авторитарных лидеров, требовать жестких наказаний для людей, совершивших незначительные проступки. Защитой с меньшим негативным эффектом явля-

ется ностальгия. К. Седикидес и др. [3] определили ностальгию как значимую для «я», в целом позитивную эмоцию с «горько-сладким» компонентом. Люди вспоминают своих любимых и близких, а также социальный контекст в целом. Авторы предполагают, что ностальгия облегчает переживание длительности «я», когда происходят опыты прерывания этой длительности. Их исследования показывают, что, обращаясь к прошлому, когда ресурсов в настоящем не хватает, человек восстанавливает индивидуальное и коллективное «я».

Целью настоящего исследования являлось изучение разных типов совладания со страхом смерти у людей после суицидальной попытки и в относительном психологическом благополучии.

Всего в исследовании приняло участие 340 добровольцев. 156 являлись студентами факультетов психологии, социологии и менеджмента Государственного университета управления 2 - 3 курсов в возрасте 18 - 25 лет (40 юношей и 116 девушек). Группа сравнения (184 человека) состояла из пациентов мужского и женского отделений острых отравлений НИИ СП им. Н. В. Склифосовского. Возраст участников был тот же, 18 - 25 лет (64 юношей, 120 девушек). Все они пережили недавнюю попытку самоубийства (от 2 до 14 дней). У 37 человек было 2 или более суицидальных попыток в анамнезе, у 105 - одна, и 42 человека не признавали свой поступок само-

убийством (объяснения были разными: «случайно» или «хотел(а) попутать»).

Для данной задачи были адаптированы опросники «Отношение к смерти» (авторы П. Вонг, Дж. Рекер и Дж. Гессер) и «Страх личной смерти» (В. Флориан, С. Кравец). Мы также использовали методику Ф. Зимбардо по временной перспективе личности (адаптация А. Сырцовой, О. В. Митиной).

Суициденты оказались значимо выше контрольной группы по шкалам «Негативное прошлое» ($p < 0,001$) и «Фаталистическое настоящее» ($p < 0,001$), ниже по шкалам «Гедонистическое настоящее» ($p = 0,01$) и «Позитивное прошлое» ($p = 0,015$). Исследование показало, что культурные защиты (вера в жизнь после смерти, религиозность, $p = 0,002$) и рационализация (нейтральное принятие смерти, $p < 0,001$) не свойственны суицидальным пациентам. Они крайне эмоциональны в восприятии смерти и их отношение в основном характеризуется страхом ($p = 0,003$) и избеганием темы смерти ($p < 0,001$), что служит защитой против суицидального поведения, но в то же время, будучи неприятным переживанием, в свою очередь требует защиты.

Чувство *ностальгии* справляется с этой задачей лучше всего. Эта защита характерна для группы с отрицанием попытки (корреляция шкалы «Позитивного прошлого» со страхом смерти - $r = 0,40$, $p < 0,01$, со страхом последствий для личности - $r = 0,48$, $p < 0,01$, со страхом последствий для личных стремлений - $r = 0,44$, $p < 0,01$). Будущее, готовность работать на отдаленные цели, формирование проекта *causa sui*, по терминологии Э. Беккера, - более хрупкая защита (корреляции шкалы «Будущего» со страхом последствий для тела - $r = 0,25$, $p < 0,05$; для

личных стремлений - $r = 0,22$, $p < 0,05$; для значимых других - $r = 0,22$, $p < 0,05$), и люди с одной попыткой остаются с осознанием своей смертности (страх последствий для тела у них коррелирует с «Негативным прошлым» ($r = 0,34$, $p < 0,01$) и «Фаталистическим настоящим» ($r = 0,36$, $p < 0,01$). *Позитивное отношение к смерти* как способ совладания со страхом смерти отмечается у людей с несколькими суицидальными попытками. По сравнению с контрольной группой, они боятся только забвения ($p < 0,001$). Они связывают «Гедонистическое настоящее» со страхом трансцендентных последствий смерти ($r = 0,36$, $p < 0,05$), «Будущее» - со страхом последствий для личности ($r = 0,39$, $p < 0,05$) и личных стремлений с ($r = 0,38$, $p < 0,05$), «Позитивное прошлое» - со страхом последствий для тела ($r = 0,5$, $p < 0,01$), личных стремлений ($r = 0,35$, $p < 0,05$) и значимых близких ($r = 0,39$, $p < 0,05$), но показатели по этим шкалам у них одинаково низки. Высокое принятие смерти как бегства (по сравнению с контрольной группой, $p = 0,069$) позволяет им построить альтернативную картину мира, желаемую, но не существующую. Это еще один способ бегства от реальности.

Таким образом, исследование подтвердило теорию управления страхом смерти и выявило три типа постсуицидальных реакций. В одном случае люди опираются на позитивное прошлое, которое противостоит страху преждевременной смерти, однако эта защита оставляет человека с иллюзией, что попытки самоубийства и не было вовсе. Эти пациенты менее склонны обращаться к психотерапевту и психиатру, так как не видят проблемы в своем поведении либо надеются справиться с ней самостоятельно. Люди, призна-

.....

ющие попытку суицида, как правило, испытывают экзистенциальный кризис, стремясь вырваться из него через ориентацию на будущее (самооценку), однако их крепко держат в тисках негативное прошлое и фаталистическое настоящее. Они готовы работать с врачом и надеются преодолеть черную полосу негативных событий. Люди с несколькими попытками суицида социально дезадаптированы, одиноки, либо

их отношения с окружающими нарушены. Они знают, какой взгляд на жизнь им может помочь (ориентация на позитивное прошлое, гедонистическое настоящее, будущее), однако эти защиты для них недоступны. Они не боятся смерти и принимают неблагоприятное положение дел, как оно есть, не пытаясь что-либо изменить, допуская преждевременную смерть как выход из трудной ситуации.

Литература

1. Becker, E. *The Denial of Death*. - New York: The Free Press, 1973.
2. Greenberg, J., Pyszczynski T., & Solomon S. *The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror management theory / Public self and private self // Ed. by Baumeister R.F.* - New York: Springer-Verlag, 1986. - P. 189 - 212.
3. Sedikides, C., Wildschut T., Routledge C., Arndt J. *Nostalgia as enabler of self-continuity / Self-Continuity. Individual and Collective Perspectives // F. Sani, ed.* - New York: Psychology Press, 2008. - P. 227 - 239.
4. World Health Organization [Электронный ресурс]: *Country reports and charts available.* - [2012] - Доступ: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/ - Загл. с экрана.

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чувилина Н. С.

ГБУЗ «Оренбургский областной клинический наркологический диспансер»

Актуальность данной темы обусловлена тем, что рак молочной железы даже в ряду других онкологических заболеваний отличается большой психологической травматичностью. Это связано не только со страхом перед болезнью, возникновением угрозы жизни, крушением жизненных планов, но и необходимостью подвергнуться калечащей операции. Нередко происходит смещение акцента: боязнь утраты женственности и изменения отношений с другими людьми приобретают для больных первостепенное значение. Вследствие этого данное заболевание сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением, приводящим к различного рода психологическим и нервно-психическим расстройствам. Многочисленные исследования доказали (Галиуллина С. Д. 2000; Касимова Л. Н. и соавт. 2007; Гиндикин В. Я., 2000; Менделевич В. Д., 2001; Евтягин В. В. и соавт., 2006), что большинство онкобольных испытывают страхи, тревогу, стресс, во многих случаях депрессию и другие психологические проблемы. Эти проблемы не только снижают настроение больного, но и отнимают у него необходимую энергию и силу, что, в конечном итоге, может отразиться на качестве лечения. В таком состоянии человеку для достижения благоприятного исхода заболевания необходима психологическая поддержка. Поэтому диагностика типов отношения к болезни, к лечению, к будущему позволяет

определить комплекс психокоррекционных мероприятий для социально-психологической адаптации личности, а также для стабилизации эмоционального фона пациентов.

Цель работы - исследование преобладающих типов отношения к болезни у пациентов с онкозаболеваниями молочной железы. Исследование проводилось на базе «Оренбургского областного клинического онкологического диспансера», выборку составили 30 женщин, находящихся на лечении в стационарном отделении, в возрасте от 28 до 60 лет.

Методы: «Личностный Опросник Бехтеревского Института» (ЛОБИ) для диагностики типов отношения к болезни; опросник Спилбергера для выявления уровня тревожности; опросник А. Бека для диагностики депрессивного состояния.

Результаты: у 51% испытуемых преобладает смешанный тип отношения к болезни, который включает в себя тревожный тип в сочетании с эргопатическим, которые характеризуются тревожным состоянием за свое здоровье, дальнейшее течение заболевания, его лечение и исход, а также «уход от болезни в работу», стремление возобновить трудовую деятельность, несмотря на болезнь и страдания, тем самым «завоевать» хорошее отношение к себе, у 32% респондентов отмечается гармоничный с элементами обсессивно-фобического типа, т. е. пациентки

.....

способны адекватно оценивать свое состояние без преувеличения и без недооценки тяжести заболевания, выполняют все необходимые рекомендации врачей, способствуют успешному лечению, стремятся облегчить близким тяготы ухода за собой. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания - переключение интересов на те области жизни, которые останутся доступными больному, сосредоточение внимания на своих делах, заботе о близких, но в то же время присутствует тревожная мнительность, которая, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни; работе, взаимоотношениях с близкими в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более чем реальные. У 12% пациентов выражен ипохондрический тип отношения с элементами сенситивного радикала, для которых свойственно чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них врачам, медперсоналу и окружающим. Преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, постоянных требований тщательного обследования у авторитетных специалистов и боязни вреда и болезненности процедур, в сочетании с чрезмерной ранимостью и чувствительностью. У 5% женщин преобладает неврастенический тип в сочетании с тревожным, характеризуется поведением по типу «раздражительной слабости». Вспышки

раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения. Раздражение нередко изливается на первого попавшегося и завершается раскаянием и угрызениями совести. Неумение и нежелание терпеть болевые ощущения. Нетерпеливость в обследовании и лечении, неспособность терпеливо ждать облегчения. В последующем - критическое отношение к своим поступкам и необдуманным словам, просьбы о прощении, в сочетании с повышенной тревожностью за исход заболевания. Также диагностирован умеренный уровень тревоги у 60% респондентов, и у 40% - высокая степень. Опросник А. Бека позволил диагностировать отсутствие депрессивного состояния у 23% пациентов, слабовыраженное состояние наблюдается у 64%, и высокий уровень выражен у 13% женщин с диагнозом РМЖ.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов с онкозаболеваниями молочной железы не выявлены «чистые» типы отношения, а преобладают смешанные, преимущественно тревожный и эргопатические типы, которые характеризуются тревожным состоянием за свое здоровье, дальнейшее течение заболевания, его лечение и исход, а также «уход от болезни в работу», характерно сверхответственное, подчас одержимое, стеничное отношение к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное прежде всего стремлением, несмотря на тяжесть заболевания, продолжать работу. Стремление во что бы то ни стало сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности в прежнем качестве.

КОММУНИКАТИВНЫЕ И ЭМПАТИЙНЫЕ СПОСОБНОСТИ БУДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ КАК ФАКТОР СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

Шмакова А.В.

*ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия»
Минздрава России*

В период экономической нестабильности все более востребованным становится компетентностный подход в образовании, который основывается на формировании у студентов ключевых компетенций, определяющих его конкурентоспособность, как специалиста.

Проведенное нами исследование было направлено на исследование коммуникативных и эмпатийных способностей студентов - клинических психологов, как фактора становления профессиональной компетентности. Экспериментальной базой стали результаты исследования студентов - клинических психологов 1-5 курсов Оренбургской государственной медицинской академии. Для выявления коммуникативных способностей применялись методики: «Диагностика мотивационных ориентаций в межличностных коммуникациях» И. Д. Ладанов, В.А. Уразаев; «Исследование коммуникативных характерологических тенденций» Т. Лири; «Диагностика коммуникативной толерантности» В. В. Бойко. Для выявления характеристик эмпатии использовалась методика В. В. Бойко, которая позволила выявить уровень развития различных каналов эмпатии: рационального, эмоционального, интуитивного, а также установки, способствующие эмпатии, проникающая способность и идентификация в эмпатии.

При исследовании эмпатийных и коммуникативных способностей будущих клинических психологов на разных этапах обучения нами было выдвинуто предположение о том, что имеются различия в их характеристиках на разных этапах обучения. В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты. Для студентов 1 - 2 курса в равной степени характерен низкий, заниженный и средний уровни развития эмпатийных способностей (по 32% соответственно) и только у 4% выявлен высокий уровень их развития; а также низкий (18%), средний (58%) и высокий (24%) уровни развития коммуникативных способностей. Для студентов 3 курса характерен заниженный (31%), средний уровень (49%), низкий (10%) и высокий уровень (10%) развития эмпатийных способностей. Для студентов 4 - 5 курсов характерен средний и высокий уровень развития и эмпатийных (52% - 38%) и коммуникативных (60% - 30%) способностей. Низкий уровень у данной категории испытуемых не выявлен, а заниженный уровень имеют только 8 - 10%.

Математический анализ данных по критерию Стьюдента выявил различия в уровне развития эмпатийных и коммуникативных способностей у студентов 1 и 3-5 курсов, 2 и 5 курсов, 3 и 5 курсов. Полученные данные позволяют сделать за-

.....

ключение о том, что в процессе обучения происходит незначительное развитие эмпатийных и коммуникативных способностей студентов - клинических психологов. Так, категоричность оценок в адрес окружающих, склонность подгонять партнера под себя, обидчивость могут способствовать формированию синдрома профессионального выгорания.

Таким образом, исследование показало, что необходимо дополнительное обучение и эмпатийным, и коммуникативным способностям, как составляющим профессиональной компетентности. В качестве рекомендаций можно предложить формирование профессиональной установки на эмпатию как особого способа общения с клиентом в контексте формирования профессионального сознания, присвоения важнейших ценностей профессии и отработку

навыков эмпатического понимания с обязательной супервизией и рефлексией влияния выражения эмпатии на переживания клиента, с целью профессионального овладения эмпатией [2]. А также необходимо развитие коммуникативной толерантности по аспекту терпимости к дискомфортным состояниям окружающих. Результаты исследования позволяют рекомендовать внедрение в процесс обучения в вузе программ, направленных на развитие коммуникативных и эмпатийных способностей будущих клинических психологов.

Таким образом, исследование показало, что, несмотря на положительную динамику развития коммуникативных и эмпатийных способностей у будущих клинических психологов в процессе обучения в вузе, данные показатели требуют коррекции и развития.

Литература

1. Бойко, В. В. Оценка эмпатии личности / В. В. Бойко, О. А. Клиценко. - СПб.: Сударыня, 2009. - С. 32.
2. Ванершот, Г. Эмпатия как совокупность микропроцессов // К. Роджерс и его последователи: психотерапия на пороге XXI века / Под ред. Д. Брэзиера. - М., Когито-центр, 2008.
3. Залевский, Г. В. Актуальные проблемы клинической психологии / Г. В. Залевский // Сибирский психологический форум: материалы. - 2004. - С. 330-335.
4. Медведская, Е. И. Личностная готовность студентов-психологов к профессиональной деятельности // Психология в вузе. - 2005. - №2. - С. 47-56.
5. Юсупов, И. М. Психология эмпатии (Теоретические и прикладные аспекты): Дис... д-ра психол. наук. С.-Петербург. Гос. Ун-т. - СПб., 2000. - С. 252.

.....

алкоголизации в популяции на уровень психических расстройств. Сам же характер выявленной связи скорее говорит о протективном эффекте служб здравоохранения, когда рост выявляемости психических расстройств может приводить к увеличению патронажа и контроля за лицами, страдающими ими, что, в свою очередь, может благотворно сказываться на снижении уровня потребления ими алкоголя и, как следствие, уменьшению среди них смертности от отравлений алкоголем.

Заключение. Таким образом, на общепопуляционном уровне в Архангельской области в рамках однофакторной модели не выявлено прямого воздействия алкоголизации на заболеваемость психическими расстройствами. Показана возможность обратного воздействия изменений заболеваемости психическими расстройствами на уровень смертности от отравлений алкоголем.

Литература

1. Немцов, А. В. Алкогольная история России: Новейший период / А. В. Немцов. - М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. - 320 с.
2. Сиволап, Ю. П. Психические расстройства у лиц, злоупотребляющих алкоголем / Ю. П. Сиволап // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2011. - № 6. - С. 43-49.
3. Ramstedt, M. Fluctuations in male ischaemic heart disease mortality in Russia 1959 - 1998: assessing the importance of alcohol // Drug Alcohol Rev. - 2009. - Vol. 28. - P. 390-395.

СОДЕРЖАНИЕ

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	2
Виктор Павлович Протопопов	3
Дмитрий Назарьевич Арутюнов	4
Владимир Иванович Буторин	5
Юлий Егидович Рахальский	6
Владимир Степанович Григорьевских	9
Владимир Георгиевич Будза	13
МАТЕРИАЛЫ ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ОРЕНБУРГСКАЯ ПСИХИАТРИЯ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ», 22 - 23 НОЯБРЯ 2012 ГОДА, ОРЕНБУРГ	15
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ И ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ <i>Абрамова Т. А.</i>	16
ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ - МЕТОД ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ <i>Бобкова Е. Н., Ивашиненко Д. М., Кузько Ю. Н.</i>	18
СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ <i>Бомов П. О., Будза В. Г., Дворниченко М. В., Шпилова А. А.</i>	20
ПСЕВДООРГАНИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОЗДНИМ ДЕБЮТОМ <i>Бомов П. О., Городошникова И. В., Горина В. В., Можяева Н. И.</i>	22
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД И ЗНАЧЕНИЕ КРИТЕРИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ДЛЯ ДЕПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ <i>Борисов И. В.</i>	24
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ НА ФАКУЛЬТЕТЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ <i>Быкова И. С.</i>	27
АФАЗО-АПРАКТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СТРУКТУРЕ СОЧЕТАННОЙ СЕНИЛЬНО-СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ <i>Воронина Е. О., Будза В. Г.</i>	30

АНАЛИЗ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ ОргМА <i>Дереча Г. И., Киреева Д. С.</i>	32
ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПЕРВИЧНОЙ ПОЗИТИВНОЙ НАРКОПРОФИЛАКТИКЕ <i>Дёмина М. В., Данильчук В. В., Алексеева А. И., Гринцова Ю. С., Постнов В. В.</i>	35
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СЕМЕЙНУЮ АДАПТАЦИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ <i>Друзь В. Ф., Андрейчев К. В., Боброва Я. В., Карпенко С. С.</i>	38
ОТНОШЕНИЕ К ПРОЖИВАНИЮ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ЕГО СВЯЗЬ С ПРЕДПОСЫЛКАМИ ОДИНОКОГО ПРОЖИВАНИЯ <i>Друзь В. Ф., Олейникова И. Н., Якушина А. М., Алимова Л. В., Баширов Р. И.</i>	40
МЕСТО НАРРАТИВНОЙ ПРАКТИКИ В ПСИХООБРАЗОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ (НА ПРИМЕРЕ ДЕПРЕССИИ) <i>Дубицкая Е. А., Носачев Г. Н.</i>	45
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОАКТИВНОСТИ ЧЕЛОВЕКА <i>Ерзин А. А.</i>	47
ВЗАИМОСВЯЗЬ СТРУКТУРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ <i>Журавлев Я. С., Нечаева М. В., Чабанов А. О., Антохин Е. Ю.</i>	49
ГЕНЕЗИС ИННОВАЦИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ <i>Зотова А. В.</i>	51
ФАКТОРЫ ЛИЧНОСТНОЙ ПРЕДИСПОЗИЦИИ К РЕАКЦИЯМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГОРЯ У ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ <i>Киреева Д. С.</i>	53
ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНИЦ <i>Любов Е. Б., Куликов А. Н.</i>	55
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ВЕДЕНИЯ <i>Марченко Т. В.</i>	56
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОШИБОК МЫШЛЕНИЯ СО СВОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ <i>Марченко Т. В., Чабанов А. О., Антохин Е. Ю.</i>	58

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ	59
<i>Медведев В. А., Муравьев В. Ю., Борисова Е. В., Юсупова А. М.</i>	
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ	61
<i>Местечко В. В., Соловьев А. Г., Новикова И. А.</i>	
ВКЛАД ПСИХОТЕРАПИИ В ФИЛОСОФИЮ ПОЗНАНИЯ	63
<i>Носачев Г. Н.</i>	
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ	65
<i>Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А.</i>	
ПРАВОМЕРНО ЛИ ВЫДЕЛЕНИЕ «ПРЕДДЕМЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ»: СЕМИОТИЧЕСКИЙ, НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ И ЭТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД	67
<i>Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А.</i>	
ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ, ГУМАНИСТИЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ	69
<i>Нюхалов Г. А. Журавлёв Я. С.</i>	
ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭПИЛЕПТОГЕННЫХ ОЧАГОВ НА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ	71
<i>Питаева А. Л., Городошникова И. В., Бомов П. О., Горина В. В., Можяева Н. И., Алимова Л. В.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ БРЕДОВОГО УРОВНЯ В СТРУКТУРЕ МАНИФЕСТНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА	73
<i>Попович У. О.</i>	
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	75
<i>Постнов В. В., Косаченко Д. С., Максименко З. Ю., Шилова В. В., Рахмаева А. Ф.</i>	
10 ЛЕТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ (ПСИХОТЕРАПИИ)	78
<i>Пустотин Ю. Л., Бабин С. М., Портнов Л. М., Сировская В. П., Шлафер М. И.</i>	
РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПТСР У СОТРУДНИКОВ МВД РФ	80
<i>Соколов Е. Ю.</i>	

ВЗАИМОСВЯЗЬ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК И МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА <i>Сорокин М. Ю.</i>	82
ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ЧАСТНЫХ ПАНСИОНАТАХ <i>Терещенков А. В., Коврижных Т. А., Танаева Е. В.</i>	85
ВНУТРЕННИЕ РЕСУРСЫ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, ПОСЕЩАЮЩИХ ГРУППЫ ВЗАИМОПОМОЩИ <i>Ульчева Т. А., Журавлёв Я. С.</i>	87
ПСИХИКА БОЛЬНОГО ПСОРИАЗОМ <i>Урсова Л. Г., Владимиров В. В.</i>	89
НАРЦИССИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В РАМКАХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ <i>Харин П. В., Харина Е. А.</i>	91
К ВОПРОСУ ОБ АКТУАЛЬНОСТИ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА II ТИПА <i>Харина Е. А., Будза В. Г., Антохин Е. Ю. Харин П. В.</i>	93
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ В ПОСТИНСУЛЬТНЫЙ ПЕРИОД <i>Чалая Е. Б., Чалый В. А., Чалая И. В.</i>	95
СТРАХ СМЕРТИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ В ОСТРОМ ПОСТСУИЦИДЕ <i>Чистопольская К. А., Ениколопов С. Н.</i>	97
ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Чувиллина Н. С.</i>	100
КОММУНИКАТИВНЫЕ И ЭМПАТИЙНЫЕ СПОСОБНОСТИ БУДУЩИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ КАК ФАКТОР СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ <i>Шмакова А.В.</i>	102
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Щельгин К. В.</i>	104

АЛЬМАНАХ МОЛОДОЙ НАУКИ

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК

ПОСВЯЩЕННЫЙ

140-летию организации психиатрической службы Оренбургской области,
110-летию ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая
больница № 1», 100-летию со дня рождения основателя Оренбургской школы
психиатров, д. м. н., профессора Ю. Е. Рахальского,
70-летию вузовского преподавания психиатрии в Оренбурге
и 10-летию факультета клинической психологии ОрГМА

Верстка Е. П. Пузий

Издательство ОрГМА
460000, Советская, 6.
тел/факс (3532) 77-99-25.
Тираж 100 экз.