

Омский психиатрический журнал

1 (1) 2014



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практический журнал

*Омская областная общественная организация
«Омское общество психиатров»*

*Omsk regional public organization
"Omsk Society of Psychiatrists"*

**1 (1)
2014**

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл. № ФС77-58937 от
5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

В издании использованы
иллюстрации из свободных
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины Remedios Vago
«Rompiendo el círculo», 1957

Главный редактор

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.

Редакционная коллегия:

Александрова Н.В., к.м.н.

Белебева Е.А.

Богачев М.А.

Воронкова Т.А.

Малютина Т.В.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н.

Дроздовский Ю.В., д.м.н.

Лопанова Е.В., к.п.н.

Крахмалева О.Е., к.м.н.

Одарченко С.С., д.м.н.

Чеперин А.И., к.м.н.

Содержание

Колонка редактора	3
Региональные аспекты психиатрии	
Роль экстренной медико-психологической помощи по «телефону доверия» в профилактике самоубийств <i>Е.А. Белебева, И.Н. Мурина, Е.В. Штейнбах, Е.И. Битко</i>	5
Суицидальный контент в глобальной информационной сети: на основе анализа русскоязычного сегмента Интернета <i>Ю.П. Денисов</i>	17
Клиника психических расстройств	
Влияние микросоциально-средовых семейных факторов на формирование различных вариантов пост-суицидального периода <i>А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский</i>	22
Алкоголизация лиц с органическими расстройствами, ассоциированными с интеллектуальным дефицитом <i>Д.В. Четвериков</i>	25
Возрастные аспекты психиатрии	
Детский суицид как один из видов отклоняющегося поведения <i>И. В. Гранкина, Н.А. Степанова</i>	28
Психофармакология	
Эффективность и безопасность применения сертиндола при шизофрении. <i>Lindstrom E., Levander S.</i>	32
Психотерапия и реабилитация	
Роль когнитивных стратегий в разработке дифференцированных программ реабилитации подростков с пограничными психическими расстройствами, обнаруживших суицидальное поведение <i>Д. Ю. Коломыцев, Ю. В. Дроздовский</i>	39
Психотерапия и реабилитация лиц пожилого возраста <i>С.С. Одарченко, А.И. Чеперин</i>	41
История психиатрии	
История кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии Омской государственной медицинской академии <i>Ю.В. Дроздовский, Г.М. Усов</i>	44
Самоубийства среди учащихся в предоктябрьской России <i>С.А. Завражин</i>	50
Клиническая психология	
Суицид и профессиональная деятельность. Сообщение 1. Трудоголизм и безработица <i>Е.С. Асмаковец</i>	55
Некоторые аспекты психического здоровья преподавателя высшей школы <i>Т. В. Малютина, Л.В. Лонская</i>	59
Сестринское дело в психиатрии	
Предвидение и выявление признаков суицидальных состояний у коморбидных больных шизофренией <i>И.С. Зиновьева, Т.А. Воронкова</i>	62
Сестринская помощь пациентам психиатрического туберкулезного отделения <i>Е.П. Гирфанова, Т.А. Калугина</i>	64

Contents

Editor's column	3
The role of emergency medical and psychological assistance "helpline" for suicide prevention <i>E.A. Belebeha, I.N. Murina, E.V. Steinbach, E.I. Bitko</i>	5
Suicide content in the global information network: on the basis of the analysis of the russian-speaking segment of the internet <i>Yu. P. Denisov</i>	17
Influence microsial environmental family factors on the formation of different options post-suitsidal period <i>Y.V. Drozdovsky, A.A. Zalivin</i>	22
Alcoholization persons with organic disorders associated with intellectual deficit <i>D. Chetverikov</i>	25
Child suicide as a form of deviant behavior <i>I.V. Grankina, N.A. Stepanova</i>	28
Efficacy and safety of sertindol in schizophrenia. advanced abstract <i>Lindstrem E., Levander S.</i>	32
The role of cognitive strategies in the development of differentiated programs rehabilitation of teenagers with borderline mental disorders with suicidal behavior <i>D. Kolomytsev, Y. Drozdowsky</i>	39
Psychotherapy and rehabilitation in elderly <i>S.S. Odarchenko, A.I. Cheperin</i>	41
History department of psychiatry, psychotherapy and medical psychology of Omsk state medical academy <i>Y. Drozdowski, G.M. Usov</i>	44
Suicide among students in Russia in the early 20th century <i>Zavrzhin S.A.</i>	50
Suicide and professional activities. Message 1. Workaholic and unemployment <i>E.S. Asmacovec</i>	55
Some aspects of mental health high school teachers <i>Malyutina T.V., Lonskaya L.V.</i>	59
Anticipation and identification signs of suicidal states in comorbid schizophrenic patients <i>I.S. Zinovieva, T.A. Voronkova</i>	62
Nursing care of patients in mental tuberculosis department <i>EP Girfanova, T.A. Kalugina</i>	64

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Омское общество психиатров приступает к выпуску первого в России регионального психиатрического издания профессиональной психиатрической ассоциации – «Омского психиатрического журнала». Настоящее издание призвано стать площадкой, где омские психиатры, психотерапевты, клинические психологи, а также их коллеги из других регионов смогут делиться своими научно-практическими результатами, обмениваться мнениями, черпать информацию о насущных проблемах охраны психического здоровья населения, о достижениях современной психиатрии, обсуждать пути развития региональной психиатрической науки.

Спектр вопросов, который планируется рассматривать на страницах нашего журнала будет охватывать значительное число проблем современной психиатрии, которая в настоящее время находится на новом этапе своего развития. Происходят существенные сдвиги в распространении психических расстройств в населении, меняется их социальный дисплей. В новом свете рассматриваются правовые вопросы психиатрии. Определенный патоморфоз претерпевают нозологические формы психических заболеваний. С течением времени становится понятной ограниченность существующей классификации МКБ-10, в связи с чем активно ведется работа по созданию новой классификационной структуры психических расстройств; уже опубликованы отдельные проектные фрагменты МКБ-10. Разработаны и активно внедряются в практическую деятельность новые психофармакологические препараты. Актуализированы вопросы стигмы и социального бремени психических расстройств, что позволило иначе взглянуть на различные аспекты психосоциальной реабилитации, повышения качества жизни и социального функционирования наших пациентов. Холистический подход к человеку сформировал биопсихосоциальную парадигму в психиатрии, что позволило более широко взглянуть на проблему коморбидной патологии. Культуральная трансформация современного общества, глобализация, формирование единого виртуального пространства в значительной степени изменил традиционные подходы к психотерапевтической и клинико-психологической коррекции при психических расстройствах и психосоциальных проблемах. Расширился диапазон специалистов, оказывающих психиатрическую помощь за счет клинических психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, врачей психиатров-наркологов, эпилептологов, новое содержание приобретает сестринский процесс в психиатрии. На первый план выходят вопросы возрастной психиатрии, рассматриваемые в контексте онтогенетического цикла личности, превенции психических нарушений. Разрабатываются и активно внедряются новые формы психиатрического сервиса. В связи с вышеизложенным для рассмотрения в нашем журнале предполагается следующая тематика:

Региональные аспекты психиатрии.

Клиника психических расстройств.

Возрастные аспекты психиатрии.

Психофармакотерапия.

Психотерапия и реабилитация.

Психиатрия и право.

История психиатрии.

***Клиническая психология.
Сестринское дело в психиатрии.***

Вышеизложенное не ограничивает все актуальные проблемы современной региональной психиатрии. Поэтому тематика проблем, рассматриваемых в нашем журнале, может дополнена и расширена.

Первый выпуск журнала приурочен к научно-практической конференции "Региональные проблемы саморазрушающего и суицидального поведения", которая состоится 23 сентября 2014 года. Существенная часть представляемых материалов касается этой актуальнейшей проблемы современной психиатрии.

«Омский психиатрический журнал» будет выходить четыре раза в год. Учитывая современные пути распространения информации, журнал будет в электронном виде доступен для свободного скачивания на сайте Омского общества психиатров; с течением времени издание будет доставляться подписчикам по электронной почте.

Быть первыми – всегда нелегко. Поэтому мы приглашаем к сотрудничеству наших коллег, членов Омского общества психиатров, а также психиатров-наркологов, психотерапевтов, врачей иных специальностей, клинических психологов, сотрудников научных и образовательных учреждений.

***Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.***

Региональные аспекты психиатрии

РОЛЬ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПО «ТЕЛЕФОНУ ДОВЕРИЯ» В ПРОФИЛАКТИКЕ САМОУБИЙСТВ (опыт работы «Телефона доверия» БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодникова»)

Е.А. Белебеха, И.Н. Мурина, Е.В. Штейнбах, Е.И. Битко

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. Самоубийства и покушения на самоубийство представляют собой серьезную проблему общества. Суициды занимают третье место среди причин смерти человека в возрасте от 15 до 45 лет и более чем в половине случаев они совершаются в рамках психических расстройств и длительных состояний, связанных с психотравмирующей ситуацией. Количество покушений на самоубийство в десятки раз превосходит число завершенных суицидов, что значительно увеличивает масштабность проблемы. С 2004 года на «ТД» суицидологической службы для ведения статистики и структурирования информации о телефонных обращениях был внедрен «Единый кодификатор телефонных обращений» для структурирования информации о телефонных звонках, поступающих на Телефон Доверия, для обеспечения дальнейшей обработки, анализа и интерпретации. Кризисные и суицидальные тенденции рассматриваются как внутренние формы суицидального поведения. У большинства абонентов, кто говорит или признает наличие суицидальных мыслей, к этой идее имеются амбивалентные или смешанные чувства. Важной задачей консультанта является проявить мягкую, осторожную заботу об абоненте, помочь человеку понять то, ради чего стоит жить. То, чего в действительности хочет большая часть самоубийц – это, чтобы кто-нибудь был небезразличен к ним, проявил заботу о них, вселил надежду.

Ключевые слова. Кризисная помощь, телефон доверия, профилактика, суицид.

Самоубийства и покушения на самоубийство представляют собой серьезную проблему общества. Суициды занимают третье место среди причин смерти человека в возрасте от 15 до 45 лет и более чем в половине случаев они совершаются в рамках психических расстройств и длительных состояний, связанных с психотравмирующей ситуацией. Количество покушений на самоубийство в десятки раз превосходит число завершенных суицидов, что значительно увеличивает масштабность проблемы.

В исследованиях, проведенных в Московском НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ, определено социально-экономическое бремя смертности вследствие суицидов на государственном и региональном уровне. Суммарные потери России вследствие суицидов в 2009 году составили 150 млрд. руб. или 0,46% ВВП, что пятикратно превышает таковые в США. «Цена» суицида до пенсионного возраста мужчины 5 млн. руб., женщины 800 тыс. руб. Ресурсосберегающий результат программы при предотвращении 20% суицидов в стране составит 30 млрд. руб.

В проблему суицидального поведения вовлечено 5 млн. россиян или больше 3% населения страны. Потери от преждевременной смерти в связи с самоубийствами превысили таковые от иных внешних причин и сравнимы с потерями вследствие злокачественных новообразований и ИБС.

Если бы не самоубийства, разрыв между смертностью и рождаемостью в стране был бы меньше на 15%. Каждый 50-й умерший россиянин уходит из жизни добровольно. Средний возраст самоубийцы-мужчины 42 года, женщины – 44 года. Суициды лидируют в ранжире бремени от смертей молодежи в связи с внешними причинами.

Уровни суицидов и их динамика – общепринятый показатель социально-психологического благополучия страны, а также косвенный показатель нуждающихся в неотложной лечебно-профилактической и антикризисной помощи.

Прогнозируемый ВОЗ рост распространенности депрессивных состояний, являющихся доказанным фактором риска суицидального поведения, социальные последствия мирового экономического кризиса диктуют необходимость оптимизации и повышения эффективности суицидологической помощи населению.

В осуществлении экстренной медико - психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» («ТД»), который предназначен для неотложного психотерапевтического купирования кризисных состояний.

Телефонная помощь людям, находящимся в состоянии психологического кризиса или решившим расстаться с жизнью, возникла более 40 лет назад в Лондоне. Начинателем и впоследствии руководителем одного из международных движений телефонной помощи стал англиканский священник Чад Вара. Еще с молодых лет он считал себя задолжавшим людям, поскольку не смог предотвратить самоубийство своей 14-летней прихожанки, которая покончила с собой, когда у нее начались месячные, решив, что она заболела венерическим заболеванием. В 1953 году он прочел в одной из газет. Что в большом Лондоне происходит три самоубийства в день. Это поразило его и обрекло на вопросы: «Что же предпринять, чтобы помочь людям, не захотевшим обратиться ни к врачу, ни к социальному работнику? К кому бы они могли обратиться? Может некоторые из них выбрали бы меня? Но как же им связаться со мной в минуту кризиса».

Обстоятельства благоприятствовали решению этого вопроса: как раз в это время Чад Вара получил приход в самом центре Лондона и поделился со своей паствой идеей - дать объявление в газетах о своем телефонном номере в церкви с тем. Чтобы любой человек, испытывающий нужду, мог позвонить туда в любое время суток. Также как звонят при пожаре, в полицию или в скорую помощь «Перед тем, как покончить с собой, позвони мне! Телефон 9000». Идея, подкрепленная рекламой, сработала. И 2 ноября 1953 года у Чада Вары раздался первый звонок, а потом и другие. Несколько недель он управлялся с ними сам. Вскоре он осознал, что в одиночку с этим делом ему не справиться, и стал искать добровольных помощников. И, если сначала его потрясло количество людей, которые испытывали нужду в его помощи, то теперь его поразило наплыв желающих помочь оказавшимся в беде. Так появилось общество «Самаритяне» - служба, стремящаяся оказать дружескую помощь по телефону и при встрече.

Идея Чада Вары оказалась столь плодотворной, что в ближайшие 7 лет службы телефонной помощи возникли в большинстве европейских столиц и крупных городов. В это же время были созданы центры в Бразилии, Индии, Гонконге и Зимбабве. Именно тогда движение «Самаритяне» стало синонимом борьбы за предотвращение самоубийств. Движение, зародившееся в Англии, становилось международным опытом вне зависимости от национальной принадлежности, цвета кожи, вероисповедания, культурных традиций и расы. И превратилось в 1974г в интернациональную организацию «Международная дружеская помощь» Befriends International. Сейчас ее центры работают более, чем 41 стране мира. Основным элементом является добровольность независимо от занимаемой должности.

Существует и еще одно объединение служб телефонной помощи – IFOTES – Международная федерация служб неотложной телефонной помощи. Сегодня полноправными членами IFOTES являются 19 национальных ассоциаций и 12 национальных ассоциаций в качестве ассоциированных членов.

В тоже время в 1966г в странах Азии и Австралии телефонные службы, называвшиеся «Линии жизни», объединились в «Life Line International» - Международные Линии Жизни. Это международное объединение отличается от IFOTES и Befriends International тем, что различные христианские концессии, прежде всего протестант-

ские, оказывают ей большую финансовую помощь и моральную поддержку. В своей работе они сочетают телефонное консультирование, индивидуальную и групповую психотерапевтическую помощь, образовательную и социальную помощь. В основе мировоззрения лежат христианские ценности.

В России, вернее в бывшем СССР телефонное консультирование появилось в 1989 году. Тогда во всем бывшем СССР работало не более 10 таких линий. Сегодня по данным РАТЭПП - Российской ассоциации телефонов экстренной психологической помощи число таких линий в России приближается к 220. В России в условиях посттоталитарного общества телефонное консультирование имеет свои особенности. Они заключаются в том, что сегодня его преимущественно осуществляют профессиональные работники.

Определение сенсорной модальности. Хотя телефонное консультирование использует только слуховой канал коммуникации, не стоит полагать, что дело ограничивается только аудиальной информацией. Абоненты бывают по-разному ориентированы. У них можно выделить в основном три стиля восприятия (системы репрезентации): слуховой, зрительный и кинестетический. Изредка встречается обонятельный и вкусовой. Если у человека преобладает та или иная сенсорная модальность то, скорее всего она будет доминировать всю жизнь. Но это не означает, что другие стили восприятия у него будут отсутствовать.

Понимание того, что каждый человек имеет преобладающий стиль восприятия, облегчает консультанту установление эмпатических отношений. Определение ведущей модальности проводится на основе выявления предиктов (глаголов, прилагательных, наречий) с помощью которых абонент описывает проблемную ситуацию.

Большая часть людей ориентированна зрительно, и это легко определить в беседе по использованию глаголов визуальной модальности: вижу, рисую, наблюдаю, изображаю, украшаю и т.д. Меньшая часть абонентов имеет слуховую ориентацию, что определяется в беседе по глаголам, которые они используют: звучит, гремит, трещит, произносится и т. д. Еще меньше абонентов оказываются ориентированы на кинестетический стиль общения. Им нравятся глаголы типа «взрываюсь, дрожу, использую, создаю и т.д.» они отличаются тем, что испытывают комфорт только в процессе активной деятельности, обязательно стремятся быть физически вовлеченными даже в конфликтную ситуацию. Сенсорная модальность является своего рода лингвистическим диалектом абонента. Консультанту имеет смысл оперативно освоить его и использовать в диалоге. Это открывает пути для поиска конструктивных решений.

Некоторые абоненты используют в ходе консультативных бесед жаргон. Профессиональное отношение консультанта к нему должно быть двояким. Консультанту следует знать и понимать жаргонные выражения, поскольку они могут открыть путь к эмпатическим отношениям с собеседником. Однако содержательная сторона жаргона является ограниченной, используя его не возможно достичь конструктивных изменений. Его применение консультантом необходимо только для достижения начального взаимопонимания. Как только оно появилось, следует избрать отход от жаргона путем использования синонимов или близких слов из арсенала нормативной лексики, значение которых для дальнейших позитивных изменений существенно выше.

Некоторые абоненты широко используют термины психологии и психиатрии для описания своего состояния, например «стресс», «депрессия», «фобия», наркомания и т. п. Перешедшие в сферу обыденного сознания, они из научных понятий превратились в застывшие ярлыки, ходячие штампы. Их следует принять, но в след за этим планомерно побуждать абонента к описанию его состояния или желаемых целей в конкретных терминах действий (вижу, слышу, чувствую, хочу). Например, описание конкретных признаков имеющейся депрессии делает их видимыми, осязаемыми, измеримыми, т.е. более доступными осознанию. Кроме того, создается возможность для их отстраненно-

го восприятия. Затем наиболее значимые для абонента признаки депрессии, например страх, переводятся в действия («Что Вас страшит сейчас?»). Глаголы способствуют осознанию временности и текучести этих признаков. Никакое действие не может длиться вечно. Более того, оказывается, что действие (например, то, что тревожит человека) имеет гораздо большее отношения к обычной жизни, чем к такому патологическому состоянию как депрессия, поэтому оно может восприниматься как нечто вполне естественное и приносить утешение.

Большое значение имеет то, к какому уху прижата трубка. Левое ухо напрямую связано с правым полушарием головного мозга, которое отвечает за фантазии, чувства, интуицию и творчество. Правое ухо, напротив, управляется из центра логики и рассудка в левом полушарии. Каждый телефонный разговор должен начинаться «слева» - это основной закон успешного телефонного разговора. В любом случае, чтобы завязать личный контакт с абонентом, требуется гораздо больше чувств, чем логики. Как только разговор коснется упрямых фактов, перенесите трубку к правому уху.

Одним из существенных этапов телефонного диалога является его завершающая стадия. Перед многими консультантами встает вопрос: как и когда, завершить диалог?

Часто диалог завершается по обоюдному согласию сторон при его конструктивном течении после коррекции чувств абонента или разрешения проблемной ситуации. Вместе с тем, в ряде случаев в заключительной стадии диалога консультант должен брать на себя ответственность за его завершения. Эта инициатива, как правило, нуждается в согласии с одним из основных правил телефонной помощи – консультант не должен первым класть трубку.

Если консультант чувствует, что (а) обсуждение ситуации повторяется вновь и вновь, (б) абонент становится зависимым или (в) он не может в силу длительного разговора быть «здесь-и-теперь» полезным из-за усталости или фрустрации, то ему следует принять решение и приложить усилия к завершению беседы. Наилучшим способом является подытоживание чувств, проблем и ситуаций абонента: «Итак, мы пришли с Вами к тому, что ...», «по-видимому, следовало бы подвести итог...». При подытоживании необходимо быть кратким, твердым и эмпатически настроенным, еще раз напомнить собеседнику о том, что его звонку всегда рады и он может в любое время обратиться с возникающими у него проблемами, равно как и в случае, если потребуется дальнейшее обсуждение.

В завершающей стадии консультативного диалога может возникнуть потребность отказать абоненту в тех или иных его желаниях и мотивах. Телефонные консультанты в Канаде, например, считают, что отказ может оказаться полезным, если абонент:

- 1) предпочитает вести беседу с консультантом определенного пола;
- 2) настойчиво интересуется личностью или деталями жизни консультанта;
- 3) требует наставлений;
- 4) настаивает на встрече с консультантом или просит перезвонить ему;
- 5) ведет беседу типа «да, но...» в качестве ответной реакции на множество предложенных консультантом решений и альтернатив;
- 6) рассказывает различные истории или болтает о мелочах;
- 7) просит: «подождите пока я ...»;
- 8) все время повторяется;
- 9) ждет гарантий или стремится переложить всю ответственность на консультанта;
- 10) консультант исчерпал все свои внутренние резервы и нуждается в завершении разговора.

Отказывать в продолжении консультативной беседы следует решительно и в то же время мягко. Если абонент выражает сомнение, что консультант из-за возраста не

очень компетентен для решения его проблем, можно сказать: «Ваше утверждение звучит так, будто Вы полагаете, что я слишком молод, чтобы помочь Вам в Ваших трудностях». При необходимости можно осторожно вводить разнообразные ограничения: «я не могу..., поскольку...», «Этот вопрос вызывает у меня некоторые затруднения, так как ...». И дать ясно понять абоненту, что консультант может или в состоянии сделать для собеседника: «Но...однако, я был бы рад...», «Тем не менее, мы могли бы ...». Если абонент обнаруживает интерес к различным аспектам личного свойства и задает вопросы типа «Есть ли у Вас дети?», «Вы женаты?», то имеет смысл мягко осведомиться: «Вам кажется, что я бы лучше Вас понял, находясь в аналогичной ситуации? Я не стал бы сейчас говорить о себе, но мне бы очень хотелось услышать о тех проблемах, которые возникли у Вас в семье».

Главная трудность завершающей стадии – это опасность стать жертвой манипулятивного отношения со стороны абонента. Любые манипуляции нужно встречать с твердостью. Важно помнить, что, подытоживая и заканчивая разговор его нужно действительно завершить.

Особенности работы с суицидентом:

Различаются внутренние и внешние формы суицидального поведения. Внутреннее суицидальное поведение включает в себя пассивные суицидальные мысли, представления и переживания; суицидальные замыслы при которых продумываются способов суицида, время и место действия; а также суицидальные намерения, когда к замыслу присоединяется волевой компонент, побуждающий к переходу во внешнее поведение.

1) Пассивные суицидальные мысли характеризуются представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но без конкретного плана лишения себя жизни. Тема пока лишена актуальности. Примером этому являются высказывания: «хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться», «если бы со мной произошло что-нибудь, и я бы умер...»

2) Суицидальные замыслы – это уже активизация проявления суицидальности, т.е. тенденции к самоубийству. Начинается разработка планов реализации суицида, продумываются время, место акта.

3) Суицидальные намерения характеризуются принятым решением о самоубийстве, и дело стоит только за претворением этих намерений в жизнь. Это предполагает присоединение к замыслу волевого компонента, переводящего внутреннее суицидальное поведение во внешнее.

Это этапы формирования суицида.

Личностный смысл суицидального поведения представлен в виде протеста, мести, призыва, избежания (наказания, страдания) самонаказания, отказа.

1) Протестные формы отражают агрессивную позицию суицидента. Это выраженные противодействия к конфликтной ситуации или к враждебному окружению при невозможности ее (его) изменения. «сын, незаслуженно оскорбленный отцом, в гневе порезал себе вены на предплечье». Здесь звучит и протест против отца, и элемент мести, поскольку он знал реакцию матери.

2) Суицидальное поведение по типу «призыва» отражает пассивную реакцию личности с целью привлечения внимания к ситуации и возможности получения помощи для ее изменения.

«Подросток, уставший от завышенных претензий и притязаний матери, от постоянных переводов в другие школы с более высококачественным уровнем обучения, с суицидальной целью выпил горсть таблеток, которые нашел дома в аптечке.

3) Смысл суицида избежания сводится к избежанию угрозы путем самоустранения. Это могут быть суициды у тяжело соматически больных с целью избежать физи-

ческих страданий, в виде страха перед уголовной ответственностью, у молодежи в виде страха перед наказанием.

4) Суицид по типу самонаказания является протестом против себя и является по существу самообвинением.

Люди с суицидальными намерениями не избегают, а наоборот, часто стремятся к помощи и консультированию.

Принципы консультирования суицидального абонента:

- 1) Не впадать в панику.
- 2) Вежливо и открыто принять абонента как личность.
- 3) Стимулировать беседу, не упуская никакую значимую информацию.
- 4) Тактично искать ситуации, в которых абонент любим или нужен.
- 5) Вести беседу, как если бы консультант обладал неограниченным запасом временем.
- 6) Возрождать надежду и искать альтернативы суицида, возможности выхода.
- 7) Не проявлять даже тени отрицательных эмоций.
- 8) Разрешать абоненту проявлять жалость.
- 9) Начавшийся суицид следует рассматривать как просьбу о деятельной помощи.
- 10) Блокировать суицидальные действия, используя интервенцию.
- 11) Быть уверенным, что предприняты все необходимые действия.
- 12) Обсудить беседу и свое состояние с супервизором.

Этапы беседы с суицидальным абонентом:

1) Установление отношений. В начале беседы следует сформировать отношения доверия. Это позволит исследовать ситуацию, как ее видит абонент, поощряя открытое проявление мыслей и чувств: «Чем я могу быть Вам полезен», «Чтобы я мог сделать для Вас». Имеет смысл узнать о событиях, которые должны произойти, понять, не таят ли они в себе какую-либо угрозу. Кризис обычно возникает не из-за фактов, а из-за тех чувств или значений, которые они несут собой. На начальном этапе беседы очень важно определить, каким образом суицидальные намерения связаны с фактами или чувствами абонента. На утверждение: «Я хочу умереть, порой стоит ответить: А я не хочу, чтобы Вы это сделали» несмотря на простоту, этот подход часто срабатывает лучше всего: чье либо нежелание бывает эффективнее объяснения причин, по которым следует оставаться в живых.

2) Оценка проблемы состоит в определении потенциальной опасности суицида и вероятности смертельного исхода. Суициденты не звонят, чтобы сказать «прощай». Они хотят, чтобы их остановили. Но мешает амбивалентность: хотя никто не хочет жить больше чем они, - они не знают, как жить дальше. Поэтому в беседе важно оценить потенциальную опасность предполагаемых действий, которые определяется наличием:

- плана и метода суицидальных действий (их доступность, легкость и степень летальности).
- попыток самоубийства в прошлом, особенно если не прошло еще и трех месяцев.
- последней капли - событие побудившего к выбору суицидального поведения.
- подготовки к концу жизни (завещаний, прощальных писем или распоряжений, приведение дел в порядок).

3) Суицидальная интервенция.

4) Заключение контракта. При любой степени суицидального риска, если дело не доходит до процедур отслеживания, беседа продолжается в направлении выработки альтернативного решения. Оно вырабатывается совместно и предусматривает план действий. Он должен быть ясным и конкретным: где, как и с кем собирается провести абонент ближайшие часы и дни. Для этого важна уверенность, что собеседник контролирует свои мысли и чувства. По возможности, следует помочь ему отчетливо структу-

рировать будущее. При необходимости побудить его обратиться к специалистам, но не следует гарантировать быстрый и обязательный успех. Принципиальной установкой контакта является уверенность, что собеседники преследуют одну и ту же цель.

Суицидологическая служба с "Телефоном Доверия" в Омской области.

В Омской области в 1991 году создана суицидологическая служба с "Телефоном Доверия", как структурное подразделение Омской областной клинической психиатрической больницы, для работы с лицами, находящимися в кризисных и суицидоопасных состояниях.

Суицидологическая служба на протяжении всего периода является методическим центром в Омской области по мониторингу суицидального поведения населения. Общее положение принципа преемственности заключается в осуществлении преемственности оказания медико-психологической помощи как между структурными звеньями суицидологической службы («Телефон доверия», кабинеты медико-психологической помощи), так и больницы в целом.

В осуществлении экстренной медико - психологической помощи ведущее значение принадлежит «Телефону доверия» («ТД»), который предназначен для неотложного психотерапевтического купирования кризисных состояний.

С 2004 года на «Телефоне доверия» суицидологической службы для ведения статистики и структурирования информации о телефонных обращениях был внедрен Единый кодификатор телефонных обращений, поступающих на Телефон Доверия, для обеспечения дальнейшей их обработки и анализа.

С целью повышения доступности специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, возможности оказания помощи по телефону расширены – в 2010 году:

- стал многоканальным «Телефон доверия»,
- выделены бесплатные трафики основными сотовыми операторами: МТС 05283, Билайн 070 45, TELE 2 670, Мегафон 8923 699 30 03,
- открыт дневной психологический «Телефон доверия»,

За 2010 год совместной работы сотовой и городской линии «Телефона доверия» количество всех обращений увеличилось в 1,5 раза по сравнению с аналогичным периодом 2009 года. Таким образом, появление сотовых операторов дает возможность большему количеству жителей Омской области, в том числе из отдаленных районов, страдающих от воздействия стрессовых ситуаций, попавших в сложные жизненные обстоятельства получить квалифицированную круглосуточную бесплатную анонимную помощь на ранних этапах развития стрессовых состояний и суицидальных тенденций. Общее количество звонков увеличилось до 50 в сутки (в два раза). Обратилось по сотовой связи в 2010 году 4469 человек, что составило 33,6 % от общего числа обращений, в 2011 году 5553 человека (42,2%).

По своей доступности помощь по «ТД» во много раз превосходит любой другой вид психотерапии: помощь можно получить анонимно, круглосуточно, бесплатно, конфиденциально; Во многих случаях психотерапевтическая помощь по телефону представляет собой единственно необходимый вид помощи пациентам, переживающих кризисные и суицидоопасные состояния.

Активное выявление таких пациентов – главная задача сотрудников службы, работающих на «Телефоне доверия» и, прежде всего, уделяется большое значение выявлению кризисных и суицидальных тенденций у абонента.

Таблица 1

Кризисные и суицидальные тенденции по обращению на «Телефон доверия» за 2008 - 2012 гг.

	2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн
Кризисные состояния	1015	14,0 %	1019	14,0 %	2960	28,0 %	3324	33,0 %	2949	27,8 %
Суицидальные тенденции	287	4,0	233	3,2	365	3,5	395	3,9	435	4,1
Всего	7239		7288		10579		10068		10600	

Из таблицы 1 видно, что процент кризисных и суицидальных тенденций у обратившихся высок, особенно выросли кризисные обращения в 2010 г. (почти в 3 раза).

С 2004 года на «ТД» суицидологической службы для ведения статистики и структурирования информации о телефонных обращениях был внедрен «Единый кодификатор телефонных обращений» для структурирования информации о телефонных звонках, поступающих на Телефон Доверия, для обеспечения дальнейшей обработки, анализа и интерпретации.

Количество обращений на «ТД» постепенно растет, что объясняется вышеперечисленными преимуществами телефонной помощи, а также постоянной популяризацией «ТД» в средствах массовой информации. Среднее число обращений на наш «ТД» колеблется от 8 до 13 тысяч в год. В сутки поступает от 25 до 45 обращений.

Структура обращения на «ТД».

1) По времени суток обращения распределяются следующим образом:

с 8.00 до 18.00 – 47,5% обращений

с 18.00 до 23.00 – 31,9% обращений

с 23.00 до 8.00 – 20,6% обращений

2) По возрастным показателям (таблица 2).

Таблица 2

Соотношение обращений по возрасту на «Телефон Доверия» в 2010 -2012 гг.

Возраст	2010		2011		2012	
	абс	%	абс	%	%	%
до 18 лет	196	2,0	108	1,1	69	0,7
19-25 лет	986	9,3	600	6,0	697	6,6
26-35 лет	1800	17,0	1618	16,1	1574	14,8
36-50 лет	4202	39,7	4947	49,1	4592	43,3
51-60 лет	1570	14,7	2157	21,4	2929	27,6
Всего	10579	100	10068	100	10600	100

Для вышеуказанной возрастной категории остаются приоритетными вопросы семейных и супружеских взаимоотношений, разводов. На данном этапе значительно изменяются функции духовного (культурного) и эмоционального общения.

3) Сравнительный анализ данных по полу показал, что сохраняется преобладание обращений лиц женского пола над мужскими обращениями. Наглядно видно соотношение по полу на рисунке 1.

Доля обращений женщин составляет 75-78% от общего количества обращений. Среди причин преобладания женщин-абонентов в контексте вербальных обращений можно выделить следующие: большая социальная экстравертируемость; стремление получить постороннюю помощь; черты несамостоятельности и инфантильности в структуре личности.

Низкий процент обращений мужчин на «Телефон доверия» (22-25%), скорее всего, обуславливается культурными стереотипами. Так, обращение мужчины за помощью, часто ассоциируется с немужским типом поведения.

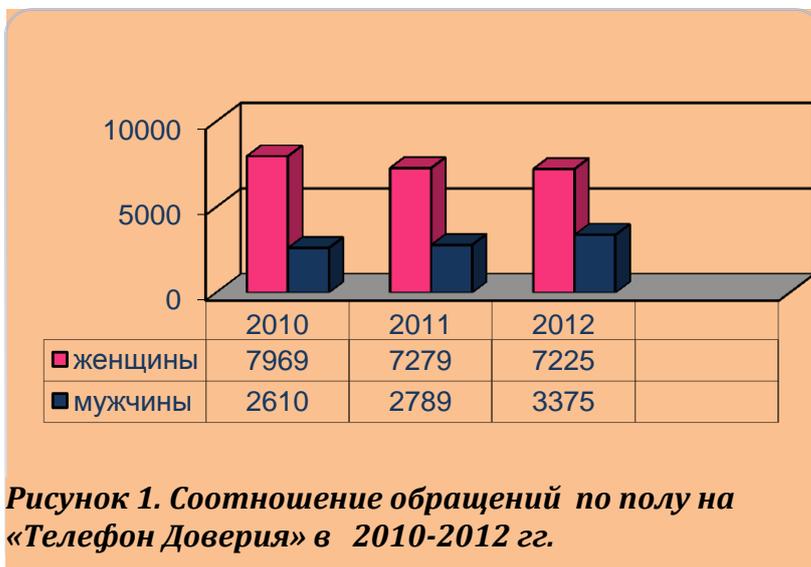


Рисунок 1. Соотношение обращений по полу на «Телефон Доверия» в 2010-2012 гг.

Таблица 3

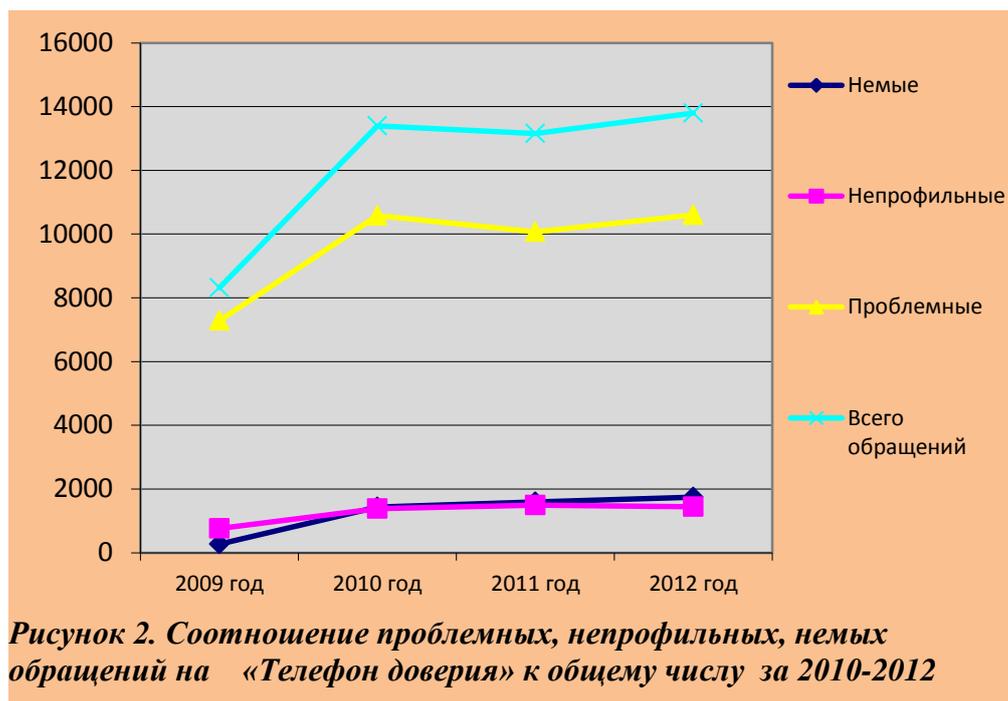
Соотношение обращений по социальному статусу на «Телефон Доверия» в 2008-2012 гг.

	2008		2009		2010		2011		2012	
	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн	абс	отн
Не устан.	141	2,0	93	1,3	19	0,2	0	0	1	0
Учащиеся	325	4,5	166	2,3	394	3,7	380	3,8	283	2,7
Работающие	3449	47,6	3263	44,8	4950	46,8	4604	45,7	4311	40,3
Пенсионеры	1069	14,8	1121	15,4	1040	9,8	1074	10,7	1202	11,3
Инвалиды	1368	18,9	1788	24,5	2955	27,9	2154	21,4	2377	22,4
Домохозяйки	140	1,9	66	0,9	148	1,4	156	1,5	109	1,0
Безработные	747	10,3	791	10,8	1073	10,2	1700	16,9	2315	21,8
Всего	7339	100	7288	100	10579	100	10068	100	10600	100

Из таблицы 3 видно, что высокий процент обращаемости остается за работающим контингентом (44-47%). Постепенно снижается процент обращаемости учащихся,

что связано с работой детско-подросткового «Телефона доверия» имеющего федеральный номер, и повышается процент обращаемости на Телефон Доверия инвалидов.

4) По тематике обращений звонки подразделяются на проблемные, информационные, «немые» звонки. Отмечается тенденция к увеличению числа проблемных звонков (рисунок 2). Сравнительный анализ полученных данных позволяет увидеть сохранение в 2008-2012 гг. процентного соотношения категорий профильных, непрофильных и немых обращений на «Телефон



доверия»: первое место по количеству обращений занимают профильные звонки, требующие непосредственно психологической помощи (79%-95% от общего числа обращений), далее идут непрофильные обращения, и наименьшее количество звонков – это «немые» обращения. Необходимо отметить, что такая тенденция отмечалась и в прошлые годы.

5. Знание психологической проблематики обращений на «Телефон доверия» является для консультантов вопросом профессиональной компетентности, прогностичности и эффективности. Поэтому анализу проблематики звонков отводится важное место.

Распределение обращений по тематическим группам представлено в таблице 4.

Анализ проблематики телефонных обращений показал, что в 2008-2012 гг. наиболее актуальной проблемой, с которой обращаются на «Телефон доверия», остается проблема здоровья (такие звонки составляют 37-38% от всех профильных обращений). Одной из причин, объясняющих приоритетность обращений по вопросам здоровья, является присутствие на телефоне абонентов, запрашивающих медико-психологическую помощь. Так большое количество профильных обращений составляют звонки от соматически инвалидизированных лиц, одиночество которых является в значительной степени вынужденным. Эти люди могут быть одинокими в социальном плане - не создавшими, либо утратившими семью (так называемое паспортное одиночество) или иметь недостаточную социализацию, то есть страдать из-за отсутствия эмоциональных контактов, несмотря на формальное наличие семьи, родных. Одиночество не только приводит к субъективно тягостным переживаниям, но и представляет потенциальную суицидоопасность. Для всех абонентов рассматриваемой группы, особенно соматически инвалидизированных лиц, характерны повторные обращения в ночные часы, так как большинство из них страдает нарушениями сна.

На втором месте по обращаемости в 2008-2010 гг. стоят проблемы зависимостей. Статистика утверждает, что из каждых четырех человек, по крайней мере, у одного среди близких был алкоголик.

Таблица 4

Распределение проблемных обращений по тематическим группам за 2010-2012 гг.

Тип обращений	2010		2011		2012	
	абс	%	абс	%	%	%
Здоровье	3878	37,0	3424	34,0	4114	38,8
Зависимости	1281	12,1	1050	10,4	1196	11,3
Социальная адаптация	757	7,2	540	5,4	641	6,0
Общение и взаимоотношения	266	2,5	319	3,2	303	2,9
Любовные отношения	799	7,6	991	9,8	832	7,8
Сексуальные проблемы	67	0,6	88	0,9	42	0,4
Проблемы принятия себя	719	6,8	1138	11,3	1020	9,6
Детско-родительские отношения	996	9,4	821	8,2	838	7,9
Насилие	167	1,5	147	1,5	156	1,5
Семейные отношения	1227	11,6	1223	12,1	1169	11,0
Учебные и профес. проблемы	422	3,7	327	3,2	289	2,7

Алкоголик в семье – это всегда большие проблемы, нередко перерастающие в драмы и даже трагедии. Что делать, если любимый человек начал пить? Отправить к врачу? А если не пойдет, скажет, что у него нет проблем, с которыми он не мог бы справиться сам. К тому же, редкий алкоголик считает себя больным. Не отставать и постоянно попрекать, «пилить»? От этого еще больше тянет выпить. Пригрозить, например, уходом? На некоторых подействует, а некоторые только озлобятся. Таким образом, по меньшей мере, 25% клиентов — члены семей, близкие друзья или любимые алкоголиков.

На третьем месте в 2008-2010 гг. стоят проблемы семейных и супружеских отношений. Такие обращения за телефонной помощью связаны, прежде всего, с охлаждением чувств в супружеской паре, уходом одного из супругов из семьи, разрывом с любовным партнером, изменой и др. (11-12% от проблемных обращений).

Затем идут проблемы, связанные с детско-родительскими отношениями, конфликтами, ссорами между детьми и родителями (9% от профильных обращений).

В 2011 году ситуация несколько изменилась: на второе место вышли проблемы семейных отношений и на третьем месте - проблемы принятия себя.

Любой обратившийся за экстренной помощью на «Телефон доверия» и нуждающийся в дальнейшем наблюдении и, возможно, лечении, приглашается на консультацию к психиатру, психотерапевту, наркологу, ему проводится психодиагностическое исследование, при тяжелом психическом состоянии возможно направление в психиатрический стационар, решение социальных проблем.

Между психиатрическим диспансерным отделением больницы и суицидологической службой существует регулярное взаимодействие по информированию врачей участковой службы о суицидальном поведении лиц, находящихся на диспансерном или лечебно – консультативном наблюдении.

Кризисные и суицидальные тенденции рассматриваются как внутренние формы суицидального поведения. У большинства абонентов, кто говорит или признает наличие суицидальных мыслей, к этой идее имеются амбивалентные или смешанные чувства. Важной задачей консультанта является проявить мягкую, осторожную заботу об абоненте, помочь человеку понять то, ради чего стоит жить. То, чего в действительности хочет большая часть самоубийц – это, чтобы кто-нибудь был небезразличен к ним, проявил заботу о них, вселил надежду.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г. Некоторые вопросы суицидологии, связанные с проблемой алкоголизма // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. - М., 1973.
2. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида //Актуальные проблемы суицидологии. - М., 1981.
3. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств. М. – 1980. - 163 с.
4. Биркин А.А., Войцех В.Ф., Закодыркина В.А., Кучер А.А. Профилактика суицидального поведения. Мурманск: НИЦ «Пазори», 2004. – 76с.
5. Биркин А.А. и др. Раннее выявление тенденций аутоагрессивности и диагностика суицидальной опасности. – Мурманск: НИЦ «Пазори», 2004. – 82с.
6. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М. Миклош, 2007. – 280 с.
7. Валиахметов Р., Мухамадиева Р., Хилажева Г. Опыт социологического исследования проблемы суицида. Вестник общественного мнения 2010; 1:.
8. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – СПб.: «Издательство «Диалект», 2004. – 480с.: ил.
9. Любов Е.Б., Морев М.В, Фалалеева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации. Журнал «Суицидология», № 3, 2012 год.
10. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование. М. Смысл, 2001. – 494 с.
11. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения. № 1, 2012 год
12. Л. Н. Юрьева, Клиническая суицидология: Монография.— Днепропетровск: Пороги, 2006.— 472 с.
13. Красильников А.М., Цыцарев С.В. Особенности личности больных алкоголизмом с суицидальными тенденциями // Психогигиена и психопрофилактика.- СПб, 1989.
14. Предотвращение самоубийств. Руководство по телефонному консультированию. Работа с суицидом и кризисом. (1994)
15. Степанова О.Н., Белебева Е.А., Мурина И.Н., Сазонова Л.А. Оказание экстренной медико-психологической помощи населению с привлечением мобильной связи. Материалы XV съезда психиатров России с. 30
16. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия.- М.: «Когито-Центр», 2005.
17. Сборник научных работ «Актуальные проблемы суицидологии». Москва, 1981.
18. Телефонная психотерапевтическая помощь – телефон доверия- в системе социально-психологической службы. Методические рекомендации. М.-1988 – 18 с
19. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение). – Смоленск: СГМА, 2012. – 232с.

THE ROLE OF EMERGENCY MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE "HELPLINE" FOR SUICIDE PREVENTION

E.A. Belebeba, I.N. Murina, E.V. Steinbach, E.I. Bitko

Resume. Suicide and suicide attempts are a serious problem of society. Suicides are the third leading cause of death of a person aged 15 to 45 years and more than half the time they are performed in the framework of long-term mental disorders and conditions associated with the traumatic situation. Number of suicide attempts is ten times greater than the number of completed suicides, which significantly increases the magnitude of the problem. Since 2004, the "TD" Suicide Services for statistical and structuring information about the telephone calls was introduced "One codifi-

cator telephone calls" for structuring the information about phone calls arriving at a telephone hotline for further processing, analysis and interpretation. Crisis and suicidal trends are considered as internal forms of suicidal behavior. The majority of subscribers who speaks or recognizes the existence of suicidal thoughts, to this idea are ambivalent or mixed feelings. An important task of the consultant is to show a soft, cautious concern about the subscriber, to help the person understand what that is worth living. Something that really wants most of the suicide - is that someone was not indifferent to him, took care of them, offered hope

Keywords. Crisis help, helpline, prevention, suicide.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ КОНТЕНТ В ГЛОБАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СЕТИ: НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА РУССКОЯЗЫЧНОГО СЕГМЕНТА ИНТЕРНЕТА

Ю.П. Денисов

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Омская государственная медицинская Академия»*

Аннотация. В статье проводится анализ распространения в русскоязычном сегменте Интернета материалов, содержащих информацию о суициде. Автор исследует контент, обнаруженный в наиболее популярных в русскоязычном киберпространстве социальных сетях и поисковых системах. Проблема распространения суицидального контента в Сети рассматривается в контексте более глобальной проблемы киберсоциализации.

Ключевые слова. суицид, виртуальность, интернет-коммуникация, киберсоциализация, мультидисциплинарные исследования.

Постиндустриальное общество наших дней характеризуется тотальным проникновением глобальных информационных технологий в социальную реальность повседневности и виртуализацией социального пространства. Индивид всё глубже погружается в киберпространство. С. Жижек пишет по этому поводу: «Виртуальная реальность... обеспечивает саму реальность, лишённую своей субстанции, сопротивляющуюся твердому ядру Реального — точно так же, как кофе без кофеина обладает запахом и вкусом кофе, но им не является, виртуальная реальность переживается как реальность, не будучи таковой» [3, с. 18].

Особенно сильно данный феномен воздействует на личности детей, подростков, молодёжь, которые подвергаются процессу киберсоциализации. Киберсоциализация представляет собой «процесс качественных изменений структуры самосознания личности, происходящий под влиянием и в результате использования информационных и компьютерных технологий в контексте жизнедеятельности». [5, с. 70].

Данный процесс, с одной стороны, даёт возможность личности органично интегрироваться в глобальное пространство социального взаимодействия с качественно изменёнными и усложнёнными требованиями к характеру участия в социальной коммуникации и эффективно использовать его возможности. С другой стороны, киберсоциализация делает личность более уязвимой для угроз и деструктивных вызовов, исходящих из Глобальной Сети. Среди наиболее серьёзных из них можно выделить угрозу воздействия суицидального контента на детей и молодёжь.

Клинические исследования, проведённые целым рядом западных медиков, ясно указывают на тот факт, что в детском и подростковом возрасте риск суицида повышен. Об этом свидетельствуют, в частности, исследования, проведённые С. Cassels [10], Р. Harrison [12], Н. Canavan [9]. Приблизительно 16,9 % подростков в возрасте 13 лет серьёзно рассматривают попытки самоубийства, 16,5 % разрабатывает план самоубийства, 8,5 % осуществляют попытки самоубийства [8, с. 76]. К суициду приводит

сложный и многомерный комплекс факторов. В процессе анализа причин и истоков суицидальной активности исследователями крен делается в сторону различных направлений. Когда речь идёт о суициде среди детей и молодёжи, немаловажную роль играет воздействие Интернета. С точки зрения группы англоязычных исследователей, подробный анализ использования пациентом Интернета должен быть включен в клиническую оценку угрозы совершения молодыми людьми членовредительства (self-harm) и самоубийства (suicide). По мнению учёных, воздействие Других является решающим фактором риска в процессе принятия молодым человеком решения о нанесении вреда самому себе, и очень вероятно, что такое воздействие может произойти через Интернет [11]. Проблема влияния распространяемого через Глобальную Сеть суицидального контента на детей и молодёжь в 2010-е гг. активно дискутируется в обществе и осмысливается на политическом уровне. Её широкое обсуждение в России привело к принятию специального нормативного акта. 30 июля 2012 г. вступил в силу Федеральный закон Российской Федерации N 139-ФЗ от 28 июля того же года. В соответствии с ним был создан «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено» [6, с.9]. Согласно данному закону основанием для включения в названный реестр электронного ресурса, в частности, является содержание на нём информации о способах совершения самоубийства, а также призывов к совершению самоубийства. Закон № 139-ФЗ действует и на данный момент [7]. В рамках его исполнения целый ряд интернет-ресурсов был заблокирован. В 2013 г. нами совместно с деканом педиатрического факультета, кандидатом медицинских наук Н.Ю. Демдоуми было проведено исследование, результаты которого показали, что проблема распространения суицидального контента в русскоязычном сегменте Интернета, несмотря на действие упомянутого выше закона, остаётся актуальной [2]. В сентябре 2014 г. представляется необходимым вновь обратиться к анализу наиболее популярных в Рунете социальных сетей и поисковиков для того, чтобы ответить на вопрос: изменилась ли ситуация? Проведённый простой количественный анализ показал, что в социальной сети «Одноклассники» по сравнению с 24 апреля 2013 г., когда был произведён предыдущий замер, количество пользователей, распространяющих информацию о суициде, увеличилось на ≈ 32,1 %, а групп – на ≈ 42,1 %. По запросу «суицид» 15 сентября 2014 г. обнаружено 215 пользователей и 95 групп. В социальной сети «ВКонтакте» также зафиксировано увеличение суицидального контента. Количество видеофайлов суицидального содержания увеличилось на ≈ 27,7% (с 9014 до 12474); количество аудиозаписей – на ≈ 40,3 % (с 43462 до 72785); количество сообществ – на ≈ 3,6 % (с 1330 до 1380); количество пользователей с «никами», содержащими слово «суицид», – на ≈ 38,1 % (с 47 до 76), количество записей, содержащих слово «суицид», – на ≈ 45,8 % (с 453 910 до 838 075). В социальной сети «Мой мир» произошло снижение количества пользователей, чьи «ники» содержат слово «суицид» на ≈ 42,9 % (с 28 до 16). Однако количество групп, посвящённых суицидальной тематике в той же социальной сети увеличилось более, чем в 3 раза (с 20 до 64).

Аналогичный запрос 16 сентября 2014 г. мы ввели в строки наиболее популярных поисковых систем русскоязычного сегмента Интернета. «Яндекс» в ответ на запрос выдал 2 000 000 ответов; «Гугл» – 447 000 ответов; «Поиск Mail.ru» - 735 000 ответов. По сравнению с данными полученными нами весной 2013 г., можно зафиксировать очевидное и достаточно резкое снижение объёмов суицидального контента. Объём суицидального контента, предлагаемого поисковиком «Яндекс» сократился на 50 %, поисковиком «Гугл» - на ≈ 87,5 %, поисковиком «Поиск Mail.ru» - на 85,3 %. При этом «Яндекс» и «Гугл» сразу после обработки поискового образа «суицид» выдают номер бесплатного телефона доверия, который работает круглосуточно. Абсолютно

все электронные ресурсы, гиперссылки на которые демонстрируют на первых страницах указанные поисковые системы после ввода пользователем поискового образа «суицид», либо позиционируют себя в качестве сайтов, направленных на помощь и поддержку людей, склонных к суицидальному поведению, либо как познавательные и научно-популярные интернет-ресурсы. Весной 2013 г. мы обращали внимание на тот факт, что поисковые системы выдают гиперссылки на сетевые ресурсы, включенные в Единый Реестр доменных имен, указателей страниц сайтов сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено». Осенью 2014 г. на первых трёх страницах результатов поиска по запросу «суицид» не было обнаружено ни одного подобного ресурса.

На первый взгляд, создаётся впечатление, что проблема распространения «суицидального контента» в Глобальной Сети посредством популярных в русскоязычном сегменте Интернета поисковых систем на сегодняшний день решена. Однако целый ряд фактов, тем не менее, продолжает вызывать беспокойство.

В первую очередь, необходимо отметить, что в Рунете продолжают активно функционировать электронные ресурсы, посвящённые суицидальной тематике, которые напрямую не пропагандируют суицид, однако несут в себе негативный потенциал, который может привести к деструктивным воздействиям на сознание и подсознание реципиента. В частности, в результатах ответа на запрос «суицид» всех трёх анализируемых нами поисковых систем на первых страницах возникает гиперссылка на сайт <http://lossofsoul.com>. Несмотря на то, что данный интернет-ресурс позиционирует себя как «проект о жизни», публикуемые на нём тексты погружают реципиента в гнетущую атмосферу. Приведём лишь одну цитату из текста, размещённого в разделе «lossofsoul»: «Это мир небытия. Сюда невозможно попасть самому. lossofsoul приходит сам, и однажды все вокруг исчезает, и loss of soul становится целым миром. Отсюда невозможно уйти по своей воле, хотя всегда можно попробовать». Эффект, производимый данным фрагментом текста, усиливается эпиграфами, представляющими собой цитаты Р. М. Рильке и А. Рэмбо.

Прецедентные имена и прецедентные высказывания способствуют усилению семантико-когнитивного фона [4, с.101]. Их использование усиливает эффект воздействия на реципиента.

Существенную угрозу для детской и подростковой психики несут в себе и другие обнаруженные нами гиперссылки. Например, гиперссылка на форум самоубийц (<http://samoubiistvo.ru/forum/viewforum.php?f=1>), позволяющий лицам, решившимся на самоубийство интенсивно обмениваться сообщениями в интерактивном режиме. Заголовок на первой странице гласит: «Форум самоубийц – ты не одинок!».

Большую беспокойство вызывает и обилие визуального контента, иллюстрирующего акт самоубийства на просторах русскоязычного киберпространства. Например, в рубрике поисковой системы «Яндекс» «Картинки» 18 сентября 2014 г. в ответ на всё тот же запрос «суицид» появилось 119 000 изображений. При этом, как и в апреле 2013 г., на первой «картинке» был изображён «повесившийся плюшевый мишка». Также буквально «бросаются в глаза» изображение молодой девушки модельной внешности, вскрывшей себе вены в ванне, изображение крупным планом окровавленной руки под краном, изображение молодой девушки, стреляющей себе в рот из пистолета и т.д. Общее количество изображений, выданное системой «Яндекс» по сравнению с апрелем прошлого года уменьшилось на $\approx 62,9\%$. Однако среди них на $\approx 5\%$ увеличилась доля изображений, демонстрирующих именно акты суицида в яркой, наглядной форме.

Такого рода изображения с легкостью обнаруживаются и с помощью поисковых систем «Гугл» и «Поиск Mail.ru». Система «Гугл» по запросу «суицид» предлагает не-

сколько рубрик-фотогалерей, сформированных на основе пользовательских запросов: «Суицид эмо», «Суицид из-за любви», «Суицид аниме», «Суицид пистолет», «Суицид вены», «Суицид повешение». В массиве изображений, предложенных системой «Поиск Mail.ru», обращает на себя внимание обилие иллюстраций, которые сопровождаются различными подписями. Например, под фотоизображением повесившейся женщины крупными белыми буквами на чёрном фоне сделана подпись: «Суицид: последний шанс привлечь внимание». Под чёрно-белой «размытой фотографией», на которой человек держит пистолет у виска написано: «Suicide: Because the world is better off without you». На одной стилизованной под аниме «картинке-демотиваторе» изображена повесившаяся девочка школьного возраста. Подпись гласит: «1 сентября. Пожалуйста, только не в школу».

Такого рода изображения представляют собой не просто «картинки», а креолизованные тексты, которые соединяют в себе вербальную и невербальную коммуникацию. Воздействие на реципиента данного феномена во многом обусловлено тем значением, которое креолизованные тексты обретают в условиях глобализации постиндустриальной социальной реальности. Именно язык визуализации, по мнению целого ряда исследователей, может стать интернациональным языком в силу того, что он отвечает потребности оптимизировать человеческое взаимодействие для достижения более высокого уровня эффективности; отвечает потребности преодоления скрытых стереотипов языка литературного; может способствовать нелинейному, более открытому характеру новых человеческих опытов [1, с.180]. В этой связи креолизация суицидального контента в киберпространстве несёт в себе особую угрозу для психики детей и молодёжи.

В целом, мы должны заключить, что, с одной стороны, меры, направленные на борьбу с суицидом, в 2013-2014 гг. дают определённый результат. Он выражается, в частности, в уменьшении в Глобальной Сети объёма суицидального контента. С другой стороны, проблема распространения такого рода контента по-прежнему остаётся достаточно актуальной. Данная проблема является частью более широкой проблемы воздействия на личность деструктивных угроз интернет-пространства в условиях киберсоциализации и требует более глубокого междисциплинарного осмысления.

Литература.

1. Ворошилова М. Б. Креолизованный текст: аспекты изучения // Политическая лингвистика. - 2006. - № 20. - С. 180-189.
2. Демдоуми Н.Ю., Денисов Ю.П. Распространение «суицидального контента» в киберпространстве русскоязычного интернета как проблема мультидисциплинарных исследований // Суицидология. 2014. №2. Т.5. С. 47 – 55.
3. Жижек С. Добро пожаловать в пустыню Реального / Пер. с англ. Артема Смирного — М.: Фонд «Прагматика культуры», 2002. — 160 с.
4. Захаренко И. В., Красных В. В., Гудков Д. Б., Багаева Д. В. Прецедентное имя и прецедентное высказывание как символы прецедентных феноменов // Язык, сознание, коммуникация: Сб. статей / Ред. В. В. Красных, А. И. Изотов. - М.: Филология, 1997. - Вып. 1. - С. 82-103.
5. Плешаков В.А. Киберсоциализация и православие: к постановке проблемы духовно-нравственного развития и воспитания российских школьников и студенческой молодёжи // Вестник Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета. Серия IV «Педагогика. Психология». 2010. № 2. С. 68-76.
6. Федеральный закон от 28.07.2012 N 139-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и отдельные законодательные акты РФ» // Российская газета. – 2013. – 30 июля. - С.9.
7. Федеральный закон от 28.07.2012 N 139-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и отдельные законодательные акты РФ» URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=133282> (дата последнего обращения: 15.02.14).
8. Эверелл Р.Д., Бостик К.Э., Паулсон Б.Л. Я устал быть собой: развитие темы юношеского суицида // Психология обучения. 2006. - № 3. - С. 73-76.

9. Canavan N. Almost 20% of Suicidal Teens Live in Home With a Gun // Medscape Medical News 08.05.2013 URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/803856> (дата последнего обращения: 27.08.14).

10. Cassels C. Suicidal Behavior in US Teens Common // Medscape Medical News 10.01.2013 URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/777433> (дата последнего обращения: 26.08.14).

11. Daine K, Hawton K, Singaravelu V., Stewart A., Simkin S., Montgomery P. The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People URL: <http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0077555;jsessionid=B7CA6E0D7766BDDF8DC72FFF9FD78E0D> (дата последнего обращения: 26.08.14).

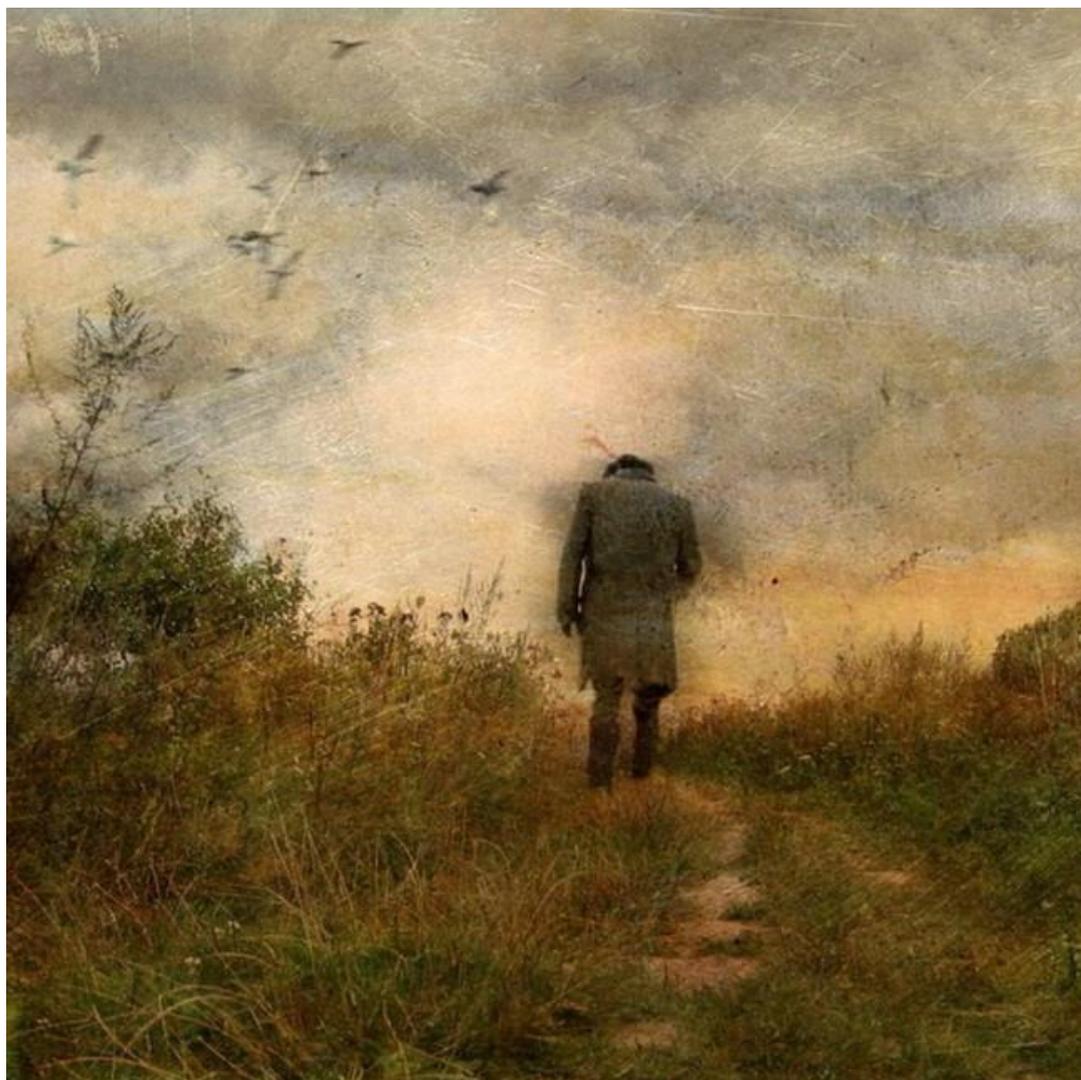
12. Harrison P. Suicidal Thoughts Common Among Victimized Youth // Medscape Medical News 23.10.2013 URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/773120> (дата последнего обращения: 27.08.14).

SUICIDE CONTENT IN THE GLOBAL INFORMATION NETWORK: ON THE BASIS OF THE ANALYSIS OF THE RUSSIAN-SPEAKING SEGMENT OF THE INTERNET

Yu. P. Denisov

Resume. In article the distribution analysis in a Russian-speaking segment of the Internet of the materials containing information on a suicide is carried out. The author investigates the content found on the social networks most popular in the Russian-speaking Internet and search engines. The problem of distribution of a suicide content in the Network is considered in a context of more global problem of cybersocialization.

Ключевые слова. suicide, virtuality, Internet communication, cybersocialization, multidisciplinary researches.



Клиника психических расстройств

ВЛИЯНИЕ МИКРОСОЦИАЛЬНО-СРЕДОВЫХ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ПОСТСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА

А.А. Заливин, Ю.В. Дроздовский

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Омская государственная медицинская Академия»*

Аннотация. Семейные микросоциальные стрессовые факторы оказывают выраженное многообразное влияние, формирующее и определяющее суицидальное поведение, в том числе и у лиц с пограничными психическими расстройствами. При формировании программ по превенции суицидов и реабилитации пострадавших учет семейных факторов способствует эффективному оказанию необходимой помощи, что подтверждает необходимость их дальнейшего изучения.

Ключевые слова. Социальные факторы, психическое здоровье, суицидальное поведение.

При обсуждении проблемы суицидов следует отметить, что ее рассматривают как один из признаков социального психического здоровья наряду с алкоголизмом, наркоманией, олигофрениями, безработицей (Т.Б.Дмитриева, 2006). В настоящее время эксперты в области суицидологии говорят об эпидемии суицида в России (Б.С.Положий, 2013) При уровне суицидальной активности в 20 случаев на 100 тысяч населения, определенным ВОЗ как критический, с начала 90х годов прошлого столетия в России этот показатель держится на стабильно высоком уровне. Поскольку этот показатель отражает макросоциальные процессы (Wasserman D, Rihmer Z. et. al., 2012), по отношению к ним он несколько запаздывает, так, наибольшее значение в нашей стране он принял в 1994 году, составив 43,5 на 100 тысяч населения. В последние годы его величина остается запредельной, составив 20,4 в 2012 году. Подобная ситуация отражается в статистических данных по Омской области, которая относится к региону со средним уровнем суицидов (27,0 в 2012 году). Кроме того, значительная часть завершенных и, тем более, - незавершенных суицидальных попыток остается незарегистрированными, зачастую попадая в категорию несчастных случаев.

По мнению А.Г.Амбрумовой, суицид совершается в случае наступления кризисной ситуации, когда происходит дезадаптация в социуме, на фоне неразрешенного конфликта внутри- или межличностного характера. Она же утверждает, что следует рассматривать причинные факторы суицидального поведения как констелляцию личностных, средовых и статусных характеристик. Помимо того, по данным разных авторов, доля пограничных психических расстройств (ППР) среди зарегистрированных суицидентов колеблется от 15%-30% (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980, Васильев В. В., 2008) вплоть до 80% и 100% (Farberow N. L., Shneidman E. S., 1968) отмечая значимую долю личностных расстройств различного регистра.

Рассматривая роль семейных отношений в формировании суицидального поведения, целый ряд исследователей отмечает их высокую значимость. Они отмечают роль таких семейных факторов, как степень понимания родителями, сопереживания и нормативности отношений, недостаточность родительской любви, начиная с раннего возраста (Каубиш В.К., 2000; Положий Б.С., Лазебник А.И., 2002). В работах многих авторов выявлена зависимость суицидального поведения от взаимоотношений с родите-

лями в детском возрасте. Ю.А.Александровский (2007) отмечает, что в случае декомпенсации расстройств личности, на которые приходится значительная доля всех ППР, важная роль отводится адаптационному барьеру, основы которого закладываются в детском возрасте. В.Ф.Войцех (2002) отмечает, что при повторных суицидальных попытках роль деструктивного воспитания и развития в неполной семье существенно возрастает, при этом гендерные различия отходят на второй план. Зарубежные авторы наибольшее значение в формировании суицидального поведения отводят таким семейным факторам, как отсутствие взаимопонимания с родителями, состав семьи (неполная семья, наличие неродного родителя), разрыв отношений с матерью, трудные материально-бытовые условия проживания семьи (Schwartz R.C., Cohen B.N., 2001, Sourander A. et al, 2001, Flannery D.J. et al, 2001).

Под нашим наблюдением за период с 2006-2010гг. находились 143 суицидента с пограничными психическими расстройствами, отвечающие диагностическим критериям: «острая реакция на стресс» (F43.0); депрессивное расстройство (F32.0, F32.1, F43.2); расстройства личности - (F60.1 - F60.9); психопатоподобные нарушения органической этиологии (F07.00 - F07.09), наблюдавшиеся у лиц обоего пола в возрасте от 18 до 57 лет. Критериями исключения из обследования являлись алкогольная, наркотическая и другие виды химических аддикций, подтвержденный диагноз шизофрении, грубые личностные расстройства, выраженное когнитивное снижение, психотические проявления при органических поражениях головного мозга, эпилепсии.

Изученные нами клинико-патогенетические факторы были разделены на 4 группы: социально-психологические, конституционально-биологические, экзогенно-органические и соматогенные. С нашей точки зрения, данные факторы имеют значение для прогнозирования особенностей клинических проявлений суицидального поведения, что особенно касается вариантов постсуицидального периода, и, безусловно, важно для мер дальнейшей реабилитации суицидентов на протяжении всего постсуицидального периода. В соответствии с классификацией А.Г Амбрумовой (1974) нами выделялись 4 варианта постсуицидального периода: с критическим, манипулятивным, аналитическим и суицидально фиксированным его вариантами. Причем, в зависимости от истинности суицидального намерения различались истинные суицидальные и парасуицидальные попытки, последние встречались преимущественно при акцентуациях и расстройствах личности возбудимого, в том числе истероидного круга и закономерно обнаруживали склонность к аффективно-шантажному поведению, в большинстве случаев они попадая в когорту с манипулятивным постсуицидальным периодом.

В нашем исследовании в рамках семейных факторов были выделены отдаленные воздействия со стороны родительской семьи в детском и подростковом возрасте, оказывающие влияние преимущественно на формирование механизмов адаптации и особенности деструктивного реагирования, а также исследование собственной семьи суицидента, выступавшее в роли предрасполагающего фона и поводов для суицидальных попыток. Нами учитывался состав родительской семьи, ее полнота, наличие неродных родителей, воспитание родственниками либо в детдоме, отдельное внимание обращалось на атмосферу в родительской семье, которая могла испытывать влияние скандалов, жестокого обращения к ребенку. Уровень материального благосостояния также вошел в группу факторов, влияющих на атмосферу семьи. По нашему мнению, семейная атмосфера является одним из основных источников эмоциональных впечатлений и переживаний в детском возрасте, в том числе влияющих на формирование суицидального поведения. Тип воспитания суицидента во многом зависел от атмосферы в семье, личностных особенностей родителей. В отношении состава собственной семьи суицидента также учитывалась полнота, наличие и количество детей, совместное проживание с родителями. Так, сложные взаимоотношения с детьми или родителями в ряде случаев оказало критическое влияние на принятие решения о суициде. Отдельное

значимое влияние оказывали сложности во взаимоотношениях с супругами, от эмоционального отчуждения до супружеской неверности, в том числе в сочетании с угрозой распада всей семьи; сексуальным и физическим притеснением, унижением.

Так, атмосфера в родительской семье оказывала статистически значимое влияние на развитие вариантов ПСП. Во всей когорте исследованных преобладало общее благополучие (46,8%, 95% ДИ: 38,5%-55,4%), наибольшая доля таких семей отмечалась в группе с суицидально-фиксированным вариантом (72,4%), затем по убыванию в аналитическом (50,0%) и манипулятивном (41,5%). По степени значимости психогенного влияния в целом преобладали скандалы между родителями (17,5%, 95% ДИ: 11,6% - 24,7%) и жестокое обращение к ребенку (15,4%, 95% ДИ: 9,9% - 22,4%). Патологические психогенные влияния в детском возрасте были наиболее значимы для критического и аналитического постсуицида. в них, как и в целом, по когорте исследованных доминировали скандалы (18,9% и 16,7% соответственно), жестокое обращение к ребенку (16,2% и 13,9%) и алкоголизация родителей (16,2% и 13,9%). В целом по когорте исследованных, доминировали суициденты, выросшие в семьях со средним (55,9%, 95% ДИ: 47,4% - 67,2%) и низким (23,8%, ДИ - 95%: 17,1%-31,6%) уровнем дохода. Распределение по благополучию в критическом варианте было равномерным. В остальных когортах в первую очередь преобладал средний уровень дохода (в манипулятивном - 43,9%, в аналитическом - 69,4%, и в суицидально фиксированном - 58,6%). На втором по распространенности месте среди уровня дохода для манипулятивного и аналитического вариантов был низкий (39,0% и 22,2%), а для суицидально фиксированного – высокий (31,0%). Тип воспитательного воздействия в большинстве случаев был неправильным (91,6%), и был представлен определенным разнообразием его стиля. Так, среди них преобладали: для критического варианта постсуицидального периода - эмоциональное отвержение, в 29,8%, «кумир семьи» - 24,3%; для манипулятивного – гипоопека - 29,3% и гиперопека - 26,7%; для суицидально-фиксированного – гиперопека - 41,4%.

Как следует из вышесказанного, некоторые факторы могли оказывать как острое, так и хроническое воздействие, причем, неоднократно отмечалось и сочетанное по силе и времен влияние какого-либо отдельного фактора. Он мог оказывать воздействие как на протяжении длительного времени так и выстывать в роли декомпенсирующего мотиватора к началу активных суицидальных действий. Среди таких воздействий следует особо выделить эмоциональное отвержение и материальное неблагополучие.

Для оказания всесторонней помощи суициденту нами применялись комплексы психофармакологический (ПФК) психотерапевтический (ПТК) и социотерапевтический (СТК), специализированные для каждого варианта постсуицидального периода, взаимодополняющие и потенцирующие результативность реабилитационных мер.

Таким образом, семейные микросоциально-стрессовые факторы оказывают выраженное многообразное влияние, формирующее и определяющее суицидальное поведение, в том числе и у лиц с пограничными психическими расстройствами. При формировании программ по превенции суицидов и реабилитации пострадавших учет семейных факторов способствует эффективному оказанию необходимой помощи, что подтверждает необходимость их дальнейшего изучения. Кроме того, в связи со значительностью влияния семейных отношений на социальное психическое здоровье, включая и такое его нарушение как суицидальное поведение, следует особо подчеркнуть высокую актуальность социальных программ, направленных на формирование и укрепление ценности семьи как основы общества. Необходимо сохранение стабильных семейных отношений, переживающих кризис в обществе и активной агитации здоровых семейных ценностей в самых широких социальных кругах как врачами, специалистами сфер, так или иначе касающихся этой темы, так всеми заинтересованными гражданами с достаточным уровнем социальной ответственности и осознанности.

Список использованной литературы находится в редакции ОПЖ

INFLUENCE MICROSOCIAL ENVIRONMENTAL FAMILY FACTORS ON THE FORMATION OF DIFFERENT OPTIONS POSTSUICIDAL PERIOD

Y.V. Drozdovsky, A.A. Zalivin

Abstract. Family social micro-stress factors have a marked influence diverse, shaped and defined suicidal behavior, including in individuals with borderline psycho-cal disorders. In formulating programs for suicide prevention and rehabilitation records of family factors contribute to the effective delivery of needed assistance, which confirms the optionally-divergence further study.

Keywords. Social factors, mental health, suicidal behavior.

АЛКОГОЛИЗАЦИЯ ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ

Д.В. Четвериков

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»

Аннотация. Специфика формирования синдрома зависимости от алкоголя и постабстинентный период находится в тесной связи с интеллектуальными, эмоционально-волевыми и личностными характеристиками пациентов с умственной отсталостью. Указанные особенности следует учитывать на всех этапах лечения и реабилитации пациентов с данным вариантом ассоциированной психической патологии, а также при профилактике аддиктивного поведения психически больных лиц.

Ключевые слова. Алкогольная зависимость, алкоголизм, олигофрения, коморбидные расстройства.

Проблема сочетания психических расстройств в последнее время является одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Как показывают исследования последних лет, ассоциированные формы психической патологии встречаются даже чаще, чем «чистые» формы. Существенную часть больных с различными формами аддиктивного поведения (алкоголизм, наркомании, токсикомании) составляют пациенты с преморбидно органическим фоном и различной степенью умственного дефицита. С целью клинического изучения аддиктивного поведения у данного контингента психически больных нами были обследованы 21 больной в возрасте 21-30 лет, у которых указанная психическая патология сопровождалась привычным пьянством.

Преморбидно обследованные характеризовались своеобразием психического статуса и эмоционального реагирования на нарастающий социальный прессинг, диффузный характер олигофренического слабоумия, слабость абстрактного мышления, ограничения восприятия и памяти, бедной речью и, соответственно — обеднение экспрессивной и импрессивной сферы психики, косность, тугоподвижность, малая дифференцированность эмоций, их однообразие, отсутствие тонких оттенков переживаний, недоразвитая способность подавлять свои влечения, недостаточный волевой контроль, несамостоятельность и внушаемость. У 7 больных отмечались дефекты двигательной сферы, страдала способность к выработке двигательных формул, к координированным движениям, к быстрой смене моторных установок, недоразвитие выразительных движений.

Большинство пациентов этой группы (14 человек) относились к гипердинамическому типу олигофренов. Для них была характерна расторможенность, импульсивность, частые колебания настроения, легкая возбудимость, моторная оживленность,

неусидчивость, они склонны к бесцельной и безмотивной деятельности. Настроение в преморбидный период было у них подвержено резким колебаниям: от благодушно-веселого к раздражительно-злобному.

Аддиктивное поведение до начала потребления формирования алкогольной симптоматики у этих больных характеризовалось умеренной алкоголизацией, всегда групповой в компании лиц, младших по возрасту. К специфическим чертам раннего алкоголизма у этой группы олигофренов следует отнести быстрое вовлечение в групповое потребления алкоголя вследствие индукции алкоголизирующихся сверстников. В данном контексте особое значение приобретает несформированность мотивационной сферы, экстернальный локус контроля, что ограничивало личностную автономность в том числе, и в выборе стереотипа пьянства. Отметим, что в целом ритуальный компонент алкоголизации существенно снижен. Данное обстоятельство обусловлено мало дифференцированной сферой социальных интересов у лиц с умственной отсталостью, где любой повод к праздникам и торжествам воспринимается как сигнал к массивной алкоголизации с соответствующими соматическими и социальными последствиями. Отмечалась первичная интернализация brutальных паттернов потребления алкоголя, обусловленная формированием в криминально-маргинальной среде, что обусловило у 3 больных быстрое формирование опохмеления. Гедонистические мотивы в мотивационном поле потребления алкоголя были существенно снижены, происходило их замещение мотивом группового потребления с целью получения соответствующей референции. Этим обусловлено и то обстоятельство, что алкоголизация дебютировала преимущественно с тяжелых алкогольных напитков, прежде всего - самогона и больших объемов пива. Вкусовые качества спиртных напитков были не актуальны.

На этапе преморбидной алкоголизации отмечался низкий уровень психологической защиты личности на нарастание пьянства, что проявлялось в тусклости и неотчетливости борьбы мотивов, отсутствии спонтанных попыток ограничить алкоголизацию и симптома «последнего раза». В целом психологические защиты личности для раннего алкоголизма у олигофренов характеризовались тенденцией к архаичности, и реализовались преимущественно регрессией и проекцией. Концептуализация же пьянства была крайне примитивна, и ограничивалась клишированной репродукцией социальных мотивов.

Клинически отмечался быстрый рост толерантности, причем как разовой, так и суточный, а также активное потребление суррогатных спиртных напитков. Быстро трансформировалось опьянение от эйфорического к дисфорическому, а в значительной части клинических ситуаций алкогольное опьянение вообще носило изначально brutальный характер со злобой, немотивированной агрессией, расторможением низших инстинктов, что мы связываем с органической неполноценностью высшей нервной деятельности у большинства олигофренов.

Формирование алкогольного синдрома отмены также было ускорено, причем преимущественно за счет выраженного влечения к алкоголю, которое принимало экспансивный характер с мало дифференцированным поисковым поведением.

При прекращении привычного пьянства статус пациентов описываемой группы по своим клинико-динамическим особенностям существенно различался в зависимости от преморбидных личностных характеристик. Для *дисфорического* варианта (14 наблюдений) ведущим клиническим признаком была аффективная неустойчивость, склонность к эмоциональным разрядам наряду с частыми колебаниями настроения. Эти вспышки возбуждения бывали настолько неадекватны внешнему поводу, что производили впечатление спонтанно-возникших разрядов. Чем глубже была степень олигофрении, тем более выраженный «органический характер» носили эти эмоциональные разряды и тем меньше они поддавались коррекции. Нередко состояния возбуждения сочетались с недовольно-брюзжащим настроением. Говоря об этих

колебаниях настроения, следует отметить, что они отличались от истинных дисфорий, тем, что при них не наблюдается нарушения сознания, кроме того, больные не столько злобно-тоскливы, сколько раздражительно-придирчивы, плаксивы, требовательны. Сам эмоциональный разряд носил обычно неудержимый характер: больные впадали в состояние ярости, набрасывались на окружающих, проявляли агрессию в отношении лиц, случайно попавших в их поле зрения.

При *астеническом* варианте (7 наблюдений) больные в течении нескольких недель предъявляли малодифференцированные жалобы соматоипохондрического характера, указывали на повышенную утомляемость, физическую слабость, вялость. Интенсивность этих ипохондрических синдромов была различной: в ряде случаев имеется определенная охваченность ипохондрическими переживаниями, напоминающая ограниченное во времени сверхценное образование с доминированием в клинической картине массивных и чаще всего полиморфных ипохондрических жалоб; иногда же ипохондрический синдром носит значительно более интенсивный характер, ипохондрические утверждения становятся явно нелепыми, некорректируемыми.

В беседах с пациентами обращал внимание замедленный темп психических процессов. Больные медленно осмыслили задаваемые им вопросы, отвечали на них после длительной паузы и раздумья, нередко после настойчивых повторений вопроса. В случаях вынужденного убыстрения привычного для них медленного темпа психических процессов наступало состояние растерянности. Подобные состояния кратковременной «декомпенсации» у олигофренов особенно бросались в глаза в тех случаях, когда пациенты госпитализировались в клинику для лечения алкогольной зависимости – практически все время они были совершенно бестолковы, беспомощны, «более слабыми», чем они в действительности, требовался постоянная забота персонала.

Двигательная сфера и мимика были скудны. Амплитуда эмоциональных реакций крайне незначительна, их проявления однообразны, недифференцированы. Скудность аффективных реакций граничила нередко с эмоциональной тупостью, особенно в отношении окружающих их лиц, даже самых близких. Происходящие вокруг события, в том числе и посещения клиники, оставляли их обычно равнодушными и безучастными. В социально-восстановительные процессы эти больные не вовлекались. Пассивно принимали назначенные препараты, от прежних контактов с потребителями алкоголя отказывались. Периодически родственники этих пациентов отмечали, что у них в вечернее время наблюдались неглубокие маломотивированные аффективные разряды с попытками покинуть дом, однако указания родственников на возможность их госпитализации в психиатрическую больницу либо прием небольших доз аминазина купировал данные проявления. Больные вновь становились вялыми, равнодушными, застенчивыми, покорными.

Резюмируя вышеизложенное отметим, что у больных с умственной отсталостью и органическими расстройствами динамика алкоголизации, специфика формирования синдрома зависимости и постабстинентный период находится в тесной связи с интеллектуальными, эмоционально-волевыми и личностными характеристиками этих пациентов. Указанные особенности следует учитывать на всех этапах лечения и реабилитации пациентов с данным вариантом ассоциированной психической патологии, а также при профилактике аддиктивного поведения психически больных лиц.

ALCOHOLIZATION PERSONS WITH ORGANIC DISORDERS ASSOCIATED WITH INTELLECTUAL DEFICIT

Chetverikov D.

Abstract. Specificity of formation of alcohol dependence syndrome and postabstinent period is closely related to the intellectual, emotional and volitional and personal characteristics of patients with mental retardation. These features should be taken into account at all stages of treatment and rehabilitation of patients with this variant associated psychopathology, as well as the prevention of addictive behavior of mentally ill persons.

Keywords. Alcohol addiction, alcoholism, mental retardation, comorbid disorder

Возрастные аспекты психиатрии

ДЕТСКИЙ СУИЦИД КАК ОДИН ИЗ ВИДОВ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ

Гранкина И. В., Степанова Н.А.

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. Исследования самоубийств детей и подростков показали, что чаще у этих детей очень сильно нарушаются эмоциональные взаимодействия с семьей, в частности отношения с матерью. Поэтому важно пересмотреть свои отношения с ребенком, больше ему доверять, воспринимать его как самостоятельную взрослую личность с его индивидуальным мировоззрением, мнением, ценностями и убеждениями, желаниями и требованиями. Родители должны пристально следить за детьми с суицидальным поведением.

Ключевые слова. Кризисная помощь, детский суицид.

По данным ВОЗ, почти миллион человек ежегодно сводит счеты с жизнью. То есть каждые 40 секунд в мире кто-то убивает себя. И как это ни ужасно, среди подростков суицид – третья по частоте причина смерти. Россия занимает 1 место по количеству самоубийств среди детей и подростков. В Омске и области в 2011г. детьми и подростками совершен 161 суицид, из них 147 суицидальных попыток и 14 завершенных суицидов. 36 попыток приходится на возраст до 14 лет, 2 закончились смертью.

Условно различают три вида детских самоубийств: самоубийство-шантаж, самоубийство из любопытства и самоубийство из-за... нежелания жить. Дети до 11 лет реальных попыток уйти из жизни почти не делают. Однако это совсем не означает, что их не посещают трагические фантазии в минуты глубочайшего отчаяния. Пик суицидной активности (насильственного прекращения жизни) приходится на старший подростковый возраст (14 — 16 лет). Многие специалисты даже считают, что суициды — это типичная реакция подростков на кризисные ситуации в их жизни. При этом отнюдь не редкостью являются коллективные самоубийства, совершаемые либо группой подростков одновременно, либо одним вслед за другим (так называемые «скопированные» самоубийства, в основе которых лежит механизм подражания и внушаемость).

К общепризнанным факторам риска относятся:

- Психические нарушения, такие как поведенческие расстройства, антисоциальная личность, депрессия или психические расстройства, вызванные лекарственными препаратами.
- Глубокие чувства депрессии, безнадежности или беспомощности. Употребление наркотиков и алкоголя.
- Стрессовые жизненные ситуации, такие как серьезный разлад в семье, развод или разлука. Влияние деструктивных сект и субкультур.
- Аффективные реакции, то есть импульсивный, спонтанный поступок в ответ на какой-то сильный внешний раздражитель.
- Протест или обида на кого-то или из желания привлечь к себе внимание. Непонимание того, что шутить со смертью нельзя, обратной дороги не будет.
- Доступность и использование огнестрельного оружия.

Психологи единодушны в том, что причинами подростковых самоубийств являются не общественные и экономические факторы, социальные и бытовые стрессы, как

это нередко происходит со взрослыми, а процессы, связанные с отношениями в семье, с друзьями, в школе. Примером может послужить история болезни пациента 10 психиатрического детского отделения БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодников»



Вячеслав И., 2000 г.р. Пациент поступил в отделение в январе 2014г. с жалобами на нарушение взаимоотношений в семье, агрессивность, раздражительность, сниженный фон настроения. На фоне ссор и конфликтов с матерью высказывал мысли о своей никчемности, ненужности, в аффекте изрезал ножом на себе одежду, страхи темноты и одиночества, трехкратную суицидальную попытку. В ходе беседы выяснено, что у пациента с раннего возраста отмечались речевые нарушения, с началом обучения в массовой школе испытывал трудности с усвоением программы. В связи с чем, после представления на ПМПК, продолжил обучение в специализированной «речевой» школе интернатного типа. В 4 классе появились замечания со стороны педагогов на поведенческие нарушения со стороны мальчика, пытался лидировать среди сверстников, провоцировал конфликты, вину свою старался переложить на других. К моменту окончания начальной школы в семье от 2-го брака матери родился 3й младший ребенок, рождения которого как будто ждал, настроен был положительно.

С началом летних каникул вернулся домой, т.к. должен был продолжить обучение в прежней школе. В это время мать отмечает изменения в поведении ребенка – стал более скрытным, раздражительным, неряшливым, перестал следить за внешним видом. В сентябре 2013г. стал обучаться в школе, изменения в поведении нарастали. В конце сентября без видимой причины предпринял попытку повешения во дворе собственного дома, был случайно обнаружен матерью, когда уже оттолкнул ногами табурет. Консультирован психиатром. На тот момент лечение рекомендовано не было. В поведении оставался вспыльчивым, становился все более агрессивным. По словам матери, продолжал ходить в школу, но без особого желания, с большим желанием посещал тренировки спортивных секций (коньки, лыжи) и все больше времени проводил за компьютером. Стал хуже есть. На попытки матери поговорить с ним «по душам», в переживаниях не раскрывался, мог только упомянуть, что его постоянно обижают в школе, но, по словам матери, в школе этого не подтверждали, хотя иногда на голених и руках у него были синяки, которые он объяснял спортивными травмами. В середине ноября 2013г. предпринял повторную попытку повеситься, но был остановлен матерью, когда делал петлю. После очередной консультации психиатра, начал амбулаторное лечение, но значительных изменений в состоянии ребенка не было. По словам матери, становился все более агрессивным, замкнутым, но периодически поведение становилось обычным, мог поиграть с младшим братом, побеседовать с матерью, изредка высказывал мысли о том, что в школе его продолжают обижать. Практически не спал, до 5-6 утра сидел за компьютером, затем ложился на 1-1,5 часа, потом вставал и шел в школу. Стал бояться темноты, категорически отказывался оставаться дома, если не было кого-то из взрослых. Появилось сногворение. Практически перестал следить за внешним видом. 28.01.14г. пациент отказался идти в школу, начал кричать, что ему лучше умереть, чем жить с семьей. Говорил, что его никто не понимает. Взяв сумку с учебниками, вышел из дома. После чего предпринял 3 суицидальную попытку, которая не закончилась смертью лишь потому, что оборвалась веревка. После последней суицидальной попытки мать

вызвала бригаду СП, и мальчик в сопровождении СП и участкового был доставлен в ЦРБ, а затем в детское отделение КПБ. При поступлении настроение было снижено, на глазах слезы. В разговоре о матери, доме старался не заплакать, пытался скрыть, что расстроен. Говорил о том, что в школе его постоянно, практически ежедневно обижали и избивали старшеклассники, но за него никто не заступался, обвиняли его в разных проступках, которых он не совершал. Об этом никому не рассказывал. Говорил о том, что последнее время стал бояться темноты, высоты. Стал хуже спать: «Сон не идет, мысли лезут про конец света». В момент совершения суицидальных попыток хотел умереть на самом деле, расстроен тем фактом, что госпитализирован в психиатрическую больницу, и что мать обещала, что в больнице оставлять его не будет.

За время лечения в отделении был обследован: Психолог – выявлены выраженные аффективные нарушения в связи со стрессовой ситуацией. Аттентивно-мнестическая сфера изменена по органическому типу. Нарушений интеллектуальной сферы не выявлено. Окулист – Здоров. Лор – Здоров. Невролог – Неуточненная гидроцефалия 1-П, органическая микросимптоматика слева, условно-пароксизмальная активность с эпизеквивалентами в затылочных долях на ЭЭГ 2.03.14г. ЭЭГ – отмечаются умеренные изменения биоэлектрической активности дизритмического типа в виде полиморфной полиритмичной активности в передних отделах головного мозга $a = до 40 мкВ$ с доминированием медленноволновой активности в передних отделах головного мозга, разряды высокоамплитудных групп острых волн в теменно-затылочных отведениях (в рамках условно-пароксизмальных проявлений с эпизеквивалентами). Межполушарных различий и очаговости нет. Истинная эпилепсия не проявилась. ЭХОЭС – данных за смещение м-эхо нет. Признаки умеренной внутричерепной гипертензии и негрубой гидроцефалии.

На фоне проводимых лечебных и психо-реабилитационных мероприятий настроение с положительной динамикой. Нормализовался сон и аппетит. Перепадов настроения, раздражительности, агрессивных и аутоагрессивных проявлений не отмечалось. Стал посещать учебные занятия. Заботится о внешнем виде, настроен положительный. Суицидальных мыслей не высказывает. По словам матери, «стал прежним ребенком». Выписан с рекомендациями о продолжении лечения амбулаторно, рекомендована индивидуальная работа с психологом, продолжить обучение на дому. Диагноз при выписке: Расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции на органическом фоне.

При исследовании множества подростковых самоубийств, специалисты, занимающиеся данной проблемой, обнаружили одно сходное обстоятельство: у этих детей очень сильно нарушаются эмоциональные взаимодействия с семьей, в частности отношения с матерью, что мы и видим в данном случае. Поэтому важно пересмотреть свои отношения с ребенком, больше ему доверять, воспринимать его как самостоятельную взрослую личность с его индивидуальным мировоззрением, мнением, ценностями и убеждениями, желаниями и требованиями. Нужно относиться всерьез к любому намеку на суицид в его словах, даже если он просто выкрикнет сгоряча: «Я не хочу с вами жить!», «Как вы все мне надоели!» и т.п. Ну, а уж если он напрямик заявит о своем нежелании жить (Уж лучше повеситься, чем с вами жить, Выброшусь с балкона, Порежу себе вены, Утоплюсь), — то постараться избежать провоцирующих реакций. Поэтому будьте предельно осторожны в своих словах и действиях.

Что должно насторожить в поведении ребенка:

- если ребенок часто разговаривает о смерти и самоубийствах;
- если стремится уединиться под любым предлогом;
- рассуждает на тему: "Я никому не нужен", "Все равно никто не будет обо мне тосковать";

– ребенок делает попытки "попрощаться": дарит свои вещи и любимые предметы близким друзьям, мирится с врагами, отдает чужие вещи, убирает в комнате (приведение дел в порядок);

– фразы "Завтра меня уже не будет", "Без меня ничего не изменится", "Ты веришь в переселение душ?";

– косвенные угрозы тоже должны насторожить: "надоело же ть", "сыт этим по горло", "больше вы меня не увидите", "пожил – и хватит", "ненавижу себя", "если мы больше не увидимся, спасибо за все";



– ребенок перестает следить за собой, отстает в школе или перестает туда ходить;

– слова "Какой же я глупый, неловкий, никому ненужный";

– прямые угрозы типа "лучше повеситься, чем с вами жить" тоже должны насторожить.

В любом случае, родители должны пристально следить за детьми, особенно если закралась хоть тень сомнения, что ребенок замыслил самоубийство. Ведь, как правило, родительская интуиция не подводит. Самое главное — покажите своему ребенку, что он вам небезразличен. Дайте ему почувствовать, что он любимый и желанный. Постарайтесь уверить его, что все душевные раны со временем заживут. Убедите его в том, что безвыходных ситуаций не бывает! Помогите ему увидеть этот выход. Обратитесь за помощью к психологу, психиатру.

А параллельно необходимо создавать проекты, которые будут направлены непосредственно на помощь детям и подросткам, находящимся в острой кризисной ситуации, а именно тем, которые хотят покончить с собой. Это и создание «горячих линий» и лекции и работа психологов и священников. Сегодня надо понять всем, что детский суицид - это действительно вопрос жизни и смерти... нашей страны.

CHILD SUICIDE AS A FORM OF DEVIANT BEHAVIOR

I.V. Grankina, N.A. Stepanova

Abstract. Study of suicides of children and adolescents have shown that most of these children are very much disturbed emotional interaction with the family, in particular the relationship with the mother. Therefore it is important to rethink their relationship with the child, more trust him, to perceive it as an independent Adults-luyu person with his personal ideology, opinion, values and beliefs, desires, and tre-ments. Parents should keep a close eye on the kids with suicidal behavior.

Keywords. Crisis assistance, child suicide.

Психофармакология

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРТИНДОЛА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ. РАСШИРЕННЫЙ РЕФЕРАТ

Lindstrom E., Levander S.

Аннотация. Шизофрения является инвалидизирующим заболеванием, которым во всем мире страдает около 1% населения. Пожизненный риск составляет 0,5–1,5%, при этом различия между представителями разнообразных культур или групп населения популяций являются незначительными. В настоящее время симптомы шизофрении принято делить на четыре группы: позитивные, негативные, когнитивные и аффективные. Проведен анализ современных подходов к диагностике и возможностям лечения шизофрении.

Ключевые слова. Шизофрения, психофармакотерапия, сертиндол, атипичные антипсихотики.

Шизофрения является инвалидизирующим заболеванием, которым во всем мире страдает около 1% населения. Пожизненный риск составляет 0,5–1,5%, при этом различия между представителями разнообразных культур или групп населения популяций являются незначительными [1–3]. Предполагается, что женщины подвержены несколько меньшему риску заболевания, при этом они в меньшей степени подвергаются изоляции от общества в случае развития у них шизофрении [4]. Начало заболевания, как правило, имеет место в раннем взрослом возрасте, при этом оно наступает у мужчин раньше, чем у женщин. У большинства больных шизофренией заболевание характеризуется хроническим течением с рецидивами психотических проявлений, когнитивными нарушениями, социальной изоляцией, высокими показателями заболеваемости и смертности, а также низким качеством жизни [5, 6]. Наблюдается уменьшение ожидаемой продолжительности жизни у больных шизофренией в отличие от ее увеличения в общей популяции. Что касается экономического бремени заболевания, то 1,5–3,5% от ежегодных валовых национальных затрат на здравоохранение приходится на шизофрению как в европейских странах, так и за пределами Европы [7–11], в результате это заболевание приобрело статус наиболее дорогостоящего.

Основой лечения шизофрении являются антипсихотические препараты. Эффективность первого из них, хлорпромазина, при купировании симптомов шизофрении была обнаружена случайно в начале 1950-х годов [2]. Вскоре, однако, обнаружилось, что этот препарат способствует развитию множества нежелательных побочных эффектов.

С тех пор было разработано много других лекарственных средств, обладающих антипсихотическим действием. Депонированные формы препаратов были введены в практику в 1960-х годах, что способствовало решению проблемы соблюдения режима терапии. Тем не менее существующие в настоящее время принципы лечения и широкий диапазон лекарственных средств не решают все имеющиеся проблемы [13].

Характеристика заболевания

В настоящее время симптомы шизофрении принято делить на четыре группы: позитивные, негативные, когнитивные и аффективные. Лекарственная терапия не оказывает равнозначного воздействия на все группы симптомов. В дополнение к проблеме, связанной с ограниченной эффективностью при купировании симптомов, лекарственные препараты вызывают побочные эффекты, которые причиняют больным страдания, а также способствуют ухудшению их функционального состояния.

Изначально когнитивные нарушения расценивались как основная проблема при шизофрении, что отражается в ранней терминологии, разработанной двумя французскими психиатрами приблизительно в 1840 г., а именно Маньяном (Magnan) и Морелем (Morel) [14], которые описали это заболевание как преждевременную деменцию. Немецкий психиатр Крепелин 50 лет спустя продолжил развитие этой концепции, при этом он подчеркивал неблагоприятный характер прогноза при шизофрении [15]. С такой позиции шизофрения воспринималась как деменция, сочетающаяся с дополнительными симптомами. И наоборот, два других немецкоговорящих психиатра, а именно Блейер (Bleuler) [16] и Шнайдер (Schneider) [17], рассматривали психотические проявления как основополагающие при шизофрении. Ученик Фрейда Майер (Mayer) [18] продолжил развивать это представление, расширяя границы диагноза шизофрении, включая заболевания, характеризующиеся любыми продуктивными психотическими симптомами. Исходная концепция шизофрении как деменции со временем отступила на задний план вследствие разработки лекарственных средств, способствовавших существенно уменьшению психотических симптомов, в настоящее время рассматриваемых как "позитивные" или "продуктивные". Они и оказались в фокусе внимания, поскольку негативные симптомы и когнитивные нарушения в незначительной степени поддавались фармакологическим методам лечения.

До конца 1960-х годов значительные различия диагностических подходов между представителями разнообразных культур или стран не считались важной проблемой среди научной психиатрической общественности. Первая попытка разработки общепринятого представления о заболевании, а именно исследовательские диагностические критерии, сформулированные в середине 1970-х годов, представляет собой небольшой шаг в сторону учения Крепелина вследствие возвращения критерия длительности и признания важной роли негативных симптомов, и социальной дисфункции при постановке диагноза. Однако точка зрения Блейера и Шнайдера преобладала на протяжении последней части XX века.

Этот подход был изменен после выхода двух серий публикаций. Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS) была изначально разработана с целью проведения оценки двух субсиндромов шизофрении, выделенных в 1970-е годы. В ходе факторного анализа шкалы PANSS, проведенного Кэй (Kay) и Севи (Sevy) [19], а также в дальнейшем двумя другими группами исследователей в середине 1990-х годов [20, 21] было подтверждено, что существует пять разновидностей симптомов, из которых одна группа была обозначена как "когнитивные" проявления. Грин (Green) впервые выполнил метаанализ влияния когнитивной сферы на социальные исходы [22], подробно изложив полученные результаты в более поздних публикациях. Очередная волна интереса к когнитивной сфере послужила основой для проведения значительного количества исследований по данному аспекту шизофрении в течение последних лет. В настоящее время можно сделать заключение, что нарушение функционирования при шизофрении, которое в значительной степени отражает когнитивные нарушения, представляет собой возможно, основную проблему, связанную с этим заболеванием.

Влияние лекарственной терапии на симптомы шизофрении

Выявление проблем, обсуждаемых выше, естественным образом послужило началом разработок в области восстановления когнитивной сферы у больных шизофренией, в особенности путем создания антипсихотических средств, способствующих улучшению когнитивных функций. Необходимыми свойствами препарата являются эффективное воздействие на позитивные и аффективные симптомы, устранение негативных проявлений, а также по возможности сведение к минимуму побочных эффектов.

Внедрение некоторых атипичных антипсихотических средств за последнее десятилетие представляет собой значительный прогресс в области терапии шизофрении.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что некоторые из этих препаратов, особенно клозапин, могут оказаться эффективными при лечении многих больных, резистентных к терапии. Кроме того, их побочные эффекты имеют тенденцию к меньшей степени тяжести, при этом в их число не входят серьезные экстрапирамидные проявления [23, 24].

Таким образом, превосходство новых препаратов над их предшественниками (которые часто именуется нейролептиками, или антипсихотическими средствами I поколения), по-видимому, основывается на двух фактах: большем воздействии на основные симптомы и меньшей выраженности побочных эффектов. Это в свою очередь может повысить комплаенс и соответственно улучшить исход. Плохое соблюдение режима лечения представляет собой основную проблему при лечении шизофрении, о чем, в частности, свидетельствуют весьма разочаровывающие результаты крупномасштабного клинического испытания CATIE, согласно которым почти 75% больных прекратили лечение в течение 1 года после его начала [25]. Однако, по данным других исследований, отмечен намного более высокий показатель соблюдения больными режима терапии [26]. Выявление факторов, способствующих сотрудничеству пациента с врачом и соблюдению режима лечения, и их использование в повседневной клинической практике имеет крайне важное клиническое значение.

Результаты многих исследований свидетельствуют о том, что новые препараты лучше воздействуют на негативные симптомы. Однако их влияние на негативные симптомы значительно менее выражено, чем их воздействие на позитивные проявления. Вследствие этого достаточно сложно показать различия в эффективности между различными антипсихотическими средствами. Как клиницисты авторы приветствуют использование новых препаратов, оказывающих отчетливое воздействие на негативные симптомы, однако, по их мнению, ни одно лекарственное средство, обладающее выраженными антинегативными свойствами, до сих пор еще не было разработано. В настоящее время основной целью должно являться хотя бы незначительное уменьшение негативных проявлений путем осторожного индивидуального подбора конкретных препаратов отдельным пациентам [13]. Это может играть значительную роль в формировании исхода: даже умеренное облегчение негативных симптомов может оказаться решающим фактором, обеспечивающим эффективность других компонентов терапевтического режима, таких как психосоциальное воздействие и методы, позволяющие достигать устойчивость к стрессам.

Аналогичные аргументы могут быть применимыми в отношении когнитивных функций. В случае если нарушения когнитивных функций в виде замедленности принятия решений (что является наиболее стабильным прогностическим фактором неблагоприятного исхода согласно результатам метаанализа, проведенного Грином [22]), а также нарушений внимания, оперативной памяти и исполнительных функций могут быть уменьшены, у больных шизофренией появляется больше шансов на независимое существование и положительный эффект от социальных взаимодействий и психологических методов лечения. Лекарства влияют на когнитивные функции намного меньше, чем представляется в идеале, поэтому при попытке выявления различий между разнообразными антипсихотическими средствами возникают те же самые трудности, что и в отношении негативных симптомов. Имеющиеся в настоящее время научно обоснованные факты, как было показано в ходе метаанализа [27–32], не позволяют сделать какие-либо убедительные выводы, касающиеся преимущества одного лекарственного препарата над другим [24].

Методы оценки когнитивной сферы берут начало от двух традиционных подходов: 1) психометрического, примером которого является набор шкал для оценки интеллекта у взрослых Векслера (WAIS) и 2) экспериментального [в частности, оценка нарушения плавных следящих движений глазных яблок у больных шизофренией и их

родственников первой степени (Holzman, 1970-е годы) [33]. Многие из тестов типа WAIS не отражают характерный профиль когнитивных нарушений при шизофрении, и не предназначены для исследований, схема которых предполагает повторную оценку в динамике. Традиционные экспериментальные методы были разработаны с целью оценки ограниченных аспектов когнитивной сферы, при этом они в редких случаях представляют собой батарею тестов для всестороннего изучения. Такие методы обследования всегда характеризуются значительной степенью расхождений, обусловленных их специфичностью. Проще говоря, остается неизвестным, можно ли на основе улучшения по результатам тестов судить о положительной динамике в повседневной практике. Некоторые из этих методов могут использоваться при проведении повторной оценки, однако большинство из них, включая Висконсинский тест сортировки карточек (который претендует на роль теста для оценки исполнительных функций), для этой цели неприменимо. Указанные недостатки имеющихся в настоящее время методов оценки когнитивных функций признаны Рабочей группой Национального института психического здоровья по разработке методов оценки и терапии когнитивных нарушений при шизофрении (NIMH-MATRICES) [34]. Однако в случае появления лекарственных средств, драматически улучшающих когнитивные функции, положительная динамика со стороны когнитивных расстройств, несомненно, будет поддаваться выявлению даже с помощью существующих в настоящее время несовершенных методов оценки. Авторы считают, что необходимо разрабатывать новые препараты, оказывающие выраженное положительное воздействие на когнитивную сферу, а также продолжать поиск путей предотвращения развития когнитивных нарушений [35].

Побочные эффекты лекарственной терапии

Известно, что все лекарственные средства, кроме способности купировать симптомы заболевания, могут также вызывать нежелательные явления, в частности, побочные эффекты. На фоне препаратов I поколения возникает больше побочных эффектов, чем в случае применения современных лекарственных средств, что частично обусловлено влиянием традиционных препаратов на множество групп рецепторов, т.е. их меньшей селективностью в отношении рецепторов, играющих роль в развитии шизофрении. Одним из общих механизмов возникновения побочных эффектов является дозозависимое модифицирующее воздействие на нейротрансмиссию, которое характерно для всех антипсихотических препаратов. При этом по мере выведения лекарственного средства побочные эффекты уменьшаются. Однако существуют и другие механизмы, а именно активирующее или тормозящее влияние на группы рецепторов вследствие воздействия лекарственного средства, для исчезновения которого требуется более продолжительный период времени, при этом может развиваться повреждение рецепторов или рецепторных систем, имеющее необратимый характер. Некоторые побочные эффекты не связаны с воздействием на рецепторы, в частности нежелательные явления со стороны иммунной системы, некоторые из которых могут являться серьезными или жизнеугрожающими. Побочные эффекты, обусловленные обоими механизмами действия, представлены, в частности, задержкой эякуляции, сухостью во рту, акатизией, паркинсонизмом, дистонией, дискинезией и повышением уровня пролактина в сыворотке крови. Длительная терапия традиционными антипсихотическими средствами может являться пусковым фактором для реализации других механизмов, обуславливающих развитие экстрапирамидных, а также когнитивных проявлений.

На протяжении последних двух лет обсуждалось применение низких дозировок антипсихотических средств I поколения по сравнению с препаратами II поколения в плане развития побочных эффектов в виде экстрапирамидных проявлений. В рамках систематического обзора Leucht и соавт. [36] было проанализировано 31 исследование с участием в целом 2320 испытуемых. Среди атипичных антипсихотических средств лишь при приеме клозапина наблюдали достоверно более низкую частоту экстрапи-

рамидных симптомов (ЭПС) и более высокую эффективность по сравнению с низкопотентными стандартными препаратами I поколения. С клинической точки зрения у пациентов, получавших клозапин, отмечено небольшое количество ЭПС, если таковые имелись. Применение этого препарата ограничено вследствие развития других побочных эффектов, таких как седативное действие, повышение массы тела и иммунологические реакции.

Наиболее тяжелым и все еще часто встречающимся побочным эффектом среди экстрапирамидных проявлений является поздняя дискинезия (ПД), которая представляет собой синдром, выражающийся в патологических движениях, которые, как правило, развиваются через несколько лет антипсихотической терапии. Самым ранним проявлением ПД часто является незначительно выраженные движения языка, а также гиперкинезы в виде жевания, облизывания или причмокивания губами. На более поздних стадиях у пациента развиваются хореоподобные движения в руках, пальцах и плечевом поясе [37]. Еще со времен Крепелина сообщается о спонтанных движениях в виде дискинезии у больных, никогда не получавших лекарственной терапии [15], что свидетельствует о том, что такие двигательные (кататонические) симптомы могут являться проявлениями психического заболевания. Что касается лекарственных средств, основная гипотеза гласит, что этот синдром обусловлен индукцией гиперчувствительности дофаминовых рецепторов под действием препарата [38, 39].

Специфического лечения ПД не существует [37]. Положительная динамика может быть достигнута после отмены антипсихотического препарата сразу же после возникновения проявлений ПД, однако этот метод не всегда является допустимым в связи с риском обострения психотических симптомов. Если больной получает препарат I поколения, возможным решением этой проблемы является перевод больного на лекарственное средство II поколения. В таком случае клозапин можно считать лучшим препаратом, так как его полноценное антипсихотическое действие достигается на фоне незначительной степени связывания с D2-рецепторами [39–42]. Однако профиль нежелательных явлений этого препарата препятствует его выбору при лечении многих больных. В таком случае специалисты должны подбирать другие лекарственные средства, обладающие аналогичными характеристиками связывания с D2-рецепторами (оланзапин и сертиндол). В ходе недавно проведенных эмпирических исследований было показано, что переход на кветиапин [43] и сертиндол [44] способствует купированию ПД. Несколько иное представление о ПД было получено в ходе проведенного 5-летнего долгосрочного исследования [37]. На протяжении около 620 пациентолет применения препарата ПД развилась у 5 больных, и у 14 пациентов ПД регрессировала, как правило, при отсутствии взаимосвязи с препаратом или дозировкой. Эти данные соответствуют наблюдениям Крепелина, согласно которым ПД может являться двигательным проявлением шизофрении и может то нарастать, то убывать [15].

Седативное действие представляет собой часто встречающийся побочный эффект антипсихотических препаратов, который развивается вследствие их влияния на различные популяции рецепторов. Результаты психологических исследований за последние 100 лет свидетельствуют о том, что седативный эффект способствует развитию грубых когнитивных нарушений. Препараты, оказывающие седативное действие, предположительно способствуют усугублению уже существующих когнитивных расстройств. В этом отношении лекарственные средства, не обладающие седативным эффектом, являются предпочтительными.

Хорошо известно, что антихолинергические средства оказывают нежелательное воздействие на память [45, 46]. В случае развития побочных эффектов антипсихотических препаратов, которые должны быть купированы путем дополнительного назначения антихолинергических средств, существует вероятность усугубления нарушений памяти, обусловленных шизофренией. Таким образом, отсутствие экстрапирамидных

симптомов является преимуществом, поскольку больных можно лечить без применения антихолинергических препаратов.

В заключение следует отметить, что разработки антипсихотических средств II поколения были начаты в связи с необходимостью достижения двух целей: 1) повышение эффективности воздействия на ключевые группы симптомов, в идеале путем влияния на патогенетические механизмы и 2) максимальное снижение количества побочных эффектов. В отношении эффективности можно сделать общее заключение о том, что новые лекарственные средства по крайней мере не уступают по эффективности препаратам I поколения в отношении воздействия на позитивные симптомы, а клозапин отчетливо их превосходит. Оценка негативных и когнитивных проявлений требует большей осторожности, однако имеются достаточные основания для того, чтобы считать новые антипсихотические препараты более эффективными [13]. Наиболее очевидные различия заключаются в способности вызывать побочные эффекты. Применение атипичных антипсихотических средств, с этой точки зрения, несомненно, является более предпочтительным [47].

Фармакоэкономические аспекты здравоохранения

Важной проблемой во многих странах, в которых экономические ресурсы, предназначенные для общественного здравоохранения и направляемые на лечение психически больных, ограничены, является стоимость новых антипсихотических средств по сравнению с традиционными препаратами. Затраты на терапию шизофрении являются значительными, даже учитывая ее низкую приоритетность при распределении государственных средств по сравнению с соматическими заболеваниями [48–51]. Общая стоимость заболевания, как правило, подразделяется на прямые расходы и непрямые (утрата трудоспособности и семейные расходы) затраты. В отличие от большинства других тяжелых заболеваний непрямые затраты при шизофрении более чем в 2 раза превышают прямые [9]. С этой точки зрения, стоимость лекарственной терапии является незначительной, при этом она составляет 1–5% от общей стоимости. В ходе фармакоэкономического анализа, проводимого с помощью Марковского анализа, было показано, что все оцениваемые атипичные антипсихотические средства (сертиндол, оланзапин, рисперидон, арипипразол) по клиническим параметрам преобладают над галоперидолом [52].

Литература

1. Angst J. How recurrent and predictable is depressive illness? In: Long-Term Treatment of Depression (Montgomery SA, Rouillon F (eds.). N. Y.: John Wiley and Son 1992; 1–13.
2. Keller MB, Lavori P, Mueller T et al. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 809–16.
3. Surtess P, Barkley C. Future imperfect: the long term outcome of depression. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 327–41.
4. Angst J. Natural history and epidemiology of depression. In: Current Approaches (Cobb J, Goeting N (eds.), Southampton: Duphar Medical Relations 1990; 1–11.
5. Maj M, Veltro F, Pirozzi R et al. Pattern of recurrence of illness after recovery from an episode of major depression: a prospective study. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 6.
6. Guze S, Robins E. Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970; 117: 437–8.
7. Fawcett J. The morbidity and mortality of clinical depression. *Jnt Clin Psychopharmacol* 1993; 8: 217–20.
8. Kupfer DJ, Frank E, Perel JM et al. Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 769–73.
9. Montgomery SA, Dufour H, Brion S et al. The prophylactic efficacy of fluoxetine in unipolar depression. *Br J Psychiatry* 153 1988; Suppl.: 69–76.
10. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1093–9.
11. Doogan DP, Caillard V. Sertraline in the prevention of depression. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 217–22.
12. Montgomery SA, Dunbar G. Paroxetine is better than placebo in relapse prevention and the prophylaxis of recurrent depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8: 189–95.

13. Terra JL, Montgomery SA. Fluvoxamine prevents recurrence of depression: results of a long-term, double-blind, placebo-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13: 55–62.
14. Montgomery SA, Reimnitz P-E, Zivkov M. Mirtazapine versus amitriptyline in the long-term treatment of depression: a double-blind placebo-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 1998; 13: 63–73.
15. Moret C, Chaveron M, Finberg JPM et al. Biochemical profile of milnacipran (F2207), a potential fourth generation antidepressant drug. *Neuropharmacology* 1985; 24: 1211–9.
16. Macher JP, Sichel JP, Serre C et al. A double-blind placebo controlled study of milnacipran in hospitalized patients with major depressive disorders. *Neuropsychobiology* 1989; 22: 77–82.
17. Kasper S, Pletan Y, Solles A, Tournoux A. Comparative studies with milnacipran and tricyclic antidepressants in the treatment of patients with major depression: a summary of clinical trial results. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 (Suppl. 4): 35–9.
18. Lopez-Ibor J, Guelfi JD, Pletan Y et al. Milnacipran and selective serotonin reuptake inhibitors in major depression. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11 (Suppl. 4): 41–6.
19. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neural Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56–62.
20. NIMH-NIH Consensus Development Conference Statement. Mood disorders: prevention of recurrence. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 469–72.
21. Montgomery SA, Rasmussen JGC, Tanghøj P. A 24-week study of 20 mg citalopram, 40 mg citalopram, and placebo in the prevention of relapse of major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1993; 8: 181–8.
22. Guy W. ECDEU – Assessment Manual for Psychopharmacology. Washington, DC: National Institute of Mental Health, 1976.
23. Prien RF, Kupfer DJ. Continuation drug therapy for major depressive episodes: how long should it be maintained. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 18–23.
24. Franchini L, Gasperini M, Perez J et al. A double-blind study of long-term treatment with sertraline or fluvoxamine for prevention of highly recurrent unipolar depression. *Clin Psychiatry* 1997; 58: 104–7.
25. Cox DR, Oakes D. *Analysis of Survival Data*. London: Chapman and Hall, 1984.
26. Fleming T, Harrington D. *Counting Processes and Survival Analysis*. N. Y.: John Wiley and Son, 1991.
27. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z et al. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995; 25: 1171–80.
28. Ramana R, Paykel ES, Cooper Z et al. Remission and relapse in major depression: a two-year prospective follow-up study. *Psychol Med* 1995; 25: 1161–70.
29. Prien RF, Kupfer DJ, Mansky PA et al. Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders. Report of the NIMH Collaborative Study group. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 1096–1104.
- Glen AIM, Johnson AL, Shepherd M. Continuation therapy with lithium and amitriptyline in unipolar depressive illness: a randomized double-blind controlled trial. *Psychol Med* 1984; 14: 37–50.
30. Robinson DS, Lerfald SC, Bennett B et al. Continuation and maintenance treatment of major depression with the monoamine oxidase inhibitor phenelzine: a double-blind placebo-controlled discussion study. *Psychopharmacol Bull* 1991; 27: 31–9.
31. Guelfi JD, Lancrenon S, Pédarriosse AM et al. Recent clinical developments with reversible and selective monoamine oxidase inhibitors – long-term prophylactic effect of moclobemide in patients with recurrent major depression (DSM-III-R). *Neuropsychopharmacology* 1994; 10 (Suppl. 3): 416S.
32. Prien RF, Kocsis JH. Long-term treatment of mood disorders. The fourth generation in progress. In: *Psychopharmacology* (Bloom F, Kupfer D (eds), N. Y.: Raven Press 1995; 1067–79.
33. Frank E, Prien R, Jarrett R et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 851–5.
34. Montgomery SA, Doogan DP, Burnside R. The influence of different relapse criteria on the assessment of long-term efficacy of sertraline. *Int Clin Psychopharmacol* 1991; 6 (Suppl.): 37–40.
35. Greist J, Jefferson JW, Kobak KA, Katzelnick DJ. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 53–60.
36. Greenhouse JB, Stangl D, Kupfer DJ, Prien RF. Methodologic issues in maintenance therapy clinical trials. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 313–8.

EFFICACY AND SAFETY OF SERTINDOL IN SCHIZOPHRENIA. ADVANCED ABSTRACT.

Lindstrom E., Levander S.

Abstract. Schizophrenia is a debilitating disease that worldwide affects about 1 % of the population. The lifetime risk is 0.5-1.5 %, with the differences between the various cultures or groups of the population are small populations. At the moment the symptoms of schizophrenia can be divided into four groups: positive, negative, cognitive and affective. The analysis of current approaches to diagnosis and treatment options for schizophrenia.

Keywords. Schizophrenia, psychopharmacotherapy, sertindol, atypical antipsychotics

Психотерапия и реабилитация

РОЛЬ КОГНИТИВНЫХ СТРАТЕГИЙ В РАЗРАБОТКЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ОБНАРУЖИВШИХ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Коломыцев Д. Ю., Дроздовский Ю. В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская Академия»

Аннотация. Подростки, обнаруживающие суицидальное поведение, нуждаются в дифференцированной психотерапевтической помощи в рамках когнитивно-бихевиоральной терапии в зависимости от диагноза пограничного психического расстройства, а также в общих психотерапевтических мероприятиях вне зависимости от диагноза. Полученные в ходе исследования данные позволили нам разработать дифференцированные программы психопрофилактики суицидального поведения и реабилитации подростков, совершивших суицидальную попытку.

Ключевые слова. Кризисная помощь, суицид у подростков, когнитивная психотерапия.

Целью настоящего исследования является оценка особенностей когнитивных стратегий подростков с пограничными психическими расстройствами, обнаруживших суицидальное поведение, и разработка на этой основе принципов реабилитации и профилактических мероприятий. Нами были обследованы 128 подростков с пограничными психическими расстройствами и различными формами суицидального поведения в период с 2010 по 2013 г.

Исходя из полученных данных, касающихся метапрограммного профиля, мы можем предположить, что у подростков с суицидальным поведением можно выделить несколько когнитивных стратегий в восприятии конфликтной ситуации и реагировании на нее. Вместе с тем существуют также достаточно универсальные особенности метапрограммного профиля, свойственные подросткам с суицидальным поведением вне зависимости от диагноза пограничного расстройства. Среди них наибольшей значимостью обладают полярная сортировка, ассоциированное эмоциональное состояние, обусловленная самооценка, в меньшей степени: сценарное мышление с худшим случаем, избегание в качестве направления мотивации, искренний и безыскусный стиль социальной презентации. На основе этого нами были разработаны дифференцированные программы реабилитации подростков, обнаруживших суицидальное поведение, в рамках психотерапевтического комплекса с учетом актуальных для той или иной группы когнитивных искажений и метапрограмм.

Программы реабилитации подростков в рамках психотерапевтического комплекса включали в себя индивидуальные и групповые методы психотерапии. В рамках индивидуальной работы с каждым подростком обсуждались личные цели, определялись основные стратегии решения проблем, обнаруживались психотерапевтические мишени для будущей работы. Особое внимание уделялось объяснению возможностей коррекции когнитивных стратегий, обсуждались обнаруженные когнитивные искажения. В ходе индивидуальных занятий с помощью методов когнитивно-поведенческой терапии и нейролингвистического программирования удавалось существенно снизить актуальность переживаемого конфликта, в некоторых случаях полностью

дезактуализировать проблемное состояние, сформировать положительный настрой на дальнейшую работу.

Подростки с совершенной суицидальной попыткой (41 человек) после индивидуальной работы включались в психотерапевтическую группу. Среди членов группы помимо подростков с совершенной суицидальной попыткой также присутствовали подростки с кризисными ситуациями, не предпринявшие суицидальной попытки. Общее количество участников групповых занятий составило 63 человека. Количество членов группы составляло от 8 до 15 человек в различное время. Занятия в группе носили различную направленность: во-первых, значительная часть времени посвящалась обсуждению кризисных ситуаций членов группы и путей преодоления их, во-вторых, групповая работа имела коммуникативную направленность и, в-третьих, осуществлялась психокоррекционная работа связанная с изменением когнитивных стратегий. В групповой работе использовались методы и принципы гуманистической психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии и нейролингвистического программирования. Групповая работа показывала более высокую эффективность в рамках преодоления кризисных ситуаций, нежели индивидуальные методы работы.

Поскольку анализ метапрограммного профиля каждого подростка дает возможности для нахождения мишеней для психотерапии и позволяет применять наиболее дифференцированный подход, который возможен в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии, а также может положительно повлиять на восприятие подростком ситуации в проблемной сфере и выработать наиболее гибкие и вариабельные возможности поведения, психокоррекционный аспект проводимой психотерапевтической работы заключался в том, что различные техники и упражнения, предлагаемые участникам группы включали в себя использования более широкого динамического диапазона тех или иных метапрограмм. Например, техника хорошо сформулированного результата включала в себя метапрограммы направления мотивации, сценарного мышления, размера чанка, волевого выбора при адаптации, техники присоединения - метапрограммы стиля коммуникации, техника визуально-кинестетической диссоциации - метапрограммы перцептивных категорий, эмоционального состояния, эмоционального совладания, гуманистические принципы групповой работы - метапрограммы самооценки и уверенности в себе, стиля коммуникации, перцептивных категорий, волевого выбора при адаптации и т.д. Выполняя данные техники и упражнения и обсуждая полученные результаты, подростки учились использовать более широкие и разнообразные, в том числе и не используемые ранее, стили мышления, волевого выбора, эмоционального реагирования, коммуникации, концептуализации. Следует отметить, что используемые техники имели различное значение для подростков с различными стратегиями кризисного реагирования. Подростки обнаруживавшие те или иные ведущие метапрограммы, сталкивались с трудностями при выполнении упражнений и техник, которые включали нехарактерные для них метапрограммы. В ходе групповой работы, обратной связи после выполнения данных техник удавалось обратить внимание на непривычные для них стили мышления, реагирования, обсудить в группе, каким образом данные стили могут быть полезны в жизненных ситуациях, что способствовало принятию новых когнитивных стратегий. Таким образом, удавалось достичь дифференцированного подхода к различным кризисным стратегиям в рамках групповой психотерапевтической работы.

Таким образом в ходе групповой работы оказывалось положительное терапевтическое влияние на различные внутриличностные факторы суицидального поведения: особенности когнитивной сферы, дефицит коммуникативных навыков, сниженную толерантность к эмоциональным нагрузкам, неадекватную самооценку. Таким образом, программы психотерапии носили широкую антисуицидальную направленность.

Наше исследование показало, что подростки, обнаруживающие суицидальное поведение, нуждаются в дифференцированной психотерапевтической помощи в рамках когнитивно-бихевиоральной терапии в зависимости от диагноза пограничного психического расстройства, а также в общих психотерапевтических мероприятиях вне зависимости от диагноза. Полученные в ходе исследования данные позволили нам разработать дифференцированные программы психопрофилактики суицидального поведения и реабилитации подростков, совершивших суицидальную попытку.

THE ROLE OF COGNITIVE STRATEGIES IN THE DEVELOPMENT OF DIFFERENTIATED PROGRAMS REHABILITATION OF TEENAGERS WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS WITH SUICIDAL BEHAVIOR

Kolomytsev D. Yu, Yu Drozdowsky

Abstract. Adolescents exhibiting suicidal behavior, need differentiated psychotherapeutic assistance through cognitive-behavioral therapy, depending on the diagnosis in the boundary of mental disorder, as well as in the general psychotherapeutic activities, regardless of diagnosis. Obtained during the survey data allowed us to develop differentiated programs psychoprophylaxis suicidal behavior and rehabilitation of adolescents who committed suicide attempt.

Keywords. Crisis assistance, suicide among adolescents, cognitive therapy.

ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

С.С. Одарченко, А.И. Чеперин

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. Проблема адаптации лиц пожилого возраста составляет актуальный раздел социальной психиатрии. Особа важной она представляется в области пограничных состояний, где при оценке адаптационных возможностей личности имеет значение соотношение биологических, эндокринных и психогенных воздействий. Возрастные особенности личности стареющих пациентов требуют специфических подходов в психотерапии и реабилитации использованием прямого и косвенного внушения, эмоционального воздействия путем рационального формирования отношения к болезни и лечению.

Ключевые слова. Пожилой возраст, психотерапия, реабилитация,

Исследование непсихотических психических расстройств позднего возраста в последние годы стало одной из основных проблем научной психиатрии. Это связано с рядом факторов как эпидемиологического (широкая распространенность данной патологии, возрастание в населении представителей старших возрастных групп, медико-социальные проблемы пожилых), так и клинко-психопатологического характера (возрастной патоморфоз НППР, ларвированность собственно психопатологической симптоматики соматоневрологическими эквивалентами, коморбидные формы пограничной патологии позднего возраста, и пр.). В Омской клинической психиатрической больнице вот уже долгие годы ведутся предметные исследования данной патологии, разработаны основные принципы психотерапевтической коррекции и реабилитации этих пациентов, которым и посвящено настоящее сообщение.

Соотношение методов лечебно-коррекционного воздействия зависит от клинического и патогенетического содержания непсихотического расстройства, использования компенсаторно-приспособительных механизмов. Определение конституционально-биологических и социальных факторов позволяет уточнить картину психопатологических проявлений на этапе старческого регресса личности, создать основу для разра-

ботки сочетанной программы устранения и превенции пограничной патологии. Психотерапевтическая работа с этой когортой лиц предусматривает эмпатическое понимание стареющих индивидов, их проблем и ситуаций, достижение понимания пациентами ценности человеческого существования, улучшения способностей реагирования на меняющиеся условия жизненной ситуации, коррекцию когнитивных и эмоциональных нарушений. Медикаментозная терапия основывается на общих принципах гериатрической фармакотерапии. Эффективность лечения непсихотических депрессий у пожилых пациентов общей практики в несколько раз превосходит результаты лечения депрессий у пожилых в условиях психиатрического стационара, что, естественно, в первую очередь обусловлено различиями тяжести состояний и структуры депрессий.

Несмотря на то, что 9 % пожилых людей нуждаются в психотерапевтическом лечении, только 1 % применений такого лечения были инициированы самими пожилыми. Старикам не достает способности вербализовать свои эмоциональные проблемы, что является фактической прерогативой выражения желания психотерапии. Однако, пожилые люди имеют тенденцию погружаться в детские воспоминания, и поэтому являются отличными кандидатами для психоаналитически ориентированного лечения; так как объективное время не является фактором в подсознательной жизни, старики могут страдать нерешенными внутриспсихическими конфликтами, конфликтами внутри и между поколениями и повторными переживаниями травмы. Важными полями для психотерапевтического вмешательства в пожилом возрасте являются депрессия, легкое когнитивное нарушение, начинающиеся дементные синдромы и затруднения психосоциальной компетенции. В возрасте 65—75 лет показания для психотерапии сходны с показаниями для молодых взрослых: депрессия, тревожные синдромы, бессонница и суицидальные попытки; для лиц старше 75 лет – изоляция, полиморбидность, сохранение автономии и самоопределения; страх потерять автономию и стать зависимым от помощи являются показаниями к психотерапии. Важной чертой, обычной для всех психотерапевтических школ, является то, что они стараются преодолеть нарушения, уменьшить эмоциональную боль, сохранить, установить и улучшить психосоциальную компетентность и повседневную жизнь. Психотерапия в узком смысле показана, когда психическая структура, психическая гибкость и мотивационное состояние являются хорошими, если возможны дифференциальные вербальные взаимодействия. В более широком смысле психотерапия необходима для аспектов действий и обучения, средового и социотерапевтического лечения таким образом, чтобы автономия и качество жизни могли быть улучшены соответствующим образом. Это определение психотерапии делает очевидным, что дементные и зависимые от помощи пациенты также являются потенциальными кандидатами для психотерапии.

В понимании дифференцированной роли и места психотерапии пожилых людей можно оперировать дефиницией «невротический ядерный конфликт», который переживается на ранних этапах онтогенеза личности. Речь идет о повторной активации через телесный процесс старения, патогенной мощности хронизированных личностно-подобных расстройств. Он преодолевается через устранение переживаний утраты («в старости нужно примириться с утратами и настроиться на смерть»), прежде всего путем применения психоаналитической терапии (групповой или индивидуальной). В группе психоанализ содействует «построению нового чувства собственной ценности» и способствует переработке «траурного опыта». При когнитивно-поведенческой психотерапии процессы научения облегчаются посредством индивидуальных тем нахождения равновесия между когнитивными и мотивационными системами. К лечению партнерских сексуальных расстройств, наряду с семейной психодинамической работой, присоединяется терапия, связанная с разъяснением изменчивости с возрастом сексуальности. В многомодельных стационарных лечебных учреждениях предлагаются

методы аутотренинга. Метод клинической трансперсональной психотерапии основан на понимании путей реализации лечебного воздействия как управляемого психотерапевтом процесса активизации защитных механизмов психобиологической адаптации в измененных состояниях сознания. Пожилые люди легче связывают жизненные конфликты с прошлым, успешно реагируют на интерпретации и избавление от комплексов, усиливая психологические ресурсы оптимистического «настроя» на будущее. Основной задачей для психотерапии является преодоление травмирующей обстановки, социального чувства неминуемых потерь по ходу старения, научения оптимальным способам адаптации новым условиям существования.

Возрастные особенности личности стареющих пациентов требуют повторения, закрепления лечебного эффекта с использованием прямого и косвенного внушения, эмоционального воздействия путем рационального формирования отношения к болезни и лечению. С наилучшим успехом рациональная психотерапия достигается при психогенных депрессивных реакциях, обусловленных недавней утратой близких и связанных с тяжелым заболеванием, при хронических конфликтных ситуациях.

При невротических расстройствах пациентам разъясняется психогенная природа их жалоб и делаются попытки логической коррекции сверхценного характера фобий и опасений, так же как и особого стиля жизни, обусловленного этим расстройством. Опираясь на жизненный опыт, каждого пациента последовательно и настоятельно убеждают, что занятость, увлеченность некогда любимым делом или новым занятием будут способствовать постепенному преодолению и смягчению болезненных симптомов. К терапии занятостью иногда подключается терапия творческим самовыражением. Важное место уделяется обучению осознания болезни с акцентом на обратимость расстройств и возможность регрессиентного течения с возрастом с апелляцией к прошлому опыту и активизацией адаптационных механизмов.

Проблема трудовой адаптации лиц пожилого возраста составляет актуальный раздел социальной психиатрии. Особа важной она представляется в области пограничных состояний, где при оценке адаптационных возможностей личности имеет значение соотношение биологических, эндокринных и психогенных воздействий. В последние годы описывают невротические и психопатические состояния, вызванные прекращением трудовой деятельности, переходом на пенсию, падением материального дохода, утратой родных и близких, уходом детей из семьи и т.п. («неврозы итога», «вакуумные ситуации», «пенсионное банкротство», «социальная изоляция»). Установление связи между тяжестью развивающихся нарушений и особенностями личного склада представляется важным как в плане диагностическом, так и в лечебно-профилактическом. Анализ социально-психологических воздействий позднего периода в группе истерических психопатов показал, что большинство обследованных к моменту вступления в пресенильный возраст были адаптированы в профессиональном отношении, хорошо справлялись со своими обязанностями, проявляя психопатическое поведение лишь в условиях семьи и ближайшего окружения. В подобных случаях приходилось учитывать, что при явлении компенсации затушевываются проявления патологии, но не устраняется основа патологии.

PSYCHOTHERAPY AND REHABILITATION IN ELDERLY

A.I. Cheperin, S.S. Odarchenko

Abstract. The problem of adaptation of the elderly is an important division of social psychiatry. It seems particularly important in the field of border states, where in the evaluation of the adaptation capabilities of the person has a biological value ratio, endocrine, and psychogenic influences. Age features of the personality of aging patients require special approaches in psychotherapy and rehabilitation using direct and indirect suggestion, emotional impact by forming rational attitude to the disease and treatment.

Keywords. Older age, psychotherapy, rehabilitation,

История психиатрии

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ОМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Дроздовский Ю.В., Усов Г.М.

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
«Омская государственная медицинская Академия»*

Аннотация. История кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Омской государственной медицинской академии тесно связана с историей ВУЗа. Медицинский институт в Омске был открыт в 1920 году. Рассмотрен жизненный и научный путь заведующих кафедрой психиатрии. В настоящее время кафедра представляет собой самостоятельное подразделение, полностью укомплектованное высококвалифицированными преподавателями и осуществляет обучение студентов всех факультетов ОмГМА в процессе получения ими высшего профессионального и по четырем специальностям последипломного образования врачей и клинических психологов.

Ключевые слова. История психиатрии.

История кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Омской государственной медицинской академии тесно связана с историей ВУЗа. Медицинский институт в Омске был открыт в 1920 году.

Становление института тесно связана с именем Николая Константиновича Иванова-Эмина, который был первым его ректором. Николай Константинович Иванов-Эмин окончил в 1903 году медицинский факультет Казанского университета. На 3 курсе он увлекся невропатологией и психиатрией и всю оставшуюся жизнь остался верен этим клиническим дисциплинам, работая в психиатрических больницах Новороссийска, Пензы, Самары, Симбирска, Томска, Омска. 4 июля 1921 года Н.К. Иванов-Эмин избирается на должность профессора кафедры психиатрии. 7 января 1922 года Н.К. Иванов-Эмин умирает от сыпного тифа, и становление кафедры психиатрии, как самостоятельного структурного подразделения института, не осуществляется.



**Николай Константинович
Иванов-Эмин**

Преподавание психиатрии студентам велось с 1923 года, и осуществлялось оно при кафедре нервных болезней. Заведующим этой кафедрой профессором В.В. Корелиным студентам 5-го курса еженедельно читались лекции по психиатрии, а практический курс ограничивался двумя занятиями.

Самостоятельная кафедра психиатрии была организована в Омском медицинском институте 1 октября 1925 года. В течение года ее возглавлял главный врач психиатрической больницы, младший ассистент Николай Пантелеймонович Волохов. Н.П. Волохов читал лекционный курс, а все виды практических занятий проводил ординатор Н.Н. Солодников. Н.П. Волохов был известным организатором психиатрической службы, высококвалифицированным детским психиатром. Ра-

ботая в Томской психиатрической больнице, он открыл первое в Сибири детское психиатрическое отделение.

26 июня 1926 года приказом по институту заведующим кафедрой психиатрии и директором психиатрической клиники ОМИ утвержден профессор Иванов Эммануил Николаевич, работавший до приезда в Омск на Украине.

Э.Н. Иванов в 1899 году защитил диссертацию, избирался приват-доцентом кафедры психиатрии Крымского университета, им было опубликовано более 20 научных статей. С назначением Э.Н. Иванова заведующим коллектив кафедры активно включается в научную работу; разрабатываются вопросы экспериментальной психологии, судебно-психиатрической экспертизы, психических нарушений при травмах головного мозга и интоксикациях. Совершенствуется преподавание психиатрии: усиливается ак-

цент на практическое усвоение студентами навыков диагностики и лечения больных. В течение учебного года еженедельно читалась 1 лекция, курс практических занятий ограничивался 6 часами. Практические занятия проводили ассистент Волохов Н.П. и ординатор Солодников Н.Н.

В связи с увольнением Н.П. Волохова из института в апреле 1927 года Николай Николаевич Солодников был назначен ассистентом кафедры и главным врачом больницы. В конце 1927 года больница и кафедра переводятся в более удобное помещение на улице 1-ая Линия (ул. Куйбышева), где и находятся по настоящее время.

7 мая 1931 года профессор Иванов Э.Н. в связи с уходом на пенсию был освобожден от занимаемой должности, и заведование кафедрой психиатрии было возложено на Н.Н. Солодникова, который возглавлял кафедру до осени 1934 года. Н.Н. Солодниковым вводится в преподава-

ние детская психоневрология, основы психоэндокринологии, психосоматической медицины; психиатрическая больница стала базой производственной практики студентов.

С 1934 по 1948 г.г. кафедрой руководил доктор медицинских наук, профессор Иосиф Владиславович Лысаковский.

И.В. Лысаковский в 1901 году окончил медицинский факультет Киевского университета, работал психиатром в Вологде, затем в Туле. Он является одним из организаторов Тульской психиатрической больницы, где исполнял также обязанности прозектора. В период с 1920 по 1934 г.г. он трудился ассистентом кафедр психиатрии Пермского, Харьковского, затем снова Пермского медицинских институтов. В 1934 году Лысаковскому И.В. присуждена ученая степень кандидата медицинских наук, и он был назначен «согласно избранию заведующим кафедрой психиатрии Омского Медицинского Института».



Эммануил Николаевич Иванов



**Николай Николаевич
Солодников**

Являясь опытным клиницистом с широкой эрудицией, а также большим специалистом в области патологической анатомии, И.В. Лысаковский много сделал по улучшению всех видов работы кафедры. Свою деятельность он начал с организации для нужд преподавания и научно-исследовательской работы клинического отделения на 50 коек при психиатрической больнице. Был создан богатый анатомо-психиатрический музей, увеличено число учебно-наглядных пособий. В организации учебного процесса большое внимание стало уделяться повышению самостоятельной роли студентов на занятиях, максимальное вовлечение студентов в работу научного кружка и т.д.



**Иосиф Владиславович
Лысаковский**

Научная деятельность кафедры в этот период характеризуется специальным интересом к изучению психозов инфекционной и интоксикационной этиологии. Большинство работ опиралось на сочетание клинических и патоморфологических исследований.

Годы войны усложнили работу кафедры. Однако напряженный труд оставшихся сотрудников позволил сохранить на прежнем уровне психиатрическую подготовку студентов и продолжить разработку научных проблем. Именно в военные годы И.В. Лысаковский закончил и защитил докторскую, а ассистент З.А. Лысаковская – кандидатскую диссертацию. Кроме того, сотрудниками кафедры (проф. И.В. Лысаковский, доцент Я.Л. Виккер, ассистенты А.М. Свядош и З.А. Лысаковская) было выполнено 6 работ на военном материале.

После смерти И.В. Лысаковского в 1948 году кафедрой - с 1948 по 1967 г.г. - заведовал доктор медицинских наук, профессор Яков Львович Виккер, человек нелегкой судьбы (в 1937 году по ложному доносу был репрессирован, освобожден только в 1943 году).

Я.Л. Виккер переехал в Омск из Томского медицинского института. Он является одним из ведущих организаторов психиатрической помощи в Сибири, первым заведующим самостоятельной кафедры психиатрии Томского мединститута, деканом лечебно-профилактического факультета. Переехав в Омск, он стал работать доцентом кафедры психиатрии мединститута, а с 1948 года – заведующим. Учениками профессора Я.Л. Виккера являются профессора-психиатры Н.П. Стаценко, Ф.И. Грудев, Р.С. Тазлова, И.Г. Ураков, кандидаты наук – психиатры С.Н. Ларин, Н.Г. Сафьянов. В 60-е годы клиническая база кафедры расширилась почти в 3 раза и имела около 2000 коек. Больница стала располагать хорошо оборудованными лабораториями, в том числе патофизиологической и патопсихологической. Кафедра располагала самостоятельной аудиторией и всеми необходимыми учебными помещениями. В учебном процессе стали широко использоваться технические средства: эпидиаскоп, диа-



Яков Львович Виккер

проекторы, электропроигрыватель с набором соответствующих пластинок, магнитофоны. Все это вместе взятое позволило значительно улучшить качество обучения. Я.Л. Виккером проводилось изучение реактивности организма при психических заболеваниях, которые были обобщены им в виде докторской диссертации, защищенной в 1964 году. Большинство работ сотрудников кафедры имели клинико-физиологическое направление, включая и эксперименты на животных. В этом направлении на кафедре было выполнено и защищено 4 кандидатских диссертации: Н.П. Стаценко (1956), Ф.И. Грудев (1959), Р.С. Тазлова (1960), С.Н. Ларин (1962). Одной из основных научных проблем кафедры становится алкоголизм и связанные с ним психические расстройства. Этим вопросам посвящен ряд работ, которые опубликованы в двух тематических сборниках, изданных в 1967 и 1970 годах. Вопросам алкоголизма посвящены, защищенные в 1971 году заведующим кафедрой Н.П. Стаценко докторская и ассистентом Н.Г. Сафьяновым – кандидатская диссертации. Выполнен также ряд работ, касающихся различных аспектов эпилепсии. Под руководством Я.Л. Виккера клиническую ординатуру окончили 10 врачей (7 из них стали в последующем кандидатами и докторами наук). В 1967 году Я.Л. Виккер оставил работу в институте в связи с уходом на пенсию.



Николай Павлович Стаценко

С 1967 года кафедрой заведует доктор медицинских наук, профессор Николай Павлович Стаценко – крупный организатор психиатрической помощи в Омской области. Психиатрическая клиника, во многом благодаря его усилиям, превратилась в многофункциональное специализированное лечебное учреждение. Н.П. Стаценко был деканом педиатрического факультета и проректором института по учебной работе. Им была заложена материальная база кафедры при тесном сотрудничестве с администрацией больницы.

Научные исследования коллектива кафедры под руководством профессора Н.П. Стаценко посвящены в основном проблеме алкогольной патологии в регионе Западной Сибири, проводились они на мультидисциплинарном уровне совместно с кафедрами биохимии, гистологии, судебной медицины и др. по специальной программе АМН СССР. Все это обеспечило высокий авторитет в стране Омской

психиатрической научной школы. Сотрудниками кафедры по проблеме алкоголизма выполнена одна докторская (Н.П. Стаценко, 1971) и две кандидатских диссертации (Н.Г. Сафьянов, 1971; М.Г. Усов, 1974), а по проблеме эпилепсии – одна кандидатская диссертация (В.Г. Аксенов, 1975). Издано два тематических сборника научных работ “Алкоголизм и алкогольные психозы” (1970 и 1974 г.г.), инструктивные письма по организации лечения больных алкоголизмом (1972). В различных изданиях сотрудниками кафедры и врачами больницы опубликовано 97 работ. Прошли обучение в клинической ординатуре 12 врачей.

После смерти Н.П. Стаценко с 1984 по 2003 годы заведующим кафедрой являлся доктор медицинских наук, профессор Михаил Григорьевич Усов. Приоритетными направлениями в научной работе кафедры и коллектива



Михаил Григорьевич Усов

больницы становятся изучение вопросов подростковой психиатрии и наркологии, а также исследование феноменологии, клинической динамики, лечения и прогноза депрессий у подростков. Защищены кандидатские диссертации А.Н. Стаценко (1991), В.В. Колобовым (1991), Д.В. Четвериковым (1997), О.В. Якубенко (2001), Г.М. Усовым и Т.И. Ивановой (2002), Е.В. Батуриным (2004); докторская диссертация М.Г. Усовым (1996). Результаты научных исследований опубликованы более чем в 300 научных работах. Изданы 4 монографии, 6 тематических сборников научных работ. Были установлены тесные научные связи с ГУ НИИ Психического здоровья ТНЦ СО РАМН, диссертационным советом при Новосибирской государственной медицинской академии, НИИ психиатрии МЗ РФ. За свой период руководства профессор М.Г. Усов вывел кафедру на принципиально новый уровень развития. К этому периоду времени относятся организация курса последипломного образования по психиатрии и наркологии, получение лицензий на подготовку аспирантов по указанным специальностям. С 2000 года на кафедре был открыт курс клинической психологии, в рамках которого осуществляется преподавание данной дисциплины студентам, а также проводятся циклы тематического усовершенствования для психологов лечебных учреждений города. Среди наиболее известных выпускников клинической ординатуры кафедры следует отметить: А.А. Уткина, Л.Д. Булчевскую, О.Н. Степанову, С.С. Титова, Н.В. Чередова. Всего было подготовлено в ординатуре 46 врачей.



**Владимир Гаврилович
Аксенов**

В 2003 году после преждевременной смерти М.Г. Усова исполняющим обязанности заведующего кафедрой был назначен кандидат медицинских наук Владимир Гаврилович Аксенов – самый опытный на тот момент сотрудник кафедры.

При нем удалось сохранить традиции, заложенный предыдущими поколениями, а также в полном объеме продолжить учебный процесс по всем дисциплинам. В дальнейшем, в связи со значительным увеличением учебно-педагогической нагрузки возникла необходимость расширения преподавательского состава кафедры, и было принято решение взять курс на омоложение коллектива преподавателей. С целями реализации этой программы в 2003 году ассистентами на кафедру были приняты кандидаты медицинских наук Григорий Михайлович Усов и Татьяна Ильинична Иванова, а в 2004 – выпускники клинической ординатуры асс. Олег Александрович Стаценко и асс. Анна Андреевна Иванова.

В 2005 года кафедрой стал заведовать доктор медицинских наук, профессор Юрий Викентьевич Дроздовский. Ю.В. Дроздовский, ранее на протяжении 12 лет заведовал кафедрой психиатрии Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей, являлся в студенчестве учеником проф. Н.П. Стаценко, доц. С.Н. Ларина, асс. М.Г. Усова, и в научном отношении – соискателем, выполнившим кандидатскую и докторскую диссертации под руководством и консультировании академика В.Я. Семке.

Вступив в должность заведующего кафедрой Омской медицинской академии Ю.В. Дроздовский активно начал работать над включением психотерапии в образовательную деятельность, в результате чего кафедра получила название психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии.

Существенным преобразованиям подверглась подготовка врачей на циклах последипломного образования, которые в большей степени стали отвечать запросам практического здравоохранения.

На сегодняшний день блок учебных помещений кафедры, располагающийся на базе государственного учреждения здравоохранения Омской области «Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова» позволяют вести преподавание психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии на высоком профессиональном уровне.



Юрий Викентьевич Дроздовский

В осуществлении учебного, консультативно-лечебного и научного процессов участвуют 9 преподавателей (проф., докт. мед. наук Дроздовский Ю.В., проф., докт. мед. наук Усов Г.М., доц., докт. мед. наук Иванова Т.И., доц., канд. мед. наук Стаценко А.Н., асс., канд. мед. наук Усова А.А., асс., канд. мед. наук Краля О.В., асс. Стаценко О.А., асс. Заливин А.А.). Преподаватели кафедры имеют: высшую врачебную категорию – 3 чел.; первую категорию – 2 чел.; вторую категорию – 3 чел. Все преподаватели кафедры имеют врачебные сертификаты по основной (психиатрия) и смежным специальностям (наркология, психотерапия, сексология). Средний возраст преподавателей = 37, 75 лет.

В настоящее время кафедра представляет собой самостоятельное подразделение, полностью укомплектованное высококвалифицированными преподавателями и осуществляет обучение студентов всех факультетов ОмГМА (кроме фармацевтического) в процессе получения ими высшего профессионального и по четырем специальностям последиplomного образования врачей и клинических психологов. Научный и творческий потенциал сотрудников позволяет коллективу уверенно смотреть в будущее и ставить перед собой высокие цели.



HISTORY DEPARTMENT OF PSYCHIATRY, PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY OMSK STATE MEDICAL ACADEMY

Y. Drozdowski, G.M. Usov

Abstract. History of the Department of Psychiatry, Addiction, psychotherapy and clinical psychology Omsk State Medical Academy is closely linked to the history of the university. Medical Institute in Omsk was opened in 1920. Considered a way of life and science heads of the Department of Psychiatry. Currently, the department is a separate unit, fully staffed by highly qualified teachers, and provides training to students of all faculties OSMA during the preparation of higher vocational and four specialties postgraduate education of doctors and clinical psychologists.

Keywords. The history of psychiatry.

САМОУБИЙСТВА СРЕДИ УЧАЩИХСЯ В ПРЕДОКТЯБРЬСКОЙ РОССИИ

Завражин С.А.*Гуманитарный институт ФГБОУ ВПО «Владимирский государственный университет имени А.Г. и Н.Г. Столетовых», Владимир*

Аннотация. Данные статистики свидетельствуют, что в нашей стране один из самых высоких в мире уровень самоубийств среди учащихся. С подобным социальным феноменом Россия встретила еще в начале XX столетия: после революционного подъема 1905 – 1907 гг. последовала полоса репрессий, сопровождавшихся «эпидемией самоубийств» (термин того времени) в молодежной среде. Была обнаружена закономерность, согласно которой наибольший рост самоубийств молодежи приходился на годы, когда общее возбуждение утихает, когда наступает разочарование, когда приходится оценивать утраты.

Ключевые слова. История психиатрии, молодежные суициды.

Данные статистики свидетельствуют, что в нашей стране один из самых высоких в мире уровень самоубийств среди учащихся. С подобным социальным феноменом Россия встретила еще в начале XX столетия: после революционного подъема 1905 – 1907 гг. последовала полоса репрессий, сопровождавшихся «эпидемией самоубийств» (термин того времени) в молодежной среде. Была обнаружена закономерность, согласно которой наибольший рост самоубийств молодежи приходился на годы, когда общее возбуждение утихает, когда наступает разочарование, когда приходится оценивать утраты. Именно в периоды орбитального обновления социального организма, – указывал один из ведущих специалистов по детскому суициду М.Я. Феноменов, – возникает реальная возможность выпадения из него наиболее слабых членов.

Прогрессивная русская общественная мысль была крайне обеспокоена беспрецедентным ростом самоубийств учащихся образовательных учреждений. Так, среди учащихся мужских учебных заведений они происходили приблизительно в три раза чаще, чем среди населения России всех возрастов и сословий, а их общее количество с 20-ти в 1904 г. достигло 449 в 1909 г.

На страницах общественно-педагогической печати развернулся оживленный обмен мнениями по этому вопросу. Выступления отдельных врачей, педагогов-практиков, общественных деятелей носили подчас спорный, противоречивый характер, однако все они требовали решительных действий правительства, школы, семьи, ученых, которые должны были консолидировать усилия в борьбе с этим социальным злом. Об обостренном внимании к данной проблематике свидетельствовали и произведения блестящих русских писателей конца XIX – начала XX века (Л. Андреев «В тумане», Ф. Сологуб «Жало смерти», «Барончик», «Утешение», А. Чехов «Почелуй»), в которых тема детских самоубийств получила художественное воплощение.

Проблема молодежного суицида в России конца XIX – начала XX столетия являлась одной из ключевых в социально-педагогическом дискурсе. Ей занимались представители ряда наук: психиатры, психологи, социологи, педагоги, юри-



сты. Причем большинство исследований базировалось на богатом эмпирическом и статистическом материале. В отличие от других социальных групп, статистика самоубийств среди учащейся молодежи велась достаточно скрупулезно. Сообщения о суицидальных актах начали появляться в Министерстве народного просвещения уже с 1882 года, когда циркуляром от 20-го ноября того же года было предписано начальникам учебных заведений доносить обо всех подобных случаях непосредственно в министерство [37, с. 59]. Сбор данных проводился по специально разработанным программам автономно для военного ведомства и Министерства народного просвещения. Все это помогало исследователям более выпукло представить научную картину молодежного суицида: выявить его чрезвычайно сложную детерминацию, проникнуть в психологический механизм суицидального поведения, предложить стратегические и тактические меры превентивного воздействия.

Наиболее важное значение, с научной точки зрения, имел вопрос об этиологии детских и юношеских самоубийств. Именно по тому, как он излагался в той или иной работе, можно было судить о методологических позициях исследователя, разделяющего определенные взгляды на природу суицидального поведения.

Сторонники антропологической концепции (И. Гвоздев, И. Нейдинг, П. Минаков, Г. Гордон) видели коренную детерминанту суицида во врожденной или приобретенной индивидом биогенной патологии, которая выражается в нарастании дисфункций умственной и психической деятельности. «За ближайшую причину всякого самоубийства, – писал И. Гвоздев, – мы не можем принять другой причины, кроме изменения нормальной мозговой деятельности». Известный врач Г. Гордон был уверен, что «главная масса детских и юношеских самоубийств объясняется патологическими причинами и в их ряду первое место принадлежит дурной или тяжелой наследственности».

На приверженцев данной концепции, видимо, сильное влияние оказывали господствующие тогда в психиатрии взгляды на самоубийц как на душевно больных: теория Ч. Ломброзо о врожденности преступных наклонностей, быстро распространяющаяся доктрина З. Фрейда о влечении к смерти (Танатосе) как одной из фундаментальных потребностей человека. Все они исходили из гипотезы, что аутоагрессия – итог психобиогенной запрограммированности на нее.

В России, в отличие от Запада, эти теории не нашли многочисленных последователей ввиду сильного влияния стихийно-материалистических традиций. Последние представляли довольно пеструю палитру идей и мнений по поводу природы интрагрессивных актов, но объединяющей константой для них было то, что их выразители рассматривали суицид (в том числе и юношеский) в рамках социального контекста, придавая ему определяющую роль в генезисе этого вида отклоняющегося поведения.



Большая часть исследователей, стоящих на стихийно-материалистических позициях, выделяла следующие группы причин, толкающих учащихся к самоубийству: социально-экономические и политические, биологические, психологические, социально-педагогические. Конечно, разные авторы предлагали свою иерархию причинности, считая основными социально-экономические факторы (М.Я. Феноменов, Г.В. Хлопин), био-

генные (Г.И. Гордон, В.К. Хорошко), психологические (В.М. Бехтерев, И.А. Сикорский), социально-педагогические (Н.К. Крупская, А.Н. Острогорский). К числу социально-экономических и политических причин многие авторы относили отсутствие демократических институтов власти и управления, углубляющееся социальное неравенство общества, радикальное расслоение его по материальному статусу, падение нравов, безработицу, нужду и нищету огромной массы населения, активный процесс маргинализации трудящихся и их детей. «Рост школьных самоубийств, – подчеркивал М.Я. Феноменов, – находится в теснейшей связи с тем тяжелым и затяжным социально-экономическим кризисом, который переживает Россия в последние годы».

Говоря о воздействии биогенных факторов (патологическая наследственность, душевные заболевания и т. д.), многие российские ученые (В.М. Бехтерев, А.Н. Острогорский, А. Трахтенберг и др.) рассматривали их не как роковые, а как только предрасполагающие к суицидальным попыткам. Против отождествления самоубийства с душевной болезнью решительно выступали В.М. Бехтерев, И.А. Сикорский, В.К. Хорошко и некоторые другие. Последний писал по этому поводу: «...Говоря о душевной болезни, я разумею всегда какую-либо определенную форму душевного расстройства. Нельзя же считать зародившуюся мысль о самоубийстве за душевную болезнь. Больная идея еще не есть душевная болезнь. С другой стороны, несомненно, нужно считать установленной связь между известной слабостью, дебильностью психики, неуравновешенностью и проч. и фактом самоубийства».



Важнейшей психологической причиной, активно продуцирующей суицидальные настроения в учащейся среде, по мнению отдельных исследователей этой проблемы, являлась атмосфера гражданской апатии, тотальной бессмысленности, бесперспективности ожиданий, которая охватила общество после разгрома революции 1905 – 1907 гг. По меткому выражению В.М. Бехтерева, тогда господствовало «общее пессимистическое настроение умов». Оно усугублялось распространением психологии потребительства, практицизма и утилитаризма. Многие молодые люди теряли жизненные ориентиры, идеалы, веру, постоянно испытывая гнетущее чувство одиночества, пессимизма, сознание своей духовной бедности, ничтожества. Один из современников говорил про молодое поколение России начала XX столетия, «что тяжелее всего для них не то, что жизнь им ничего не дает, а то, что она от них ничего не требует».

Потеря смысла жизни, перекрытые каналы самореализации вызывали у многих молодых людей различные нервно-психические отклонения, депрессивные расстройства, которые становились отправной точкой для суицидальных актов. Подчеркивая более сложный характер психологии детских самоубийств в сравнении с психологией суицида взрослых, отдельные исследователи полагали, что в самом ходе психического развития личности скрыты потенциальные возможности сильных деформационных изменений. Они могут быть связаны с недостаточно развитым волевым началом формирующейся личности, ее повышенной чувствительностью к конфликтным ситуациям, впечатлительностью, импульсивностью, неспособностью к рефлексии, отсутствием цельного представления о ценности жизни, предрасположенностью к аффективным вспышкам, конденсацией разного рода негативных состояний: зависимости, подавленности, сомнения, принимающих порой гипертрофированную окраску и приводящих к

патологическому всеохватывающему чувству сверхвиновности перед самим собой. В субъективном плане человеку представляется, что только он является причиной обрушившихся невзгод, поэтому самоубийство воспринимается им как акт возмездия за содеянное. Процесс переживания подобного состояния сопровождается, как правило, перманентно усиливающимися чувствами тоски, страха, гнева, безысходности, переходящими в фанатичную идею покончить с собой, разрубив разом узел неразрешимых, как кажется индивиду, проблем.

Анализ многочисленных статистических источников позволял исследователям проблемы самоубийств учащейся молодежи в России на рубеже XIX – XX веков утверждать, что большая часть суицидальных попыток молодых людей обусловлена социально-педагогическими причинами и, прежде всего, негативным влиянием школьных порядков и семейным неблагополучием.

Особенно остро в этом плане прозвучала критика в адрес массовой школы со стороны Н.К. Крупской. По ее мнению, самоубийства учащихся как нельзя более красноречиво иллюстрировали полную непригодность школьной системы, указывая на полное ее крушение. С точки зрения Н.К. Крупской, кризис современной школы состоял в атмосфере бездуховности, казенщины, формализма, в отрыве ее от реальной жизни, в преобладании авторитарных методов воспитания и обучения, в «объектном» подходе к ученику, в подавлении его самостоятельности, невозможности самоутвердиться в полезной ему и обществу деятельности. Все это способствовало взаимоотношению учителей от учеников, а последних друг от друга; развитию у школьников отрицательных эмоций (зависть, тщеславие), эгоистических наклонностей, чувства одиночества, бессилия и апатии, которые инициировали суицидальные мысли, намерения, поступки.

Солидаризируясь с позицией Н.К. Крупской, некоторые из исследователей рассматриваемой проблемы отмечали, что именно функциональный подход к учащемуся, который навязывался школе всей системой социально-политических отношений, стимулировал однобокое, искривленное развитие личности, делая ее неприспособленной к преодолению жизненных преград. В школьной практике ими могут стать неудовлетворительные оценки, неудачи на экзаменах, несправедливое наказание со стороны учителей, ссоры со сверстниками, интеллектуальное переутомление, исключение из учебного заведения.

Статистика самоубийств среди детей и юношества в начале века показывала, что семейные причины прочно занимали одно из ведущих мест в генезисе этого вида социальных отклонений. Исследователи акцентировали особое внимание на таких признаках семейного неблагополучия, как тяжелое материальное положение, алкоголизм членов семьи, разрушение эмпатии между детьми и родителями, использование последними антипедагогических методов: от незаслуженных упреков до физических наказаний. Все перечисленное являлось пусковым механизмом последующего суицидального поведения учащейся молодежи. Среди важных причин самоубийств учащихся, непосредственно связанных с отрицательным воздействием школы и семьи, назывались сексуальные или романтические факторы. Ученые, занимающиеся данной проблематикой, указывали, что отсутствие надлежащего полового воспитания как в семье, так и в школе, преломляется большими затруднениями в правильной половой идентификации учащихся, различными деформациями психосексуального развития. Следствием этого становились случаи развращенности, беременности, половые преступления, проституционные контакты и т.д. Подчеркивалось, что названные причины среди половозрастных групп наиболее значимы для девочек подросткового и юношеского возраста. Для молодых людей они приобретают особую остроту в период так называемой гиперсексуальности, т.е. в 15 – 17 лет.

Основательное изучение этиологии суицидального поведения учащейся молодежи приводило многих исследователей этой проблемы к мысли о сложной, многофак-

торной природе данного социального феномена, о том, что «самоубийство почти никогда не бывает результатом какой-либо одной причины, а в громадном большинстве случаев – целой совокупности действовавших в разное время причин, среди которых даже трудно бывает определить, какая из них имела более важное значение».

Рассматривая этиологию детских и юношеских самоубийств, отдельные ученые пытались не только выявить главные факторы, их порождающие, но и развести причины с мотивами суицидального поведения. Так, М.Я. Феноменов полагал, что различие между ними состоит в том, что причины в отличие от мотивов не осознаются суицидентом, однако последние, по его мнению, в большинстве случаев являются действительными причинами самоубийств.

Между тем, многие авторы не дифференцировали причины и мотивы суицидального поведения учащейся молодежи, нередко их смешивая и подменяя одно другим.

Несмотря на это, сама попытка разобраться в необычайно сложной мотивации детского и юношеского суицида говорит о всей серьезности предпринятых тогда научных изысканий.

Аналитическое осмысление детерминации суицидального поведения учащейся молодежи, стремление проникнуть в психологию суицидента молодого возраста, выявить внешние и внутренние силы, толкающие его к самоубийству, дало возможность отечественным исследователям этой проблемы начала XX века предложить совокупность мер, направленных на профилактику данного вида социальной патологии.

Использование комплексного подхода, координированных усилий государства, общественности, семьи и школы в борьбе с суицидом среди учащейся молодежи – осязаемая профилактическая идея, которая была в той или иной форме высказана в период «эпидемии» детских самоубийств.

К общепрофилактическим мерам, которые могли бы значительно оздоровить нравственную атмосферу общества и тем самым косвенно способствовать профилактике самоубийств в молодежной среде, были отнесены следующие: решительная борьба с массовым обнищанием, люмпенизацией трудящихся; повышение экономического и культурного уровня масс, социальной защищенности наиболее обездоленных слоев населения; более равномерное распределение жизненных благ между людьми; всемерная пропаганда аутентичных нравственных идеалов, активная финансовая и моральная поддержка всех начинаний, преследующих цели нравственного и физического оздоровления. Общепрофилактические меры со стороны государства и общества должны быть подкреплены согласованными действиями семьи и школы, как главных институтов социализации.

Список использованной литературы находится в редакции ОПЖ

SUICIDE AMONG STUDENTS IN RUSSIA IN THE EARLY 20TH CENTURY

Zavrashin S.A.

Abstract. Statistics indicate that in our country one of the world's highest suicide rate among students. With such a social phenomenon Russia met in the early twentieth century: the revolutionary upsurge after 1905 - 1907 period. followed by a band of repression, accompanied by "suicide epidemic" (the term at the time) in youth. Pattern was found, according to which the highest growth of youth suicides accounted for the years when the general excitement dies down when it's frustrating when you have to assess the loss.

Keywords. The history of psychiatry, youth suicides.

Клиническая психология

СУИЦИД И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.

Сообщение 1. Трудоголизм и безработица

Е.С. Асмаковец

ФГБОУ ВПО «Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского», Омск, Россия.

Аннотация. Самоубийства занимают ведущее место среди причин смертности трудоспособного населения и сохраняют тенденцию к росту в ряде государств мира и, в том числе, в различных регионах Российской Федерации. Попытки самоубийства совершают в основном люди психически здоровые, находящиеся в трудоспособном возрасте. Одной из основных мотиваций истинного суицидального поведения является бегство от непереносимой жизненной ситуации. Для суицидента саморазрушение является результатом невыносимого эмоционального стресса, одной из глобальных причин которого является профессиональная деятельность и все, что с ней связано: содержание профессиональной деятельности, профессиональное общение при превалирующей роли личности профессионала. А также негативные последствия – трудоголизм и безработица.

Ключевые слова. Профессиональные кризисы, профилактика, суицид, трудоголизм, безработица.

Самоубийства занимают ведущее место среди причин смертности трудоспособного населения и сохраняют тенденцию к росту в ряде государств мира и, в том числе, в различных регионах Российской Федерации [47].

Попытки самоубийства совершают в основном люди психически здоровые, находящиеся в трудоспособном возрасте. Суициденты в случае смертельного исхода оставляют своих детей без родителей, наносят глубокую травму своим родным и близким. Незавершенные суициды нередко ведут к инвалидизации.

Одной из основных мотиваций истинного суицидального поведения является бегство от непереносимой жизненной ситуации. Для суицидента саморазрушение является результатом невыносимого эмоционального стресса (Э. Гроллман), одной из глобальных причин которого является профессиональная деятельность и все, что с ней связано: содержание профессиональной деятельности, профессиональное общение при превалирующей роли личности профессионала, также негативные последствия – профессиональные деформации, профессиональные кризисы, трудоголизм, безработица.

Трудоголизм и суицид

Суицидолог Норман Фарбероу одной из причин саморазрушающего поведения считает трудоголизм. Под трудоголизмом понимается тяга человека к работе, которая принимает характер зависимости и вытесняет все другие интересы и потребности, заполняет собой жизнь. В нашей стране термин «трудоголик» звучит как комплимент, окружающие изначально воспринимают трудоголизм как проявление трудолюбия, поэтому неудивительно, что больше половины россиян считают трудоголизм образом жизни ответственных людей, но никак не болезнью [41]. На самом деле трудоголизм – это одна из самых распространенных зависимостей, наносящая не меньший ущерб личности, чем химические зависимости – наркомания, алкоголизм, курение. Эмоциональная зависимость трудоголиков деформирует их внутренний мир, пронизывает мышление, эмоции, интеллект, память, действия, поступки, характер личности.

Трудоголизм рассматривается как негативный и сложный процесс, который, в конечном счете, влияет на способность индивида должным образом функционировать. Ц.П. Короленко отмечает: трудоголизм (работоголизм), как и всякая аддикция, является бегством от реальности посредством изменения своего психического состояния, в данном случае достигающегося фиксацией на работе. Б. Робинсон уточняет: трудоголизм (работоголизм) – ситуация, когда работа предпочитается человеком в качестве ухода от переживаний о своем эмоциональном состоянии и по поводу проблем личной жизни.

У трудоголиков существует стремление добиваться постоянного признания и успеха, которое, однако, может привести их к неверным решениям и личностному краху. Человек испытывает страх потерпеть неудачу, «потерять лицо», быть обвиненным в некомпетентности, лени, оказаться хуже других в глазах начальства. С этим связано доминирование в психологическом состоянии чувства тревоги, которое не покидает трудоголика ни во время работы, ни в минуты непродолжительного отдыха, который не бывает полноценным из-за постоянной фиксации мыслей на работе. Трудоголик становится настолько фиксированным на работе, что постоянно отчуждается от семьи, друзей, все более замыкаясь в системе собственных переживаний.

С. Азиз и М. Цикар, работая с данными, полученными при исследовании 147 работников и служащих, оценивая параметры по Ж. Спенсу и Э. Роббинсу, а также показатели «стресс от работы», «удовлетворение жизнью», «баланс работа – жизнь» с помощью специальных шкал, пришли к выводу, что работоголизм является синдромом, а степени измерявшихся показателей являются симптомами.

Г. Портер выделяет признаки трудоголизма, характерные для любого аддикта: ригидное мышление, уход от действительности, прогрессирующая вовлеченность и отсутствие критики. Ж. Спенс и Э. Роббинс считают ключевыми характеристиками трудоголика: сильное внутреннее стремление (драйв) к работе, высокую вовлеченность в работу и отсутствие удовольствия от работы самой по себе. По мнению Ц.П. Короленко, работа для трудоголика не представляет собой того, чем она бывает в обычных условиях: он не стремится к работе в связи с экономической необходимостью, работа – отнюдь не одна из составных частей его жизни: она заменяет собой привязанность, любовь, развлечения, другие виды активности

Трудоголики – люди с чувством соперничества, они хотят все контролировать и постоянно совершенствовать свой труд. Как правило, это личности с искаженной самооценкой, некоторые думают, что они хороши, только пока работают.

Лица, страдающие этой формой зависимости, обладают рядом особенностей:

- это люди, вечно охваченные тревогой, неспособные перепоручать работу кому-либо еще, питающие иллюзию, что могут держать под контролем все, даже время. В основе такого поведения лежит гордыня.

- жертвы трудоголизма извлекают огромное удовольствие от своей способности мириться с неудобствами, разочарованием и даже болью.

- трудоголики часто являются перфекционистами. Они создают у окружающих впечатление родительской опеки, ставя опекаемого человека в зависимость, заставляют окружающих чувствовать себя неумелыми, глупыми или несамостоятельными. Трудоголики часто примеряют на себя роль спасителя и культивируют свою незаменимость.

Среди них больше лиц как с высокой потребностью в двигательной активности (что означает их высокую активность, работоспособность), так и с низкой потребностью в двигательной активности (что означает их большую усидчивость). Среди лиц, не подверженных трудоголизму, почти все имеют уравновешенность нервных процессов, т.е. не обладают ни высокой работоспособностью, ни высокой усидчивостью.

По данным правительства Японии, подавляющее большинство японцев работают сверхурочно, а ежегодно от переработки погибает около 10 000 человек. Существуют специальные термины: «кароши», обозначающий смерть от переутомления на работе, «яройисатсу» – самоубийство из-за стресса на работе. За прошедшие пять лет в два раза выросло число самоубийств прямо или косвенно связанных со стрессовыми ситуациями или проблемами на работе. Только в 2006 году самостоятельно лишили себя жизни более 32 тысяч жителей этого островного государства. Главными факторами такой печальной статистики является хроническое переутомление, непрерывное стремление к совершенству и возникающая из-за этого постоянная конкуренция между сотрудниками. Поэтому в Японии уже несколько лет действуют специальные клиники для трудоголиков.

Согласно данным опроса, проведенного в России исследовательским центром рекрутингового портала «SuperJob.ru», в 2010 году среди 1,8 тысячи респондентов старше 18 лет во всех округах РФ 66% экономически активных россиян считают себя трудоголиками.

По данным Международной организации труда, около 8% работающего населения уделяет своей профессиональной деятельности более 12 часов в сутки для того, чтобы уйти от личных проблем. По мнению экспертов, работа в течение более 50 часов в неделю может являться определяющим фактором наличия зависимости.

С возрастом психологическая трудовая зависимость может снижаться, в то же время, подверженность трудоголизму не зависит от семейного положения, наличия и количества детей, уровня образования. Среди трудоголиков преобладают люди, занимающиеся интеллектуальным трудом и творчеством. Трудоголиков, занимающихся умственным трудом, в 5 - 6 раз больше, чем среди специалистов физического труда. Мозг умственных трудоголиков работает очень напряженно и неэффективно. Его утомляемость ощущается даже физически – постоянным напряжением мышц верхней части спины и плеч. В современном деловом мире трудоголизм чаще всего присущ компьютерщикам-программистам, IT-шникам, бизнесменам-предпринимателям, юристам, бухгалтерам и экономистам, врачам и преподавателям. У программистов трудоголизм наблюдается в столь тяжелой форме, что они вообще перестают отходить от компьютера, добавляя к своей рабочей проблеме еще и компьютерную зависимость. За ними следуют бизнесмены и предприниматели, третье место занимают юристы, экономисты и бухгалтеры, на четвертом – врачи и педагоги.

На подсознательном уровне трудоголики постоянно играют в игру: «Попробуйте меня в чем-либо упрекнуть». Они стремятся работать не просто на «пять», а на «пять с плюсом», но это достигается за счет колоссального напряжения и энергетических затрат, а поэтому такая работа не продуктивна.

По мнению психологов, наиболее подвержены трудоголизму:

– люди, с которыми плохо обходились в школе. Став взрослыми, «жертвы» самоутверждаются посредством «запойного» труда;

– люди, выросшие в неблагополучных семьях. Например, где отцы страдали алкоголизмом. Дети алкоголиков часто считают, что единственный способ избежать аналогичной участи и той жизни, которая у них была, – работать сутками напролет;

– люди, которые выросли во внешне благополучных семьях, но чьи родители были перфекционистами и ожидали необоснованного успеха от своих детей. В результате у детей развивается низкая самооценка, которая проявляется во взрослой жизни. Некоторые просто сдаются, но другие говорят себе: «Я докажу, что я лучший во всем, чтобы мои родители похвалили меня»;

– люди, воспитанные придирчивыми родителями и педагогами, осуществлявшими воспитание так, чтобы сделать из ребенка «выставочную картину», которой они могли бы гордиться.

– к трудоголизму более склонны старшие или единственные дети в семье, особенно в тех случаях, когда родители развивают в нем чрезмерное чувство ответственности.

– дети работоголиков часто сами становятся такими же зависимыми от работы.

Таким образом, причины трудоголизма родом из детства – особенности воспитания, семьи, отношения, ожидания и требования родителей по отношению к ребенку, родительский трудоголизм.

Безработица и суицид.

Еще одна причина суицида – потеря работы, безработица. С безработицей или с дезорганизацией рабочего процесса теряются не только средства для достойного существования, но и скрытые преимущества работы, такие как определенность статуса, социальные контакты и солидарность с членами трудового коллектива, чувство идентичности.

Безработные и неквалифицированные рабочие, а также люди, пережившие или переживающие профессиональный крах, совершают самоубийства чаще всего. Когда речь идет о безработных, то дело не в отвлекающей занятости (чрезмерная нагрузка может даже приблизить суицид) или бедности, а в том, что человек чувствует себя ненужным, мало на что способным неудачником.

Для отдельного человека, безработица всегда сильный стрессовый фактор. С.А. Петунова отмечает, что причина психологических проблем, вызываемых безработицей, кроется в связи, существующей между осознанием себя как успешной личности и работой как способом зарабатывания на жизнь. Потеря работы воспринимается человеком как своего рода «указание» на его бесполезность, он становится маргиналом, не приносит пользы обществу, не может обеспечить себя и свою семью, а, в силу мизерного размера пособия по безработице, не живет, а выживает на средства от государства. Безусловно, столкновение с безработицей сказывается на средней продолжительности жизни и состоянии здоровья (причем, далеко не в лучшую сторону), и, как следствие, ведет к смертности. К тому же, потеря работы ведет к потере самоуважения, возникновению различной степени сложности заболеваний на нервной почве, появлению ощущения безнадежности и пристрастия к алкоголю, в котором человек стремится «утопить горе». Ряд ученых тяжелейшим последствием безработицы называют депрессию и, как следствие, – суицид. У потерявших работу людей в большей степени проявляется подавленность, чаще замечаются трения в семье (между супругами, во взаимоотношениях с детьми), сложности экономического характера.

Научные исследования показывают, что количество самоубийств имеет тенденцию коррелировать с уровнем безработицы. Э. Лори отмечает, что показатель самоубийств среди безработных в два-три раза выше, чем в среднем по США. Во многих случаях, чем дольше период безработицы, тем выше вероятность самоубийства. М. Аргайл отмечает, что увеличение безработицы в США на 1% (если она затем не снижается на протяжении 5 последующих лет) влечет за собой повышение числа суицидов на 4,1%. Наиболее тесные связи наблюдались в США в годы экономической депрессии.

Результаты исследования влияния экономических изменений на уровень смертности в 26 странах Евросоюза в течение последних 30 лет, проведенного учеными из Британии, США и Бельгии, показали, что при увеличении уровня безработицы на 1% количество самоубийств увеличивается на 0,8% среди людей младше 65 лет, что дает от 60 до 550 суицидов сверх показателей предыдущего года. При этом, если безработица увеличивается более чем на 3%, количество самоубийств среди людей младше 65 лет растёт на 4,5%.

До 2007 г. исследователи наблюдали устойчивую тенденцию к снижению числа суицидов, но оно резко возросло вместе с 35%-ым ростом безработицы в государствах

Евросоюза в период с 2007 г. по 2009 г. Из 10 стран ЕС, по которым есть данные за 2009 г., лишь в Австрии число самоубийств сократилось, в остальных странах оно выросло не менее чем на 5%.

Самые высокие показатели – в Греции и Ирландии, чьи экономики больше других в Европе пострадали из-за кризиса. По данным Bloomberg, уровень безработицы в Греции вырос почти в два раза, до 16,2%, с 2008г. За 2007-2009 гг. количество самоубийств возросло на 19%. За те же 2007-2009 гг. в Ирландии число самоубийств возросло на 15%, в то время как безработица выросла почти в три раза с I квартала 2008 г.

Е.В. Бачило и Ю.Б. Барыльник изучали распространенность завершенных или незавершенных суицидов на территории Саратовской области в 2001 – 2010 гг., а также влияние уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальную активность в наиболее неблагополучных районах области. Полученные результаты исследования показали, что в одних случаях рост безработицы провоцирует рост суицида, а в других является одним из факторов (например, вместе с ростом алкоголизма), создающих «эффект накопления (контейнирования)», который впоследствии также способствует росту суицида. Безработные люди склонны обращаться к алкоголю, что обостряет их депрессию и повышает шансы на то, что они причинят себе вред.

Новозеландские исследователи обнаружили, что шансы безработных на суицид повышаются вплоть до 300% по сравнению с обычными показателями для мужчин средних лет. По мнению ученых, трудности, связанные с поиском работы, сеют отчаяние среди населения и влекут за собой желание уйти из жизни. Таким образом, безработица является либо самостоятельной причиной суицида, либо одним из факторов, приводящих к суициду, так как является сильным стрессором.

Список использованной литературы находится в редакции ОПЖ

SUICIDE AND PROFESSIONAL ACTIVITIES. MESSAGE 1. WORKAHOLIC AND UNEMPLOYMENT

E.S. Asmacovec

Abstract. Suicide are leading causes of death among working-age population and continued growth in a number of countries in the world and, in particular, in various regions of the Russian Federation. Attempts to commit suicide basically mentally healthy people who are into the workforce-age population. One of the main motivations of suicidal behavior is a true escape from an intolerable situation. For suicides self-destruction is the result of the unbearable emotional stress, one of the global causes of which is a professional activity, and all that goes with it: the content of professional activity, professional communication with the prevailing role of the individual professional. As well as the negative consequences - workaholism and unemployment.

Keywords. Professional crises, prevention, suicide, workaholism, unemployment.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Малютина Т. В., Лонская Л.В.

Аннотация. В обзоре рассмотрены современные психологические концепции формирования психического здоровья преподавателей вуза. С увеличением педагогического стажа работы резко снижаются показатели психического и физического здоровья. В деятельности преподавателя его отношение к профессиональной деятельности, непосредственно должно проследиваться единство личностной и профессиональной позиции.

Ключевые слова. Психического здоровье, преподаватели вуза

В последнее время большое внимание стало уделяться психическому здоровью в сфере профессии «человек – человек». Проблема «психического здоровья», в сфере

высшего профессионального образования, сохранение психического здоровья преподавателя в образовательном учреждении привлекает внимание многих исследователей из самых разных областей науки и практики: медиков, психологов, педагогов.

Проблема психического здоровья считается одной из наиболее сложных проблем современной науки, рассматриваемых в трудах зарубежных и отечественных ученых. Всемирная организация здравоохранения в 1968 году дала четкое определение: «Здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Однако можно отметить, что компоненты физического здоровья могут быть количественно оценены по уровню резервных возможностей организма [4,7], то уровень психологического здоровья в современной литературе трактуется весьма «размыто», без четких количественных критериев [1, 2]. Это и затрудняет дать объективную оценку психического здоровья в исследованиях.

Основными составляющими психического здоровья являются - мотивационно-эмоциональная, интеллектуальная и духовно-нравственная сферы личности. Перечисленные выше составляющие психического здоровья наиболее чувствительны ко всем воздействиям социального мира и формируется под непосредственным его влиянием.

Современный труд может оказывать на человека как положительное, так и негативное воздействие. Профессиональный труд в сфере высшего профессионального образования имеет ряд специфических особенностей. Прежде всего, необходимо отметить высокую эмоциональную загруженность, высокое психическое напряжение, что вызвано повышенными требованиями общества к личности педагога, чрезмерный эмоциональный контакт (студенты, коллеги, администрация) в процессе деятельности. Все это может привести к возникновению невротических расстройств, психосоматических заболеваний.

По мнению Иванова В.Г., Фролова А.Г. и др., профессионально-педагогическая деятельность включает в себя профессиональную деятельность (по базовому образованию) и собственно педагогическую деятельность. Наряду с профессиональной деятельностью по определённой специальности, Большакова З.М., Кузьмина Н.В., Лихачёв Б.Т., Слостёнин В.А., Спирин Л.Ф. и др. выделяют педагогическую деятельность как профессиональную, сосуществующую наравне с другими видами деятельности. В учреждениях высшего профессионального образования, преподаватель осуществляет профессионально-педагогическую деятельность, под которой вышеуказанные исследователи понимают систему и последовательность педагогически целесообразных действий педагога, направленных на достижение поставленных целей путем решения педагогических задач [3,5,6,8,10,12]. Преподаватель высшей школы осуществляет: профессионально – педагогическую, научно – исследовательскую, управленческую, административно – хозяйственную, коммерческую, общественную деятельность [9].

Многие исследователи отмечают, что с увеличением педагогического стажа работы резко снижаются показатели психического и физического здоровья (Г.С. Абрамов, Л.И. Вассерман, Р.Б. Ихсанов, А.К. Маркова, А.Г. Митина, А.О. Прохоров и др.)

В ряде психологических работ «психическое здоровье» соотносится с переживаниями психологического комфорта и психологического дискомфорта.

Показателями достижения психического здоровья являются следующие признаки эмоционального благополучия: положительная самооценка и уважение к себе; психосоциальное развитие, соответствующее возрасту; эффективные способы удовлетворения потребностей; умение переживать неудачи; умение приспособиться к окружающей среде; разумная степень независимости; умение эффективно справляться со стрессом; чувство «хозяина» жизни, т.е. уверенность человека в том, что он сам управляет своей жизнью; отношения с другими людьми; способность к эффективной работе. [11].

На наш взгляд, необходимо подчеркнуть, что в деятельности преподавателя его отношение к профессиональной деятельности, непосредственно должно проследиваться единство личностной и профессиональной позиции.

Таким образом, подводя итог всему вышесказанному, следует сделать вывод, что профессиональная деятельность преподавателя имеет свою специфику и определенные трудности в ее реализации, зависящие как от субъективных, так и объективных причин. Одним из основных условий эффективной, полноценной, успешной профессиональной деятельности, является психическое здоровье преподавателя вуза.

Поэтому содействие сохранению, укреплению, а в некоторых случаях восстановлению психического здоровья преподавателя вуза через систему специальных мероприятий, а также поведение и здоровый образ жизни самих представителей данной профессии, должны стать одним из приоритетных направлений деятельности в сфере повышения качества образования.

Литература

1. Бароненко В.А. Принципы оптимизации живых систем: Учеб. пособие. Уфа, 1991.
2. Бароненко В.А., Люберцев В.Н., Рапопорт Л.А. Основы здорового образа жизни: Учеб. пособие. Екатеринбург, 2002.
3. Иванов В.Г. Проектирование содержания профессионально-педагогической подготовки преподавателя высшей технической школы : Дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.08 : Казань, 1997 341 с. РГБ ОД, 71:98-13/19-1
4. Комплексная оценка состояния здоровья и развития детей / Ред. Р.И.Айзман, В.В.Захаренков. М., 2006.
5. Кузьмина Н.В. Акмеологическая теория повышения качества подготовки специалистов образования. — М., 2001.
6. Лихачёв Б.Т. Философия воспитания : спец. курс / Б.Т. Лихачев. — М. : Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2010. — 335 с. — (Педагогическое наследие).
7. Мониторинг здоровья детей при занятиях физической культурой и спортом: Методическое пособие. Новосибирск, 2006.
8. Слостёнин В.А. Профессионально-педагогическая культура преподавателя высшей школы как объект теоретического исследования // Теория и практика высшего педагогического образования: межвуз. сб. науч. трудов. - М.: Прометей, 1993. - С. 3 - 18.
9. Современные подходы к определению квалификационных требований к профессорско-преподавательскому составу медицинских вузов и задачи модернизации программ дидактической подготовки педагогических кадров/ Материалы международного семинара в рамках проекта в рамках проекта Tempus IV 159328-TEMPUS-1- FR-TEMPUS-SHMES «Система обучения в течение жизни для преподавателей медицинских вузов» [ред. А.И. Новиков и др.]. – Омск: Издательство отдела международного сотрудничества ОмГМА, 2011. – 179 с.
10. Спиринов Л.Ф. Курс "Педагогические теории, системы, технологии" как основа общепедагогической подготовки будущих учителей [Текст] : (Авт. программа и метод. рекомендации) / Л.Ф. Спиринов, А.Н. Молодов, А.Ф. Ушанов ; Акад. пед. и соц. наук, Костром. гос. пед. ун-т им. Н.А. Некрасова. - М. : АПСН ; Кострома : КГПУ, 1998. - 34 с.
11. Фомин Н.А. Психологическая физиология здоровья. Челябинск, 1998.
12. Фролов А.Г. Проектирование структуры и содержания информационно-технологической подготовки преподавателя высшей школы : Дис. ... канд. пед. наук : 13.00.08 : Казань, 2000 156 с. РГБ ОД, 61:01-13/199-1

SOME ASPECTS OF MENTAL HEALTH HIGH SCHOOL TEACHERS

Malyutina T.V., Lonskaya L.V.

Annotation. The review deals with modern psychological concept of formation of mental health of high school teachers. With the increase of teaching experience sharply reduced indicators of mental and physical health. In its activities the teacher attitude to the profession, should be traced directly unity of personal and professional positions.

Keywords. Mental health, high school teachers.

Сестринское дело в психиатрии

ПРЕДВИДЕНИЕ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ СУИЦИДАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У КОМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

И.С. Зиновьева, Т.А. Воронкова,

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. Актуальность оценки суицидальных состояний у коморбидных пациентов с шизофренией определяет вопросы специализированной подготовки медицинской сестры в способности спрогнозировать и своевременно предупредить суицидальное поведение пациентов. Была разработана технология, помогающая медицинской сестре психиатрического стационара оценить суицидальное поведение больных шизофренией, показана ее эффективность

Ключевые слова. Сестринская помощь, суициды, шизофрения, коморбидные состояния.

Актуальность оценки суицидальных состояний у коморбидных пациентов с шизофренией определяет вопросы специализированной подготовки медицинской сестры в способности спрогнозировать и своевременно предупредить суицидальное поведение пациентов. Проблема суицидального поведения остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. По результатам проведенного авторского скрининга, установлено, что из общего числа интервьюированных (90 пациентов) 43% (39 пациентов) составили пациенты с выявленным суицидальным риском. Из них 25% (23 пациента) — это пациенты со средним риском и 18% (16 пациентов) — с высоким показателем суицидального риска. В исследуемой группе женщин наблюдается значительная доля лиц с суицидальным риском средней и высокой степени. Даны рекомендации по выявлению признаков суицидальных состояний у пациентов, страдающих шизофренией.

В доступной литературе мы не обнаружили достаточного количества информации, посвященной самоубийствам коморбидных пациентов с шизофренией. Практически отсутствует описание особенностей пресуицидального периода, хотя именно эти сведения могли бы быть полезны для проведения научно обоснованных профилактических мероприятий. Правильная оценка риска и предотвращение самоубийства чрезвычайно важны. Мы поставили перед собой цель улучшить качество выявления пациентов с суицидальным риском. Нами было проведено исследование, которое проводилось на базе трех крупных лечебно-диагностических комплексов КПБ им. Н.Н. Солодникова — 8, 18, 19 отделений, каждое из которых рассчитано на 135 стационарных коек. Критериями включения были выбраны женщины от 30 до 50 лет, не имеющие в анамнезе суицидальных попыток и без демонстрации предупредительных признаков суицида. Здесь нужно уточнить, что женщины в возрасте моложе 30 лет и старше 50 лет, по статистическим данным, традиционно принадлежат к возрастному контингенту, склонному к суицидальным интенциям в целом.

Инструментом оценки суицидального риска было выбрано интервью. Порядок проведения и лист-опросник интервью были разработаны совместно с психологом «Телефона доверия», при этом преследовалась цель адаптировать процедуру интервью для медицинских сестер, а именно: сократить временные затраты при максимальной

информативности, т.е. создать систему скрининга. Для оценки достоверности применяемой методики параллельно проводилось тестирование по валидизированной Шкале безнадёжности Бэка. Данная шкала используется в различных исследованиях, включая изучение возможности предвидения самоубийства.

Оценка риска самоубийства сложна и в каждом случае индивидуальна. Нет таких признаков, по которым можно было бы достоверно распознать человека, готового к самоубийству. Важно было не только правильно задавать вопросы и интерпретировать ответы, но и наблюдать за выражением лица, внешностью, позой, жестами и прочими невербальными признаками. Любая мелочь может иметь значение. Порой то, о чем пациент умолчал, оказывается важнее его слов, а бездействие - важнее поступков. В связи с этим проводился анализ информации, полученной из десятидневных листов наблюдения, журналов учета изменения состояния и дифференцированных режимов наблюдения. Эти данные позволили разработать памятки как для медицинских сестер, так и для родственников пациентов.

У коморбидных пациентов с шизофренией на первый план выступают эмоционально-волевые изменения личности — это аутизация, формальность в общении, склонность к диссимуляции, отсутствие критики к болезни, и за всей этой симптоматикой бывает легко просмотреть начало обострения психотической симптоматики (психопродукция: страхи, голоса, бред самообвинения, самоуничужения и.т.п.), а значит и возрастает риск суицида. Многие семьи живут в постоянном ужасе, что их близкий совершит суицид. К несчастью, большинство не могут говорить об этом открыто, и поэтому не в состоянии научиться узнавать признаки суицидальных попыток и своевременно вмешаться.

Медицинская сестра обязана, прежде всего, уметь выслушать пациента, заставить его раскрыться и за сбивчивым и противоречивым рассказом услышать крик о помощи, увидеть отчаяние и одиночество. К любым угрозам самоубийства необходимо относиться серьезно. Важно обеспечить пациенту безопасность и моральную поддержку. Иногда для этого бывает достаточно помочь пациенту открыть свои чувства родным и друзьям, а тех, в свою очередь, убедить в том, что с ним надо проводить больше времени и не уходить от откровенных разговоров.

В результаты проведенного скрининга показали, что из общего числа интервьюированных у 39 женщин выявлен суицидальный риск. Из них у 23 женщин — средний и у 16 — высокий показатель суицидального риска, что позволило нам утверждать, что в исследуемой группе женщин наблюдается значительная доля лиц с суицидальным риском средней и высокой степени.

В свою очередь, результаты тестирования по шкале Бэка показывают, что у 35 женщин из общего числа (90 пациенток) выявлена безнадёжность, из них у 14 женщин — тяжелая безнадёжность, и у 21 пациентки — умеренная. При использовании авторской шкалы суицидального риска вероятность получения положительного результата была выше, чем при использовании валидизированной шкалы Бека, что позволяет говорить о возможности использования интервью в работе.

Суицидальный риск при шизофрении определяется преимущественно психогенными реакциями, которые встречаются чаще всего на этапах дозревания ремиссии, особенно после 2-3 госпитализации у лиц с благоприятным течением процесса и сохранным ядром личности. Этот период является суицидоопасным, так как у пациента появляется критика к своему состоянию. Мотивы суицидального поведения психологически понятны и часто совпадают с таковыми у психически здоровых людей: осознание болезни и социальных ограничений, связанных с ней, потеря значимой работы и значимых людей, одиночество, потеря перспективы.

Использование интервью позволило скорректировать наблюдение за выявленной группой и уменьшить остроту «душевной боли» за счет общения, проводимого в

эмпатичной недирективной манере. Данная методика способствовала установлению рабочего альянса и возникновению комплаентности между медицинской сестрой и пациентами.

ANTICIPATION AND IDENTIFICATION SIGNS OF SUICIDAL STATES IN COMORBID SCHIZOPHRENIC PATIENTS

I.S. Zinovieva, T.A. Voronkova

Abstract. Current rating suicidal comorbid conditions in patients with schizophrenia determine the matters of specialized training nurses in the ability to predict and to warn the suicidal behavior of patients. Technology has been developed to help nurse psychiatric hospital assess suicidal behavior in patients with schizophrenia, the effectiveness is shown

Keywords. Nursing care, suicide, schizophrenia, comorbid conditions.

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Гирфанова Е.П., Калугина Т.А.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области

«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников»

Аннотация. Психиатрическое туберкулезное отделение является единственным специализированным стационарным отделением города и области для изоляции пациентов, страдающих психическими расстройствами, осложненными инфекционными заболеваниями. Основной контингент пациентов – это больные туберкулезом легких. Психические заболевания представлены всеми нозологическими формами, но большинство составляют пациенты, страдающие различными формами шизофрении, органическим поражением ЦНС, олигофренией. В процессе своей деятельности медицинской сестре необходимы следующие навыки: клиническое мышление в области психиатрии, фтизиатрии, инфекционных болезней, терапии, оказание профессиональной неотложной доврачебной медицинской помощи, налаживание с пациентом психотерапевтических отношений, консультирование и обучение пациента и родственников по вопросам лечения и профилактики заболеваний, организация и координирование специального ухода и наблюдения за пациентами, проведение психосоциальной реабилитации.

Ключевые слова. Туберкулёз, психические расстройства, сестринская помощь.

По данным ВОЗ, около половины населения мира проживают в эндемичных зонах риска по заражению инфекционными болезнями. Ни одна из стран не может считать себя в полной безопасности и позволить себе игнорировать угрозу инфекционных болезней. Из всех инфекционных заболеваний распространение туберкулеза во многих частях мира достигло эпидемических размеров. Ежегодно почти 8,8 миллионов людей заражается и 2 миллиона умирает от болезни, которая в большинстве случаев является излечимой и поддается профилактике, даже в условиях очень ограниченных ресурсов.

Медицинские сестры составляют самую многочисленную категорию работников, обслуживающих пациентов с инфекционными заболеваниями, а представляемые ими услуги рассматриваются как самый экономически эффективный вид медицинской помощи.

Психиатрическое туберкулезное отделение является единственным специализированным стационарным отделением города и области для изоляции пациентов, страдающих психическими расстройствами, осложненными инфекционными заболеваниями: бактериальными, вирусными и некоторыми паразитарными заболе-

ваниями, а также с подозрением на эти заболевания. Основная масса пациентов – это больные туберкулезом легких. Психические заболевания представлены всеми нозологическими формами, но большинство составляют пациенты, страдающие различными формами шизофрении, органическим поражением ЦНС, олигофренией.

В отделении имеются пациенты, находящиеся на принудительном лечении, а также лица, направленные для проведения судебно-психиатрической экспертизы, которые должны быть под охраной милиции. В данном случае в работе медицинской сестры отделения на первый план выходит профилактика особо опасных действий пациентов и психиатрическая бдительность. При этом медицинская сестра должна уметь сохранить человеческое достоинство пациента, его самостоятельность.

В оказании помощи пациентам нашего отделения используется изоляция не только психиатрическая, но и инфекционная. Кроме того в обществе положение пациентов с туберкулезом усугубляется еще и социальной изоляцией в значительной степени из-за социального клейма (стигмы). В этом случае медицинская сестра является первым милосердным, биологическим и психологическим исповедником пациента, она становится для пациента в пределах своей компетентности психотерапевтом, воспитателем, имея достаточно высокий уровень эмпатии. Сестра разъясняет в доступной форме правила и цели изоляции, что изолируется не пациент, а инфекционный «агент», обучает жить пациента в обществе со своей болезнью, дает навыки, позволяющие избежать социального отторжения и дискриминации.

Соблюдение режима лечения и создание у пациентов правильного настроя являются жизненно важными предпосылками для успеха лечения всех заболеваний, а особенно туберкулеза. Медицинская сестра обеспечивает хорошую поддержку пациентам с туберкулезом в течение всего длительного курса лечения, просвещает в вопросах использования лекарственных препаратов, возможных неблагоприятных побочных действий, что позволяет предупредить срыв в лечении и формирование туберкулезной инфекции с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Медицинская сестра понимает, что от ее работы зависит благополучие и здоровье, не только конкретного пациента, больного туберкулезом, но и большого количества других людей.

Медицинская сестра чаще всего первой отмечает ухудшение состояния пациента. От ее знаний, умений и четкости в организации неотложной помощи нередко зависит исход реанимации. Поэтому медицинская сестра нашего отделения в совершенстве владеет знаниями и умениями в диагностике, оказании современной неотложной помощи, интенсивном уходе и наблюдении за тяжелобольными пациентами при туберкулезе, инфекционных и соматических заболеваниях.

Известно, что туберкулез и многие инфекционные болезни – это социальные заболевания. Основной контингент пациентов – это социально дезадаптированные люди. Восстановление утраченных документов, оформление пенсий, оформление пациентов в учреждения Министерства труда и социального развития, восстановление социальных связей, приобретение по просьбе пациентов предметов личной гигиены, вещей, продуктов – все это занимает большой объем времени и сил в работе медицинской сестры. Но от этого зависит как скоро и каким пациент вернется в общество. Медицинская сестра отделения проводит психосоциальную реабилитацию на всех этапах оказания сестринской помощи, нередко внедряясь в социальную область.

Абсолютно необходимая составляющая современного сестринского процесса – обучение соответствующим навыкам пациентов и их родственников в части самоухода и ухода родственников за пациентами при различных состояниях, правилам взаимоотношения и поведения в семье с пациентом. При этом медицинская сестра хорошо понимает, в какой социально-экономической ситуации находятся обучаемые, а также какое значение имеет здоровье и болезнь в том культурном укладе, при котором они живут. Медицинская сестра обучает пациентов и родственников вопросам профилак-

тики инфекционных заболеваний, передачи туберкулеза. Дает информацию по клинике и первым специфическим проявлениям, свойственным в основном туберкулезу; типах туберкулезной инфекции, разъясняет причины передачи туберкулеза от пациента к окружающим; проводит гигиеническое воспитание пациентов с туберкулезом и членов их семей. При отправлении пациентов в отпуск обеспечивает понимание важности строгого контроля приема лекарств со стороны родственников, диетотерапии. Повышение осведомленности увеличивает спрос на услуги и может приводить к борьбе за защиту прав людей на лечение и улучшения качества ухода.

Обеспечение инфекционной безопасности – ответственный и трудоемкий раздел деятельности медицинской сестры. Знание инфекционного процесса, безопасные методы работы позволяют медицинской сестре предотвратить возникновение внутрибольничных заболеваний. При выявлении карантинных инфекций она умеет пользоваться различного типа защитными костюмами, оказывать необходимую медицинскую помощь, соблюдая все меры предосторожности. Главным показателем высококвалифицированной организации труда по инфекционной безопасности и охране здоровья является отсутствие внутрибольничного инфицирования сестринского персонала отделением туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями.

С целью охраны собственного здоровья медицинская сестра своевременно проходит профессиональный медицинский осмотр и диспансеризацию, прививки от гепатита В, кори, брюшного тифа, краснухи. Два раза в год по назначению врача-фтизиатра проводится химиопрофилактика противотуберкулезными препаратами. На месте работы медицинская сестра часто принимает пищу (через каждые 2-3 часа), что связано с кислотоустойчивостью микобактерии, которая разрушается пищеварительными ферментами. Медицинская сестра может укрепить свое здоровье в группе психологической разгрузки, в загородной зоне отдыха больницы; кроме того, проходит санаторно-курортное лечение в Ивановской области, горах Кавказа, на Алтае.

Все вышеперечисленные требования, предъявляемые к медицинской сестре отделения, могут быть выполнены только при постоянном совершенствовании своих знаний и навыков. Исходя из специфики отделения, медицинская сестра повышает свою квалификацию в ОЦПК на циклах: «Сестринское дело в психиатрии», «Сестринское дело во фтизиатрии», «Сестринское дело при инфекциях», «Оператор парового стерилизатора». Ежегодно проходит тестирование по «ВИЧ-инфекции, профилактике и диагностике», обучается организации и проведению туберкулинодиагностики.

NURSING CARE OF PATIENTS IN MENTAL TUBERCULOSIS DEPARTMENT

Girfanova EP, Kalugina T.A.

Abstract. Psychiatric tuberculosis department is the only specialized units with the city and region for isolation of patients with mental disorders , complications of infectious diseases. The main contingent of patients - are patients with pulmonary tuberculosis. Mental illnesses are represented by all nosological forms , but the majority are patients suffering from various forms of schizophrenia , organic lesion of the central nervous system , mental retardation . In the course of its activities nurse required the following skills : clinical reasoning in the field of psychiatry , tuberculosis , infectious diseases , internal medicine , providing professional emergency pre-hospital medical care , establishing a therapeutic relationship with the patient , patient education and counseling and family on the treatment and prevention of diseases , the organization and coordination of special care and patient monitoring , psychosocial rehabilitation.

Keywords. Tuberculosis , mental disorders, nursing care .

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция сетевого журнала «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Общая и частная психопатология
2. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
3. Клиника психических расстройств.
4. Возрастные аспекты психиатрии.
5. Клиническая психология.
6. Психиатрия и право.
7. Психофармакология.
8. Организация психиатрической помощи.
9. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
10. Сестринское дело в психиатрии.
11. Другие близкие темы.

Правила оформления статей:

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
3. Объем статьи не должен быть не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 12, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
4. При оформлении статьи: на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора, название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор.
5. Перед названием статьи указывается УДК.
6. К статье прилагается резюме и ключевые на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В реферате дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушения действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.

Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.