

Омский психиатрический журнал

4 (10) 2016



Omsk Journal of Psychiatry

16 +

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практическое сетевое издание

**4 (10)
2016**

*Омская областная общественная организация
«Омское общество психиатров»*

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

**ISSN
2412-8805**

Сетевое издание
зарегистрировано 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>
Адрес редакции:

Адрес редакции.
644070. Омская область, г.
Омск. ул. Куйбышева, 30.
Тел. (+7812)56-67-82

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и иллюстрации
из открытых Интернет-
источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
Henri Rousseau
«Cheval attaqué par un jaguar»,
1910

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.

Малютин Т.В.

Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н. (Омск)

Дроздовский Ю.В., д.м.н. (Омск)

Лопанова Е.В., д.п.н. (Омск)

Иванова Т.И., д.м.н. (Омск)

Крахмалева О.Е., к.м.н. (Омск)

Одарченко С.С., д.м.н. (Омск)

Чеперин А.И., к.м.н. (Омск)

Федотов И.А., к.м.н. (Рязань)

Содержание / Contents

Колонка редактора	3	Editor's column
Клиника психических расстройств		Psychiatric Care Organization
Когнитивные расстройства при эпилепсии <i>В.И. Ларькин, И.Н. Степанов, Т.Н. Негрий, А.И. Быструшкина</i>	5	Cognitive disorders in epilepsy <i>V.I. Larkin, I.N. Stepanov, T.N. Negri, A.I. Bistrushkina</i>
Психические расстройства, психосоциальные факторы, личностные особенности и соматические заболевания: практический опыт работы психиатра в общесоматической больнице <i>Г.А. Петтай</i>	12	Psychiatric disorders, psychosocial factors, personal features and physical illness: psychiatry experience in somatic hospital <i>G.A. Pettai</i>
Сценарные механизмы динамики самодеструктивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью <i>А.В. Меринов</i>	15	Script mechanism dynamics self-destructive patterns families' men suffering from alcohol dependence <i>A.V. Merinov</i>
Судебная психиатрия		Forensic psychiatry
Особенности мотивации суицидального поведения у подростков при завершенных суицидах <i>С.Н. Рожков, С.З. Воронова, Т.А. Сазонова С.А. Патер</i>	22	Features of motivation of suicidal behavior in adolescents with completed suicide <i>S.N. Rojkov, S.Z. Voronova, T.A. Sazonova, S.A. Pater</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Интегративный подход к психосоциальной реабилитации детей и подростков <i>Н. В. Александрова, О.Е. Крахмалева, О.М. Барышева, Е.Ю. Емельянова, Е.А. Капитоненко</i>	25	Integrative approach of psychosocial rehabilitation of children and adolescents <i>N.V. Alexandrova, O.E. Krahmaleva, O.M. Barysheva, E.Y. Emelyanova, E.A. Kapitonenko</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Особенности развития операций классификации, обобщения и абстрагирования у младших школьников с задержкой психического развития <i>Н.В. Федорова</i>	30	Features of operations classification, generalization and abstraction in primary school children with mental retardation <i>N.V. Fedorova</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Юбилейный, десятый, выпуск «Омского психиатрического журнала» открывает статья омских неврологов, посвященная когнитивным расстройствам при эпилепсии. Эпидемиологические исследования показывают, что эпилепсия представляет одно из наиболее распространенных неврологических заболеваний с психическими нарушениями. Изучение нарушений функций высшей нервной деятельности при эпилепсии остается актуальной проблемой в современной неврологии и психиатрии. Течение эпилепсии отражается как на общем состоянии пациента, так и на возникновении нарушений со стороны мнестико-интеллектуальной и поведенческой психической деятельности. На тяжесть нарушений со стороны высшей нервной деятельности может влиять как само течение эпилепсии (вид эпилептических приступов, их частота, возраст дебюта эпилепсии), так и некоторые виды противоэпилептических препаратов и их дозировка, которые также могут оказывать свое негативное влияние на когнитивные функции человека.

На основании данных, полученных в ходе исследования, авторы публикации отмечают, что наиболее тяжелые когнитивные нарушения выявлены у пациентов с симптоматической эпилепсией, с продолжительностью течения эпилепсии от 11 до 20 лет, с ежедневными приступами и началом эпилепсии в младенческом возрасте. У пациентов с криптогенной эпилепсией с продолжительностью течения болезни менее 3 лет с редкими эпилептическими приступами и началом эпилепсии в юношеском возрасте когнитивных нарушений практически не выявлено.

Симптоматическая эпилепсия протекает более злокачественно, чем идиопатическая или криптогенная. Вероятнее всего на нарушение когнитивных функций в данном случае влияют дополнительные факторы, которые стали причиной эпилепсии – черепно-мозговые травмы, оперативные вмешательства на головном мозге, нарушения мозгового кровообращения.

Чем длительней течет эпилепсия без ремиссий, тем сильнее меняются когнитивные способности пациента. При этом клинкомикаментозная ремиссия и ремиссия по ЭЭГ не является гарантом того, что когнитивные функции не продолжают ухудшаться, так как с помощью современных методик невозможно достоверно сказать, о том, что эпилептологическая активность отсутствует на протяжении всего периода ремиссии.

Раннее начало эпилепсии влечет за собой наиболее грубые нарушения психических функций. Чем в более младшем возрасте у ребенка начались эпилептические припадки, тем сильнее отстает ребенок в развитии. Низкий процент когнитивных расстройств у пациентов с эпилепсией, начавшейся в юношеском возрасте, может говорить о том, что на данном этапе развития основная часть навыков уже заложена, но в то же время познавательных функций достаточно, чтобы компенсировать те когнитивные расстройства, которые возникли из-за эпилепсии. В пожилом возрасте процент тяжелых и умеренных когнитивных расстройств также высок. Возможно это обусловлено тем, что у пожилых людей высок процент коморбидных заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых, которые сами по себе способны снижать когнитивные функции пациента. Разрушающее действие эпилептической активности на нейроны можно наблюдать, глядя на данные, которые выявлены при сравнении частоты приступов и степени когнитивных нарушений. Чем чаще приступы, тем сильнее когнитивное нарушение.

Клинико-диагностические пограничной психической патологии раскрыты в статье, посвященной работе врача-психиатра в Больнице скорой медицинской помощи. Показана структура психосоматической патологии, дан ее предметный клинкомикадинамический анализ в контексте личности пациента. Возможность соматической проекции психических факторов должна учитываться врачами всех специальностей. Автор считает, что комплексный синтетический подход к изучению острых и хронических патологических состояний оказывается важным условием повышения эффективности медицинской практики.

Суицидология является одним из актуальных трендов современной психиатрии. В связи с этим значительный интерес представляет статья нашего рязанских коллеги. Работа посвящена изучению такого сценарного механизма как эпикрипт, встречающегося в семьях больных алкогольной зависимостью, его отношения к «внутрисемейным» аутоагрессивным паттернам. Автор приводит два подробных описания тематических клинических случаев, в которых можно отчетливо проследить этапы передачи деструктивных сценарных конструктов: первичное носительство саморазрушающего сценария жизни, его передачу с ощущением «облегчения», акцепцию эпикрипта, реализацию инкорпорированной деструктивной программы реципиентом, возвращение эпикрипта первич-

ному носителю, причем последний этап, по-видимому, не является обязательным и представляет собой скорее исключение из правил. Реципиент часто забирает эпиграф «навсегда», реализуя его до финальной черты. В ряде случаев имеет место и достаточно активный поиск потенциальным акцептором будущего донора. При этом реципиент бессознательно, а в ряде случаев и осознанно, занимает роль «трагического» героя, который готов пострадать «за спасение». Подобные случаи часто не рассматриваются как возможный вариант эпиграфа, и лечебная модель строится без привлечения, по сути, главного действующего лица, либо оно впоследствии остается безоружным перед возвратившимся деструктивным сценарием.

Автор приходит к выводу, что одним из вариантов динамики семейной системы в браках мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик, является эпиграф-модель. Можно выделить существование как минимум двух вариантов эпиграф-модели в алкогольных браках: с элементом возвращения деструктивной программы первичному носителю и без таковой. Идентификация эпиграфа является специфическим проводником к самому сценарию и позволяет более гибко строить терапевтическую программу зависимо-созависимой диады, в том числе, в отношении аутоагрессивных модусов поведения.

Суицидологическая тема продолжена в работе омских психиатров, посвященной завершенным суицидам у подростков. Авторы в течение трех лет провели 34 посмертных экспертизы, из них на долю подростков пришлось 21, что составляет 2/3. Возрастное своеобразие как суицидальных, так и психологических и психопатологических состояний, создающих предпосылки к нему, создают необходимость рассматривать самоубийство подростков как самостоятельную проблему. В возрасте 14-15 лет суицидальные проявления столь часты при кризисных и реактивных состояниях подростков, что некоторые авторы называют суицид в ряду характерных нарушений поведения подросткового периода. Суицидальное поведение у подростков отличается своими особенностями, что обусловлено специфическими физиологическими, психологическими и психопатологическими процессами, свойственными растущему организму в период социально-психологического становления. Авторы отмечают, что нарушения поведения, снижение успеваемости, конфликтность, капризность, обидчивость и другие про-

явления депрессивного синдрома расцениваются взрослыми как лень, распушенность, следствие собственных воспитательных промахов. Подобная неадекватная оценка душевного состояния депрессивных подростков создает тяжелейшие конфликтные ситуации, являющиеся факторами вторичной травматизации и создающие условия для возникновения суицидальных мыслей и намерений. Психотравмирующая ситуация, возникающая на фоне дефицита контактов обостряет чувство душевного одиночества, создает ощущение безысходности и толкает депрессивных подростков на самоубийство. Ликвидация психопатологических условий развития суицидальных тенденций, своевременное купирование суицидоопасных кризисных состояний, оптимизация взаимоотношений в семье и школе, дома и в среде сверстников, что является сбалансированной совместной работой психологов, психиатров, суицидологов, психотерапевтов, педагогов и способствует решению важной проблемы подростковой психиатрии – предотвращение суицида.

Интегративные аспекты организации психореабилитационной работы у детей показаны в контексте системного подхода, при котором больной ребенок или подросток рассматривается как сложная система с разными уровнями функционирования. Высшим из них является социальный, а остальные входят в него в качестве базовой основы. Авторы считают, что процесс психосоциальной реабилитации представляет собой сложную биопсихосоциальную систему, в которой возвращение юного пациента в общество выступает в качестве системообразующего фактора.

Завершает выпуск журнала статья, посвященная психолого-педагогическим аспектам ведения детей с ретардацией психической развития. Авторами анализируются особенности развития таких мыслительных операций как классификация, обобщение и абстрагирование у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Правление Омской областной общественной организации «Омское общество психиатров» и редакция сетевого издания «Омский психиатрический журнал» поздравляет наших читателей с наступающим Новым годом. Пусть 2017 год принесет Вам душевное благополучие, финансовую стабильность, мир и счастье в семье и новые достижения на научно-практическом поприще, с которыми Вы поделитесь с коллегами на страницах «Омского психиатрического журнала».

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

Клиника психических расстройств

УДК 616.447-0086-06

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

В.И. Ларькин, И.Н. Степанов, Т.Н. Негрий, А.И. Быструшкина

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. Эпилепсия – хроническое неинфекционное психоневрологическое заболевание, проявляющееся в предрасположенности человека к возникновению периодических повторяющихся приступов. Приступы носят разнообразный характер с различной степенью нарушения сознания. По данным ВОЗ во всем мире около 50 миллионов человек страдают эпилепсией. Доля общего населения с активной формой эпилепсии на данный момент времени составляет от 4 до 10 на 1000 человек. Эпилепсия ежегодно диагностируется у 2,4 миллиона человек. Во многих странах мира пациенты, страдающие эпилепсией, могут подвергаться стигматизации и дискриминации со стороны общества. Эпилепсия также является заболеванием с высокой степенью инвалидизации. Эпилептическая активность в коре головного мозга разрушительно влияет на биохимическую и биофизическую структуру нейронов, вызывая грубые расстройства со стороны высших корковых функций. В данной статье отражена зависимость когнитивных нарушений от различных аспектов течения эпилепсии.

Ключевые слова. Эпилепсия, когнитивные нарушения.

COGNITIVE DISORDERS IN EPILEPSY

V.I. Larkin, I.N. Stepanov, T.N. Negri, A.I. Bistrushkina

Resume. Epilepsy – a chronic non-infectious neurological disease, which manifests itself in predisposition to the emergence of recurrent attacks. The attacks are diverse in nature with varying degrees of impaired consciousness. According to WHO, worldwide approximately 50 million people suffer from epilepsy. Proportion of population with active epilepsy at any given time is between 4 to 10 per 1,000 people. Epilepsy is diagnosed in 2.4 million people annually. In many countries, people with epilepsy can be stigmatized and discriminated against by society. Epilepsy is also a disease with a high degree of disability. Epileptic activity in the cerebral cortex destructive effect on the biochemical and biophysical structure of neurons, causing rough disorders of higher cortical functions. This article reflects the dependence of cognitive impairment from a variety of aspects of epilepsy.

Keywords. Epilepsy, cognitive impairment.

Актуальность. Эпидемиологические исследования показывают, что эпилепсия представляет одно из наиболее распространенных психоневрологических заболеваний с определенными психическими нарушениями. Изучение нарушений функций высшей нервной деятельности при эпилепсии остается актуальной проблемой в современной неврологии и психиатрии. Течение эпилепсии отражается как на общем состоянии пациента, так и на возникновении нарушений со стороны мнестико-интеллектуальной, поведенческой психической деятельности. На тяжесть нарушений со стороны высшей нервной деятельности может влиять как само течение эпилепсии (вид эпилептических приступов, их частота, возраст дебюта эпилепсии), так и некоторые виды противоэпилептических препаратов и их дозировка, которые также могут оказывать свое негативное влияние на когнитивные функции человека. К наиболее частым проявлениям когнитивной дисфункции при эпилепсии относятся депрессия, нарушения памяти, внимания и брадифрения в межприступном периоде. Замедление всех психических процессов и склонность к торпидности и вязкости у больных эпилепсией вызывает затруднения в накоплении нового опыта, снижение комбинаторных способностей и ухудшение воспроизведения ранее приобретенной

информации. В патогенезе упомянутых нарушений важную роль играют различные факторы: органические повреждения структур мозга, нейрональная дисфункция, межприступная эпилептическая активность, повторные припадки, а также прием определенных противоэпилептических препаратов, которые приводят к аггравации приступов. В настоящее время продолжается дискуссия о роли каждого фактора в развитии когнитивных нарушений при эпилепсии. У больных, у которых удалось полностью подавить припадки препаратами и достичь ремиссии, наблюдается повышение уровня интеллекта. При формах эпилепсии, резистентных к фармакологическому лечению, наблюдаются более низкая эффективность когнитивных функций.

Для установления статистически достоверных корреляций необходим сбор информации по всему миру и как можно у большего числа пациентов. Продолжаются поиски оптимальных методов лечения: противоэпилептических препаратов, оперативных методов лечения, которые бы не оказывали выраженного деструктивного влияния на высшую нервную деятельность, при этом эффективно устраняющих симптомы эпилепсии.

Цель: изучение зависимости между тяжестью нарушения когнитивных способностей у пациентов с эпилепсией и течением болезни.

Задачи: Проанализировать степень когнитивных нарушений у людей, с диагнозом «эпилепсия». Проанализировать зависимость степени когнитивных нарушений с видом эпилепсии, длительностью ее течения, частотой приступов, возрастом начала эпилепсии, с видом проводимого лечения. Определить структуру психических изменений у пациентов с эпилепсией в сравнении со здоровыми.

Материалы и методы исследования

Были проанализированы истории болезней 70 пациентов, с диагнозом «эпилепсия», а также, с согласия пациентов, проведена оценка когнитивных функций с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций, теста Струпе, теста Шульце, теста на эмоциональный интеллект.

Также тесты Шульце, Струпе и Холла были предложены группе из 70 человек без диагноза «эпилепсия» и без упоминания в анамнезе о каких либо психических заболеваниях и расстройствах.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций способна выявить даже самые легкие отклонения в когнитивной сфере. Пациентам предлагались ряд заданий, которые после выполнения оценивались с помощью системы баллов, приложенной к заданиям.

Тест Шульце позволил определить устойчивость внимания и динамику работоспособности – эффективность работы, степень вработываемости, психическую устойчивость. Испытуемым предлагались 5 таблиц, на которых были числа от 1 до 25, расположенные в произвольном порядке. Испытуемого просили показать и назвать числа в таблице в правильном порядке. Учитывалось время выполнения задания по каждой таблице и количество ошибок.

Затем были рассчитаны такие показатели как эффективность работы (ЭР), степень вработываемости (ВР) и психическая устойчивость (ПУ).

Эффективность работы (ЭР) вычислялась по формуле: $ЭР = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5$, где

T_x – время работы с x -той таблицей.

Оценка ЭР (в секундах) производится в баллах от 1 до 5.

Степень вработываемости (ВР) высчитывается по формуле:

$$ВР = T_1 / ЭР.$$

Результат меньше 1,0 – показатель хорошей вработываемости. Чем выше 1,0 данный показатель, тем больше времени испытуемому требуется для подготовки к основной работе.

Психическая устойчивость (ПУ) вычисляется по формуле:

$$ПУ = T_4 / ЭР.$$

Показатель результата меньше 1,0 говорит о хорошей психической устойчивости, соответственно, чем выше данный показатель, тем хуже

психическая устойчивость испытуемого к выполнению заданий.

Тест Струпе — гибкость (ригидность) познавательного контроля, а также преобладание в группе словесно-речевого или сенсорно-перцептивного способа обработки информации.

Испытуемым предлагались 3 карты. На первой карте черным шрифтом написаны 100 названий цветов, на второй – 100 квадратов различных цветов, на третьей – карта из 100 слов, напечатанных шрифтом, не соответствующим значениям цветов. Далее пациентам предлагалось на первой карте прочитать названия цветов, на второй – назвать цвета квадратов, на третьей – назвать цвет шрифта, которым написаны названия цветов. На выполнение каждого задания засекалось время, затем высчитывались следующие показатели: ригидности/гибкости контроля, вербальность.

Ригидность /гибкость контроля – это разница во времени выполнения третьей (ТЗ) и второй (Т2) карт в виде $T_3 - T_2$. Чем больше эта разница, тем более выражена ригидность познавательного контроля.

Вербальность – соотношение времени выполнения второй (Т2) и первой (Т1) карт в виде T_2 / T_1 . Высокие значения этого показателя свидетельствуют о преобладании словесного способа переработки информации, низкие — сенсорно-перцептивного.

Тест на эмоциональный интеллект – способность правильной интерпретации эмоционального состояния человека по выражению его лица. Испытуемым показывали 5 картинок с изображением лиц, выражающих различные эмоции. Каждый правильный ответ оценивался в 1 балл.

Результаты исследования.

В ходе исследования было опрошено и протестировано 70 человек; из них с идиопатической эпилепсией 27 человек, с симптоматической 38 человек, с криптогенной эпилепсией – 5 человек

В результате анализа было установлено, что среди пациентов с идиопатической эпилепсией у 9 (33%) пациентов когнитивных нарушений не выявлено, у 18 (67%) пациентов выявлены когнитивные нарушения различной степени. Легкие когнитивные нарушения у 7 (26%) пациентов, умеренные когнитивные нарушения у 6 (22%) пациентов, тяжелые у 5 (19%) пациентов.

Среди пациентов с симптоматической эпилепсией у 5 (13%) человек когнитивных нарушений не выявлено, у 5 (13%) человек легкие когнитивные нарушения, у 13 (34%) пациентов умеренные когнитивные нарушения, у 15 (40%) пациентов тяжелые когнитивные нарушения.

У пациентов с криптогенной эпилепсией выявлено 3 (60%) пациента без когнитивных нарушений и 2 (40%) пациента с умеренной формой когнитивных расстройств (рис. 1).

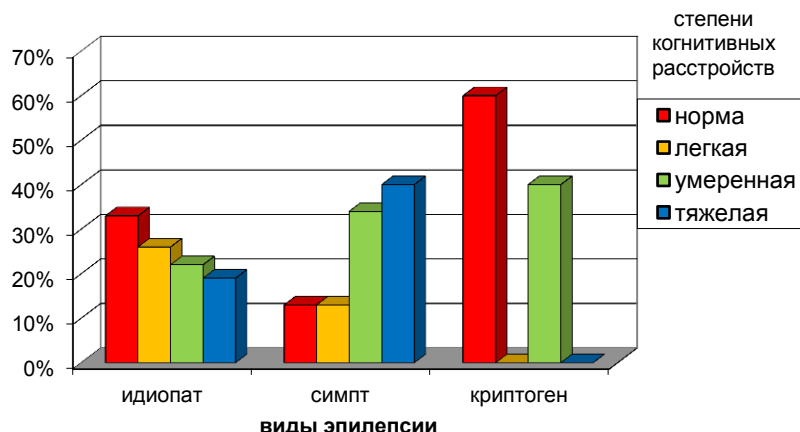


Рисунок 1. Зависимость степени когнитивных расстройств от вида эпилепсии

При анализе зависимости когнитивных расстройств от длительности эпилепсии без ремиссий было проведено распределение пациентов по группам: длительность заболевания менее 3 лет (9 человек), от 4 лет до 10 лет (20 человек), от 11 до 20 лет (21 человек), от 21 года и более (20 человек).

По результатам обследований было установлено, что в группе пациентов, состоящих на учете с диагнозом эпилепсии менее 3 лет: не имеют когнитивных расстройств 4 (44%) пациента, имеют умеренные когнитивные нарушения также 4 (44%) пациента, с тяжелыми когнитивными нарушениями 1 (11%) пациент.

У пациентов с длительностью эпилепсии от 4 до 10 лет следующее распределение: 6 (30%) пациентов не имеют когнитивных нарушений, 6 (30%) пациентов с легкими когнитивными нару-

шениями, 4 (20%) пациента с умеренными когнитивными нарушениями, 4 (20%) пациентов с тяжелыми когнитивными нарушениями.

В группе пациентов с длительностью эпилепсии от 11 до 20 лет: без когнитивных нарушений 6 (28%) пациентов, с легкими когнитивными нарушениями 3 (14%) пациента, с умеренными когнитивными нарушениями 4 (20%) пациента, с тяжелыми когнитивными нарушениями 8 (38%) пациентов.

В группе пациентов с длительностью эпилепсии более 21 года: без когнитивных нарушений 1 (5%) пациент, легкими когнитивными нарушениями 3 (15%) пациента, с умеренными когнитивными нарушениями 9 (45%) пациентов, с тяжелыми когнитивными нарушениями 7 (35%) пациентов. (рис. 2).

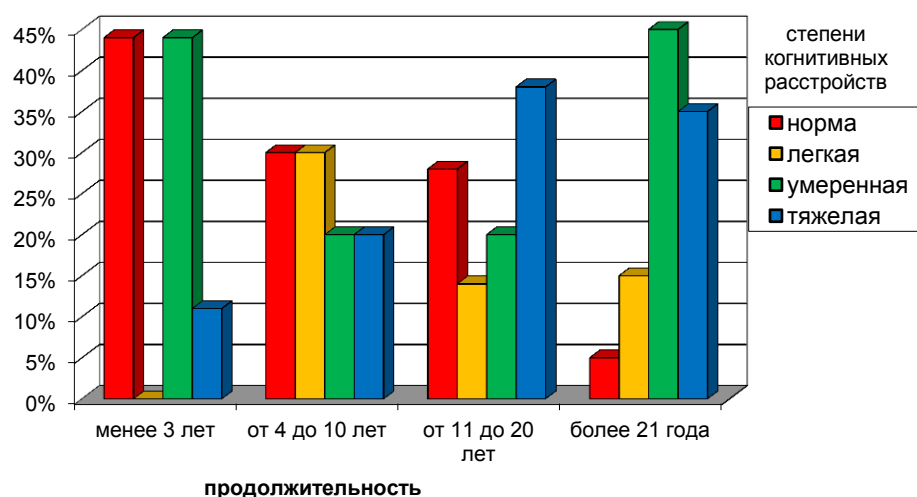


Рисунок 2. Когнитивные нарушения и продолжительность течения эпилепсии.

Анализируя зависимость когнитивных нарушений у пациентов с эпилепсией от частоты эпилептических приступов, следует разделить пациентов на группы по частоте приступов: паци-

енты с редкими приступами (1 раз в месяц и меньше), с частыми приступами (до 2 раз в неделю) и пациенты с ежедневными приступами. Из

70 пациентов редкие приступы случаются у 17 пациентов, частые у 46, ежедневные у – 7.

С редкими приступами у 11 (65%) больных нет когнитивных нарушений, у 4 (24%) – легкие нарушения, у 2 (11%) – умеренные. В группе пациентов с частыми эпилептическими приступами у 6 (13%) пациентов нет когнитивных наруше-

ний, 8 (17%) пациентов имеют легкие когнитивные нарушения, 19 (41%) пациента с умеренными когнитивными нарушениями, 13 (29%) пациентов с тяжелыми когнитивными нарушениями. В группе пациентов с ежедневными эпилептическими приступами у 7 пациентов – тяжелые когнитивные нарушения (рис. 3).

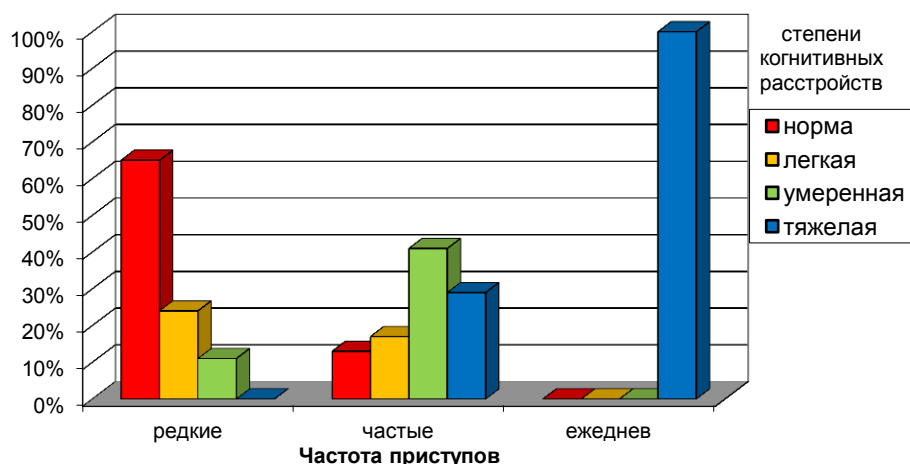


Рисунок 3. Когнитивные расстройства и частота эпилептических приступов

По возрасту начала эпилепсии пациенты также были разделены на несколько категорий: пациенты с дебютом до года – 3 испытуемых, пациенты с дебютом в детском возрасте (1 – 12 лет) – 24 испытуемых, в юношеском возрасте (12-18 лет) – 8 испытуемых, в зрелом (18 - 55 лет) – 29 испытуемых, в пожилом (55 лет и старше) – 6 испытуемых. Среди пациентов, у которых эпилепсия зарегистрирована с младенческого возраста, у 3 пациентов выявлено тяжелое нарушение когнитивных функций. У пациентов с началом в детском возрасте у 2 (8%) пациентов когнитивные нарушения не выявлены, у 7 (29%) пациентов легкие, у 5 (21%) – умеренные, у 10 (42%) – тяжелые когнитивные нарушения.

У пациентов с началом эпилепсии в юношеском возрасте у 5 (63%) пациентов когнитивных нарушений не выявлено, у 1 (13%) пациента умеренные когнитивные нарушения, у 2 (24%) пациентов тяжелые когнитивные нарушения. У пациентов с началом эпилепсии в зрелом возрасте у 9 (31%) пациентов когнитивных нарушений не выявлено, у 3 (10%) пациентов легкие когнитивные нарушения, у 15 (52%) – умеренные, у 2 (7%) тяжелые нарушения. Среди пациентов с началом эпилепсии в пожилом возрасте у 1 (17%) пациента когнитивных нарушений не выявлено, у 2 (33%) пациентов когнитивные нарушения легкой степени, у 3 (50%) – тяжелой (рис. 4).

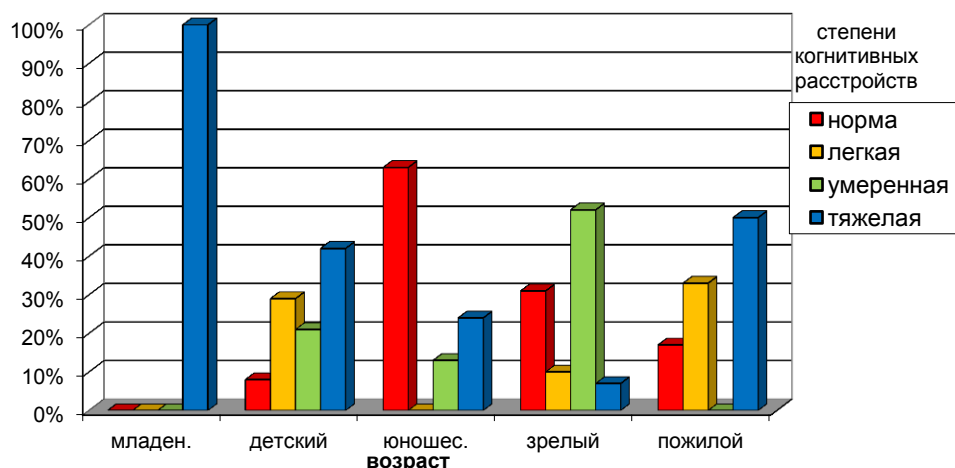


Рисунок 4. Когнитивные нарушения и возраст дебюта эпилепсии

Также была проанализирована зависимость когнитивных расстройств от проводимого лечения. Комбинированную терапию противосудорожными препаратами получают 53 пациента, из них 5 (9%) пациентов не имеют когнитивных нарушений, 8 (15%) пациентов имеют легкие ко-

гнитивные нарушения, 20 (38%) пациентов – умеренные и 20 (38%) пациентов тяжелые когнитивные нарушения. Монотерапию получают 17 пациентов. Из них у 12 (70%) больных нет когнитивных нарушений, у 4 (24%) легкие, у 1 (6%) – умеренные когнитивные нарушения (рис.5).

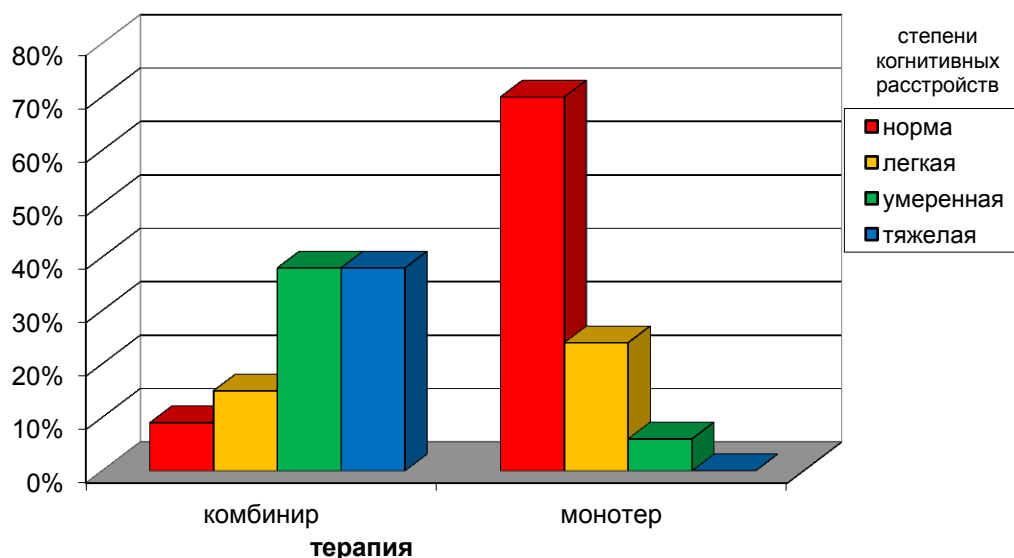


Рисунок 5. Когнитивные нарушения и противосудорожное лечение

С помощью проведенных тестов мы смогли оценить качественные изменения психических функций у пациентов с эпилепсией. С помощью теста Шульте можно оценить степень отклонения функций внимания. Для этого после проведения теста были установлены несколько показателей. По данным тестирования у 5 (7%) пациентов эффективность работы составила 30 секунд и менее

(оценка 5 баллов), у 12 (17%) пациентов от 31 до 35 секунд (4 балла), у 13 (19%) пациентов от 36 до 45 секунд (3 балла), у 21 (30%) пациент от 46 до 55 (2 балла), 17 (24%) пациентов от 56 секунд и более (1 балл). Остальные из 70 пациентов с заданием не справились (2 пациента – 3%). Обобщенные данные представлены на рисунке 6.

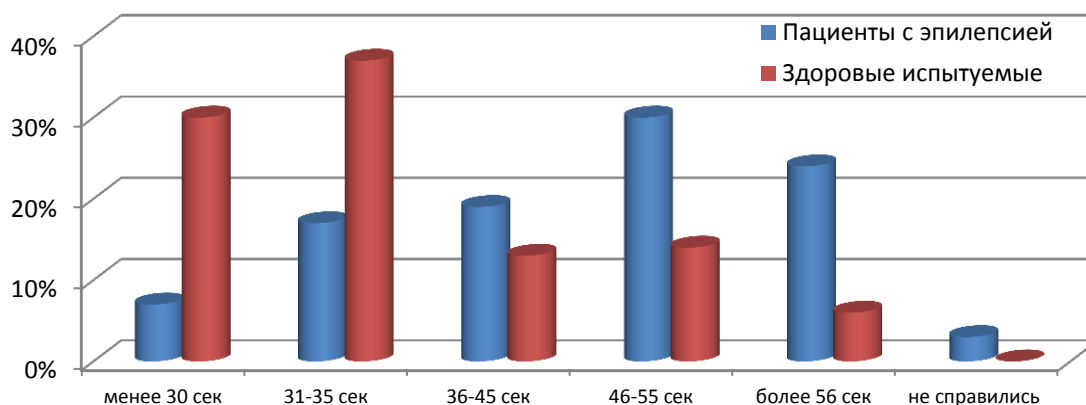


Рисунок 6. Динамика работоспособности по данным таблицы Шульте у больных эпилепсией и здоровых испытуемых.

По показателю вработываемости пациенты, выполнившие задание (68 человек), разделились по следующим категориям: $BP \leq 1,0$ у 17 человек (25%), $BP \geq 1,0$ у 51 человека (75%).

По показателю психической устойчивости пациенты, выполнившие задание разделились по следующим категориям: $ПУ \leq 1,0$ у 27 (40%) человек, $ПУ \geq 1,0$ у 41 (60%) человек.

В группе из 70 человек, без диагноза эпилепсии были подсчитаны следующие результаты эффективности работы. У 21 (30%) здоровых испытуемых эффективность работы составила 30 секунд и менее (оценка 5 баллов), у 26 (37%) человек от 31 до 35 секунд (4 балла), у 9 (13%) от 36 до 45 секунд (3 балла), у 10 (14%) человек от 46 до 55 (2 балла), 4 (6%) от 56 секунд и более (1 балл).

По показателю вработываемости группа из 70 человек без эпилепсии разделились по следующим категориям: $BP \leq 1,0$ у 67 человек (96%), $BP \geq 1,0$ у 3 человека (4%).

По показателю психической устойчивости пациенты, выполнившие задание разделились по следующим категориям: $ПУ \leq 1,0$ у 29 (41%) человек, $ПУ \geq 1,0$ у 41 (59%) человека.

Также с помощью теста Струпе удалось определить показатели гибкости (ригидности) познавательного контроля у лиц, больных эпилепсией. Из 70 человек, которым было предложено пройти тестирование, с ним не справились 10 человек (14%).

Среди испытуемых с эпилепсией ригидный познавательный контроль был выявлен у 35 человек из 60 (58%). Гибкий познавательный контроль у 25 человек (42%). Словесно-речевой способ переработки информации у 54 человек из 60 (90%), сенсорно-перцептивный способ переработки информации у 6 человек (10%).

Все здоровые испытуемые справились с предложенным тестом. Ригидный познавательный контроль был выявлен у 12 человек из 70 (17%). Гибкий познавательный контроль у 58 человек (83%). Словесно-речевой способ переработки информации у 55 человек из 70 (79%), сенсорно-перцептивный способ переработки информации у 15 человек (21%).

Результаты теста на эмоциональный интеллект (распознавание эмоций) оценивался по пятибалльной шкале. Среди больных эпилепсией 2 человека с данным тестом не справились. Таким образом из 68 человек у 17 (25%) человек тест выполнен на 5 баллов, 10 (15%) на 4 балла, 14 (21%) на 3 балла, 7 (10%) на 2 балла, 20 (29%) человек на 1 балл.

Среди испытуемых без эпилепсии все 70 человек справились с данным тестом. Таким образом у 26 (37%) человек тест выполнен на 5 баллов, у 35 человек (50%) на 4 балла, 7 человек (10%) на 3 балла, и 2 (3%) человека на 2 балла.

Выводы

На основании данных, полученных в ходе исследования наиболее тяжелые когнитивные нарушения были выявлены у пациентов с симптоматической эпилепсией, с продолжительностью течения эпилепсии от 11 до 20 лет, с ежедневными приступами, и началом эпилепсии в младенческом возрасте.

У пациентов с криптогенной эпилепсией, с продолжительностью течения эпилепсии менее 3 лет, с редкими эпилептическими приступами и началом эпилепсии в юношеском возрасте когнитивных нарушений не выявлено, либо выявлены легкие нарушения.

Анализируя данные можно сказать, что симптоматическая эпилепсия протекает более злокачественно, чем идиопатическая или криптогенная. Вероятнее всего, на нарушение когнитивных функций в данном случае влияют дополнительные факторы, которые и стали причиной эпилепсии (черепно-мозговые травмы, оперативные вмешательства на головном мозге, нарушение мозгового кровообращения).

Чем длительней течет эпилепсия без ремиссий, тем сильнее поражены когнитивные способности пациента. Клинико-медикаментозная ремиссия и ремиссия по ЭЭГ не является гарантом того, что когнитивные функции пациента не продолжают ухудшаться, поскольку с помощью современных методик невозможно достоверно сказать, о том, что эпилептическая активность отсутствует на протяжении всего периода ремиссии.

Из данных исследования видно, что раннее начало эпилепсии влечет за собой наиболее грубые нарушения психических функций. Чем в более младшем возрасте у ребенка начались эпилептические припадки, тем сильнее отстает ребенок в развитии. Низкий процент когнитивных расстройств у пациентов с эпилепсией, начавшейся в юношеском возрасте, может говорить о том, что на данном этапе развития основная часть навыков уже заложена. В то же время у этих больных познавательные функции относительно сформированы, чтобы компенсировать когнитивные расстройства, которые возникли из-за эпилепсии. В пожилом возрасте процент тяжелых и умеренных когнитивных расстройств также высок. Возможно, это связано с тем, что у пожилых людей высок процент сопутствующих заболеваний, в том числе и сердечно-сосудистых, которые сами по себе способны снижать когнитивные функции пациента.

Разрушающее действие эпилептической активности на нейроны можно оценить при сравнении частоты приступов и степени когнитивных нарушений. Чем чаще приступы, тем сильнее когнитивные расстройства.

Что касается данных, полученных при сравнении вида лекарственной терапии и степени когнитивных расстройств, то нельзя с уверенностью сказать, что именно монотерапия ПЭП вы-

зывает менее значительные когнитивные расстройства, а комбинированная терапия ПЭП в большей степени вызывает когнитивные изменения. Дело в том, что комбинированная ПЭП терапия изначально назначается пациентам с тяжелым и злокачественным течением эпилепсии. И по мере улучшения состояния пациента, снижения частоты приступов, некоторые препараты отменяются, пациент по возможности переводится на монотерапию.

Анализируя результаты тестов пациентов с диагнозом «эпилепсия» и здоровых лиц удалось выделить некоторые различия. Так у больных выявлено некоторое снижение эффективности работы в тесте Шульте по сравнению с контрольной группой, более высокие показатели вработываемости и психической устойчивости. Это говорит о том, что пациентам с эпилепсией необходимо больше времени для того, чтобы приступить к работе, внимание у данных пациентов нестойко, им свойственна быстрая утомляемость при выполнении данного тестирования.

При выполнении теста Струпе выяснилось, что ригидный познавательный контроль встречался чаще у респондентов с эпилепсией, чем в группе без данного диагноза. Словесно-речевой способ переработки информации преобладал над сенсорно-перцептивным в обеих группах. Это свидетельствует о довольно низкой автономии данных видов восприятия. У больных эпилепсией понимание чужих эмоций несколько снижено, что может мешать им в установлении межличностных контактов и развернутых форм коммуникативной активности.

Для больных эпилепсией характерны снижение внимания, долгое вработывание, малая психическая устойчивость к умственным нагрузкам и, как следствие, низкая эффективность работы. Для данной группы людей характерен ригидный контроль познания, им сложно быстро переключаться от одного занятия к другому. Отмечаются сложности в понимании чужих эмоций.

Данные результаты можно учитывать для социальной и профессиональной реабилитации пациентов с эпилепсией.

Литература

1. Броун Т.Р., Холмс Г.Л., Эпилепсия. Клиническое руководство/ Пер. с англ. М.: «Издательство БИНОМ», 2014. - 280 с., ил.
2. Дубенко А.Е., Коростий В.И., Герасимов Б.А. Клинические и патопсихологические особенности когнитивных нарушений у пациентов с различными клиническими формами эпилепсии / Дубенко А.Е., Коростий В.И., Герасимов Б.А. // Эпилептология в системе нейронаук. Сборник материалов. – 2015 – С.83
3. Карлов В.А. Развивающийся, инволюционирующий мозг, цереброваскулярные заболевания и эпилепсия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2009. – № 109(3). – С. 4–7.
4. Костылев А.А., Пизова Н.В., Пизов Н.А. Когнитивные нарушения при эпилепсии. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013 – № 4. – 66–70.
5. Сазонов С.А., Бабкина Ю.А., Сухонослова О.Ю. Создание регистра больных эпилепсией как эффективный способ повышения качества медицинской помощи / Сазонов С.А., Бабкина Ю.А., Сухонослова О.Ю. // Эпилептология в системе нейронаук. Сборник материалов. – 2015.- с.81
6. Холодная М. А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. 2-е изд. — СПб.: Питер, 2004. — С. 68-71.
7. Эпилепсия. Информационный бюллетень №999. Февраль 2016. [Электронный ресурс] / Центр СМИ Всемирной организации здравоохранения.- Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/ru/>, свободный. (Дата обращения: 02.08.2016).

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ПСИХИАТРА В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Г.А. Петтай

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2»*

Аннотация. В статье изложен опыт работы врача психиатра в Больнице скорой медицинской помощи. Акцент публикации сделан на непсихотических психических расстройствах. Показана структура психосоматической патологии, дан ее предметный клинико-динамический анализ в контексте личности пациента. Возможность соматической проекции психических факторов должна учитываться врачами всех специальностей. Автор считает, что комплексный синтетический подход к изучению острых и хронических патологических состояний оказывается важным условием повышения эффективности медицинской практики.

Ключевые слова. Врач-психиатр в общесоматической больнице, психосоматические расстройства.

PSYCHIATRIC DISORDERS, PSYCHOSOCIAL FACTORS, PERSONAL FEATURES AND PHYSICAL ILLNESS: PSYCHIATRY EXPERIENCE IN SOMATIC HOSPITAL

G.A. Pettai

Resume. The article describes the doctor's experience in the psychiatric emergency hospital. The emphasis placed on the publication of non-psychotic mental disorders. It is shown that the structure of psychosomatic pathology, given its objective clinical and dynamic analysis in the context of the patient's personality. The possibility of somatic projection mental factors should be considered by physicians of all specialties. The author believes that an integrated synthetic approach to the study of acute and chronic pathological conditions is an important condition for improving the efficiency of medical practice.

Keywords. Psychiatrist in somatic hospital, psychosomatic disorders.

Особенностью пациентов в больницах скорой медицинской помощи является то, что там представлены психосоматические формы психических расстройств, их число составляет 90%, все они относятся к экзогенной природе по своей структуре. И, поскольку, пациенты госпитализируются туда с соматическими жалобами, консультация психиатра воспринимается как угроза потери престижа в глазах окружающих. Боязнь клейма, убежденность в соматическом характере своего страдания, заставляют пациентов отказываться от контактов с психиатром и приема психотропных средств. Сам психиатр

оказывается явлением чужеродным, и сталкивается на первых порах с неправильным отношением к себе как со стороны больных, так и со стороны медицинского персонала.

В соматических больницах и в больницах скорой медицинской помощи представлена и вся внебольничная психиатрия. Нами в течении 2 лет в Больнице скорой медицинской помощи осуществляется консультативная помощь врача-психиатра. За 2014-2015 годы проконсультировано 2580 пациентов. Наиболее часто встречающиеся симптомокомплексы представлены на рисунке 1.



Рисунок 1. Структура психосоматических расстройств в клинической практике (%).

Часто проявления бывают в виде моно-симптомов, которые длятся годами.

Подавляющее большинство больных в клинике сообщают по ходу беседы о более или менее выраженном снижении настроения, о подавленности (как будто что-то мешает в груди, хочется что-то снять с себя, вырвать оттуда) или даже описывают «тоскливость». Многие из этих больных испытывают мучительное чувство «тупой, щемящей тоски, которая нападает на человека в предчувствии загадочной и ничем не мотивируемой угрозы».

Состояние тоски и тревоги носит нередко пароксизмальный характер. Порой буквально на миг «проскакивает» на фоне неплохого, казалось бы, настроения острое чувство невыносимой тоски и тревоги. Больные испытывают нарастающую неуверенность в себе, недовольство собой, неудовлетворенность своим состоянием.

Чаще всего больные очень неохотно признаются в наличии у них тревоги и тоски, но не отрицают обычно постоянной аффективной напряженности, которая все больше захватывает их и не отпускает подчас ни днем, ни ночью даже при полном отсутствии каких-либо видимых к тому причин.

Подавляющее большинство больных рассматривают свое неважное или скверное настроение, тревогу, подавленность, слабость, злость как естественное следствие их еще не распознанного тяжелого соматического страдания. Пациенты, все мысли и чувства которых направлены преимущественно на вопросы здоровья и физиологических отклонений своего организма, высказывают, как правило, лишь соматические жалобы.

Одной из наиболее распространенных масок депрессии различного генеза является проходящее, а нередко хроническое пристрастие к алкоголю. Не менее трагична судьба больных маскированной депрессией, страдающих особой приверженностью к медикаментам. Лекарственная зависимость от тех или иных препаратов (барбитуратов или других снотворных, стимуляторов, анальгетиков и т.д.) нередко представляет собой один из вариантов скрытого расстройства эмоциональной сферы, замаскированной депрессии, при которой индивид стремится получить мимолетное удовольствие вопреки возможности неблагоприятных последствий в будущем и ценой отказа от чувства ответственности взрослого человека. В основе ее лежат подчас попытки самолечения при разочаровании и крушении надежд или тяжелых хронических состояниях депрессии и тревоги, при разрыве или разлуке с близкими, серьезных жизненных трудностях или болезни.

Течение некоторых соматических болезней напрямую связано с психическим состоянием

больных. Депрессивный фон утяжеляет соматическое состояние, приступы более длительные по времени, острые, труднее купируются, в целом соматические расстройства протекают более тяжело.

Медикаментозная терапия зачастую бывает неэффективной, что нередко является причиной недовольства больных, жалоб на врачей. Этот порочный круг, поддерживаемый ипохондрической фиксацией, делает подобных пациентов постоянными посетителями БСМП, где они постоянно обследуются и лечатся. Конфликтные ситуации усугубляют соматическое состояние. Особенностью этих пациентов является то, что при осмотре они не отвечают на вопросы, а стереотипно высказывают то, что считают для себя важным и нужным, всегда стараются связать свое состояние с каким-либо раздражителем, с психогенной ситуацией. Эти больные требуют к себе особого внимания и отношения, усердно читают медицинскую литературу по поводу своего заболевания. Для депрессий у пациентов с соматическими заболеваниями характерны следующие особенности:

- суетливость, рассеянность,
- агрессия, особенно у пациентов пожилого возраста,
- может быть отсутствие интереса к своей болезни, пациент ни о чем не спрашивает, контакт с врачом носит формальный характер,
- неугомонность, потребность в общении, бесчисленные жалобы и «уход в болезнь»,
- неудовлетворенность собой,
- внутреннее напряжение, беспокойство, тревоги, фобии.

Один из первых признаков депрессии – нарушение сна.

Меняется характер таких больных: они становятся сварливыми, недоверчивыми, все меньше и меньше доверяют врачу, снижается трудоспособность, энергетический потенциал. Нарастает психосоматический синдром, депрессивно-ипохондрический синдром приобретает склеротические черты. Пациенты назойливы, у них появляется установка на какие-либо определенные лекарственные средства, которые им «не хотят назначать врачи», нарастает раздражительность, возбудимость, конфликтность, обвинения врачей «в нежелании признать их тяжесть состояния», «в нежелании признать их прежние заслуги», нередко преувеличенные.

Эмоциональный фон напрямую влияет на течение болезней сердечно-сосудистой системы, так при благополучной жизни, болезнь переносится легче. Беспечность, «чудесный фон настроения», отсутствие жалоб, то есть психическое состояние неадекватное соматическому состоянию больного ведет к быстрому выздоровлению, сокращению сроков стационарного лечения.

Подавленность, печаль, неустроенность личной жизни, конфликты на работе, утяжеляет течение болезни, замедляет выздоровление, и часто становится единственной причиной задержки выздоровления.

В течении психосоматических заболеваний имеют большое значение:

- личностные особенности,
- когнитивные способности,
- психопатоподобные нарушения,
- снижение общего жизненного тонуса,
- экзогенные воздействия – инфекция, алкоголь, соматотропные препараты.

Из клинических наблюдений личностные особенности пациентов занимают не последнее место в течение заболевания и развитии у них депрессивно-ипохондрической симптоматики. Как например, наиболее часто ипохондрическое развитие наблюдается у лиц, все время, вся энергия, все интересы которых были посвящены работе. Волевые, властолюбивые, чрезвычайно стеничные и трудолюбивые с повышенным чувством ответственности, склонные к тревоге и беспокойству, теряют ко всему интерес. Они начинают уделять столько же внимания своему здоровью, сколько ранее ассигновалось подчиненным.

Исходным фоном при вегетососудистой дистонии, гипотонии являются неуверенные в себе астенизированные личности.

Из всех консультируемых пациентов с депрессивно-ипохондрической симптоматикой, только 20% соглашались с психиатром. Они признают, что их соматические болезни связаны с психическим расстройством и соглашались принимать специфическую терапию. Рекомендации пройти лечение у психиатра сами по себе вызывают негативную реакцию, что еще более усугубляет соматическую и психосоматическую патологию. Часто у пациентов появляется страх выписки из стационара. Убеждение врача, что его состояние позволяет лечиться и наблюдаться амбулаторно вызывает неудовольствие. В стенах стационара они отмечают «улучшение», при выписке их домой, вновь появляются прежние жалобы и они возвращаются в стационар.

Оценка психического состояния пациентов в каждом отдельном случае необходимо проводить с учетом структуры личности и ее реакции на болезнь. Данное обстоятельство становится

основой для выбора наиболее рационального лечения.

Все больше становится актуальной связь психиатрической службы с кардиологической, терапевтической, неврологической.

Психогенные болезненные ощущения, не имеющие определенной «отправной точки» в соматической сфере или явно не соответствующие ей по характеру и интенсивности, кажущаяся знакомость этих псевдоорганических жалоб больного и несомненная приближенность клинической картины страдания к подлинным соматическим заболеваниям делают психовегетативную нестабильность причиной диагностических ошибок и бесполезного, если не вредного, лечения.

В процессе лечения пограничных состояний могут использоваться в разных соотношениях почти все психофармакологические препараты – нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, психостимуляторы, нормотимики. При их использовании необходимо оценивать соотношение их клинической эффективности – т.н. «польза лечения» и нежелательное побочное действие – т.н. «риск лечения». Такой подход, связанный со смещением акцента от клинической эффективности лечения на его безопасность более всего актуален в терапии пограничных психических расстройств.

Широкое внедрение психотерапии в соматическую медицину не случайно рассматривается как одна из важнейших задач современного здравоохранения. Решение проблемы психической адаптации соматических больных, более быстрого и полного восстановления трудоспособности может быть эффективно решена в помощи врачей-психиатров. Психиатрия – это не узкая медицинская специальность, не «психиатрия желтых домов», – это медицина большого лечебного и профилактического значения, необходимая любому практическому врачу в его повседневной работе. Возможность соматической проекции психических факторов должна учитываться врачами-не-психиатрами. Именно комплексный, синтетический подход к изучению острых и хронических патологических состояний оказывается важным условием дальнейшего повышения эффективности всей медицинской работы.

СЦЕНАРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ДИНАМИКИ САМОДЕСТРУКТИВНЫХ ПАТТЕРНОВ В СЕМЬЯХ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Меринов А.В.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Аннотация. Работа посвящена изучению такого сценарного механизма как эпискрипт, встречающегося в семьях больных алкогольной зависимостью, его отношения к «внутрисемейным» аутоагрессивным паттернам. Описана динамика отношений в алкогольном браке с учетом дрейфа аутоагрессивных паттернов поведения и изменения наркологических характеристик основного заболевания. Предложены клинические варианты развития эпискрипт-модели сценария семейных отношений. Описанные особенности помогут более гибко строить терапевтическую программу коррекции зависимого и созависимого состояний.

Ключевые слова. Аутоагрессивное поведение, семья больного алкогольной зависимостью, созависимость, сценарий жизни, эпискрипт.

SCRIPT MECHANISM DYNAMICS SELF-DESTRUCTIVE PATTERNS FAMILIES' MEN SUFFERING FROM ALCOHOL DEPENDENCE

Merinov A. V

Resume. The article studies some script mechanisms found in alcoholic's families and known as episcript. The dynamics of relations in alcoholic's family taking into account drift of autoaggressive behavior patterns and changes of narcological characteristics of primary disease have been described. Clinical variants of development of episcript model of family relations have been suggested. The given information can help to make therapeutic correction program of dependent and co-dependent relations more flexible.

Keywords. Autoaggressive behavior, alcoholic's family, co-dependence, script, episcript.

Семьи больных алкоголизмом в последнее время являются предметом пристального внимания со стороны широкого круга исследователей различных специальностей. В контексте аутоагрессии сама алкогольная зависимость и связанная с ней проблематика, считается ярким проявлением аутодеструктивного поведения [1], а неблагоприятный статус жен в подобных браках (в том числе, аутоагрессивные феномены) объясняется патогенным влиянием алкоголизма мужа, что описано в рамках созависимого состояния [2-5]. Однако существуют клинические ситуации, когда данная модель не способна объяснить происхождение и динамику аутоагрессии у членов рассматриваемых семей. Наиболее любопытным вариантом таковой является семейная система, функционирующая в рамках модели эпискрипта (термин, впервые использованный F. English (1969) [6] в рамках транзактного анализа).

Феномен эпискрипта знаком практически всем с детства, так как он находит свое отображение во многих мифах, сказаниях, произведениях художественной литературы. В фольклоре большинства народов есть сказки, описывающие то, как герой был проклят недоброжелательным «духом» в раннем детстве по причинам, часто связанным с его происхождением или обстоятельствами его рождения. Проклятие должно реализоваться через много лет, если только каким-то особым образом герой не уклонится от ужасной судьбы, не перенесет неизбежное на какого-либо,

часто близкого, человека. Так же все жертвоприношения основаны на вере, в то, что первоначальный объект судьбы может быть пощажён, если опасные последствия судьбы или проклятья могут быть перенаправлены на кого-то еще. Таким образом, эпискрипт представляет собой некое деструктивное психическое образование на предсознательном уровне - результат негативного родительского программирования, основанное на магическом предположении, что человек может избежать трагедии, заложенной в деструктивном сценарии, если передаст ее жертвенному объекту [1, 6]. Отмечено, что существуют люди с деструктивным сценарием, которые хорошо функционируют в течение некоторого периода жизни без избавления от него. Обычно это связано с «трансляцией» своего сценария подходящему реципиенту для эпискрипта (обычно это человек, с подвижным недеструктивным сценарием, находящийся в позиции «Я - не ОК, все - ОК») [1]. Вероятно, в ряде случаев, этап «переданного сценария» может длиться очень долго, вплоть до гибели реципиента, либо до момента возвращения эпискрипта первоначальному владельцу деструктивного сценария или иному акцептору.

В своей практической работе нам неоднократно встречались случаи, когда женщина, не имевшая до брака никаких указаний на наличие у нее аутодеструктивных стилей поведения, спустя какое-то время после вступления в брак с мужчиной, страдающим алкогольной зависимостью,

начинает демонстрировать аутоагрессивные паттерны поведения (что на первый взгляд, можно было расценить как реакцию на аддикцию супруга, и связанные с этим проблемы). Однако, на этом фоне, супруг, имевший аутоагрессивные паттерны до этого момента, становится более «благополучным» - у него снижается интенсивность и выраженность антивитаальных проявлений и нередко меняется клиническое течение алкогольной зависимости в положительную сторону. Это продолжается до тех пор, пока акцептор эпикрипта, в данном случае супруга, «полноценно» выполняет свою функцию «страдания за кого-то». В этом контексте нас наиболее интересовала внутрисемейная динамика наиболее фатальных моментов сценария, а именно установок на саморазрушение, как в наиболее классическом варианте (суициды и парасуициды), так и в более широком (несуицидальные формы аутоагрессии).

Материалы и методы исследования

В нашем исследовании с помощью сценарного опросника [7] в ходе полуструктурированного терапевтического интервью для выявления паттернов аутоагрессивного поведения и их предикторов [8] было обследовано 125 семейных пар, где муж страдал алкогольной зависимостью (II стадия заболевания). Параллельно изучались варианты внутрисемейной динамики.

Результаты исследования и их обсуждение

Было обнаружено, что у 49,6% жён мужчин, страдающих алкогольной зависимостью (62 человека), встретились явные указания на присутствие у них деструктивного родительского сценария (послания «Не существуй»), а у 20,8% (26 человек) это послание было ведущим. Можно было предположить, что именно эти женщины будут являться вероятными носителями классических аутоагрессивных модусов поведения, которые были обнаружены у 28,80% респондентов (36 женщин). Однако, у 25% из них (девять женщин) не было обнаружено деструктивных психологических конструкторов. При дальнейшем анализе этих семейных пар (подробное изучение анамнеза, индивидуальной и внутрисемейной динамики саморазрушающих паттернов поведения, наркологических характеристик) в четырёх случаях были обнаружены указания на присутствие механизма эпикрипта. Данный факт, не смотря на кажущуюся редкость и казуистичность, послужил поводом для настоящей работы, поскольку рассматриваемый вариант семейной динамики подразумевает специфические терапевтические и превентологические мероприятия суицидологического плана, а также максимально дифференцированный подход к коррекции зависимого и созависимого состояний. Для иллюстрации мы используем клинические наблюдения, встретившиеся в нашей практике. В этих примерах имеется четкий ретро- и проспективный компонент

наблюдения и элемент завершенности сценарных процессов, имел место элемент возврата эпикрипта («феномен бумеранга»), что делает их наиболее показательными. Еще раз подчеркнем, что все описанные семейные пары радикально не вписывались в общую картину «алкогольного» брака и при детальном, целенаправленном изучении параллельных анамнезов (акцент делался на наркологической и суицидологической составляющей) членов семьи, обнаруживались любопытные особенности, отраженные в предлагаемых ниже клинических примерах. Наиболее типичный, «одноуровневый» пример развития семейной системы с использованием модели эпикрипта отражен в наблюдении № 1.

Наблюдение № 1. Пациент А., 35 лет, диагноз: хронический алкоголизм, II стадия, псевдозапойный тип. Длительность семейной жизни А. составила десять лет, брак единственный, на момент последней терапевтической встречи находился в состоянии развода. А. злоупотреблял спиртными напитками с 17 лет, похмельный синдром сформирован с 21-22 лет. То есть, при вступлении в брачные отношения наш пациент уже имел клинику алкогольной болезни. Алкогольный аутоагрессивный анамнез А. крайне интересен. В 20 лет на фоне алкогольного отравления А. пытался выброситься из окна четвёртого этажа, так как «обиделся на родителей, и они будут рады, если его не станет». Годом позже неоднократно наносил себе самопорезы в области локтевого сгиба и предплечья «просто так», дважды из-за этого был госпитализирован. Пьяный становился агрессивным, провоцировал драки, в результате чего многократно подвергался избиениям, часто с получением черепно-мозговых травм. В армии не служил по причине наличия у него язвенной болезни желудка (которая в основном обостряется после значительных алкогольных эксцессов). За одну неделю до свадьбы, находясь в состоянии сильного алкогольного опьянения, перевернулся на грузовой машине (сам был за рулём). Женится со сломанной рукой. Накануне бракосочетания обещал будущей супруге больше никогда не употреблять спиртных напитков. Слово держал ровно три дня.

Супруга больного А., - В., 36 лет. Выросла в «непьющей семье». Росла всегда здоровой, скромной, «серой мышкой». Со всеми ладилась. До брака никогда не имела суицидальных мыслей, «даже предположить такого не могла». Долгое время не могла выйти замуж, так как «никто настоящему хорошо к ней не относился». В лице будущего мужа встретила мужчину, который «может ее понять и защитить», но «немного пьющего». Решение алкогольных проблем будущего мужа видела как основную для себя задачу. В течение первого года семейной жизни алкоголизация мужа носила прежний деструктивный характер. Через два месяца после свадьбы муж отравился «некачественной водкой», две недели по

этой причине находился в больнице в тяжёлом состоянии, обещал «завязать» с алкоголем, однако возобновил приём спиртных напитков через неделю после выписки из стационара. Через полгода семейной жизни стал часто высказывать идеи необоснованной ревности, на фоне опьянения неоднократно угрожал самоубийством «если жена не изменит к нему отношение», но до реализации суицидальных высказываний дело не доходило. Весь этот год супруга больного А. боролась за здоровье мужа, чувствовала прилив энергии, оптимизм, была уверена, что вот-вот муж исправится. Но, по словам В., внезапно произошёл какой-то надлом - «отчаялась», «поняла, что борьба за мужа проиграна». На этом фоне впервые возникла мысль о насильственном уходе из жизни. Испытывая выраженные депрессивные переживания, В. выпила большое количество различных таблеток. Однако, в какой-то момент «поняла, что сделала глупость» и вызвала у себя рвоту. В последующие 2-3 месяца чувствовала себя все хуже, «вынуждена была» обратиться к врачам. При обследовании обнаружены пиелонефрит в стадии обострения, аднексит, цистит. Длительное время лечилась у различных специалистов, но улучшения были только временные - «стала в поликлинике своим человеком». Чтобы успокоить нервы, стала периодически курить. За время брачной жизни у В. четыре раза были выкидыши на ранних стадиях беременности, в 30 лет возникла внематочная беременность, по поводу чего В. была прооперирована. За последние восемь лет брачной жизни неоднократно возникали суицидальные мысли, считала, что жизнь не удалась и какая-либо перспектива отсутствует. Тем не менее, как отмечает сама В., «дела у мужа поправились», и что любопытно, это улучшение практически совпало с моментом «надлома» жены. А. резко сократил частоту своих выпивок, возникшие запои продолжались максимум 2-3 дня (ранее их продолжительность редко была менее 1-1,5 недель). Как отмечает сам пациент, «стал думать о себе, пугала перспектива умереть пьяным». А. устроился на более высокооплачиваемую работу, помогал односельчанам «строиться», приобрёл автомобиль и т.д. Суицидальных мыслей в последние 7-8 лет семейной жизни не отмечал, считал, что это «было по молодости» и «все прошло». Стал заниматься своим здоровьем, регулярно ходил в баню, зимой купался в проруби - «совсем не болел, закалился». Считал свою супругу «очень болезненной и неуравновешенной женщиной, которая постоянно нуждалась в его заботе и помощи», что постоянно тяготило В. Помимо этого, испытывал переживания по поводу бездетности супруги, что и послужило поводом к разводу, где А. выступил в качестве инициатора. После развода В. «как бы ожила», «груз с плеч свалился». Стала намного лучше себя чувствовать, реже возникали обострения имеющихся соматических заболеваний. Через один год повтор-

но вышла замуж за человека на восемь лет старше ее, алкоголем не злоупотребляющего. По имеющимся данным у В. быстро наступила беременность, закончившаяся рождением здорового ребёнка, браком довольна, считает себя счастливым человеком. А. после развода не употреблял алкогольных напитков на протяжении трёх месяцев, однако «сорвался» и возник самый продолжительный запойный период, длившийся более двух месяцев. На этом фоне вновь отчётливо возникли суицидальные тенденции, считал себя «во всем виноватым», человеком, прожившим жизнь зря. Будучи в состоянии алкогольного опьянения пытался повеситься на рабочем месте, из петли вытащили сослуживцы. Через полгода был уволен с работы «за пьянство», стал жить у родителей, максимальный нетерапевтический светлый промежуток в последующий год не превышал двух недель. Некоторое время спустя, обратился за терапевтической помощью по поводу лечения алкогольной зависимости. При работе с А. у него было диагностировано наличие деструктивного сценарного решения «Не жить», что, и было использовано в комплексной терапии зависимости.

Данный пример является наглядной и наиболее «прозрачной» иллюстрацией реализации «одноуровневого» эпискрипта в семье мужчин, страдающих алкогольной зависимостью. В результате трансляции эпискрипта происходит избавление пациента от его деструктивного сценария, так как находится человек, готовый за него «нести его крест». Данный вариант скорее всего является не таким уж редким явлением, поскольку имеет место недодиагностика подобных состояний в клинической практике (в связи с недостаточной разработанностью тематики).

Безусловно, акцептором эпискрипта может становиться не только супруга больного, но и любой другой член семьи. Более того, движение эпискрипта в ряде случаев имеет гораздо более сложный «многоуровневый» характер, что продемонстрировано в следующем примере.

Наблюдение №2. Больной Б., 47 лет, разноработчий, ранее инженер-технолог. Находился на амбулаторном наблюдении с 1998 по 2008 гг. Диагноз: до 2007 года - алкогольная зависимость II стадия, высокопрогредиентное течение, псевдо-запойный тип злоупотребления алкоголем; с середины 2007 года - алкогольная зависимость III стадия, высокопрогредиентное течение, запойный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия.

Анамнестические сведения: отец пациента злоупотреблял алкоголем, умер в 45 лет «от сердца» после запоя. Раннее развитие без особенностей, третий ребенок в семье, «незапланированный» и впоследствии «нелюбимый». Всегда переживал из-за того, что мать его любит не так силь-

но, как других детей. С успехом окончил школу, учился значительно лучше братьев, единственный поступил в институт и с успехом его закончил. Женился поздно, в 30 лет на женщине с ребенком десяти лет (в принципе, больше ни с кем не встречался, так как всегда «не был уверен в себе, и никому не был нужен»). Срок семейной жизни Б. составил 15 лет, на момент последней встречи находился в состоянии развода.

Наркологический и суицидологический анамнез: Б. первый раз попробовал спиртное в 22 года, злоупотреблять спиртными напитками начал с 26 лет, что связывает с влиянием коллектива, похмельный синдром сформировался к 31 году. Похмельный синдром носит развернутый характер с выраженными соматоневрологическими и психическими компонентами. Опохмеление обязательное. Количественный контроль утрачивается после приема 250 гр. водки, социально-этический контроль резко снижен. Клинически в течении развития алкогольной болезни можно выделить несколько этапов. Первый, или добрачный этап, характеризовал в основном развитие I стадии болезни (26-30 лет) - отмечалось практически ежедневное принятие спиртного в кругу сослуживцев, толерантность достигала 0,5 литров водки, не похмелялся, однако к 29-30 годам заметил отчетливую тягу к спиртному. После вступления в брак не пил порядка четырех месяцев, затем начал пить по 5-7 дней, появился четкий похмельный синдром. В похмельном синдроме был больше представлен психический компонент. Толерантность достигла 1,25 литра в пересчете на водку. Светлые промежутки составляли не более 25-30 дней, в момент запоев не выходил на работу на режимное предприятие, неоднократно имел взыскания, однако руководство не увольняло «ценного сотрудника». Достаточно часто на фоне похмелья возникали мысли о собственной ничтожности, бессмысленности существования, неоднократно обдумывал способ ухода из жизни, и в 1993 году совершил попытку самоповешения находясь в состоянии легкого алкогольного опьянения (спасли соседи, о суициде ничего сам не помнит). Многократно употреблял различные суррогаты алкоголя, весьма опасные для жизни, которые находил на производстве. Данный период длился до возраста 32 лет. Третий период, продлившийся 32 по 35 характеризуется «спонтанным» улучшением течения алкоголизма. Запой стали возникать в среднем раз в три месяца, длились не более двух дней. Толерантность не более 0,75 литров водки. С этим периодом связан и основной производственный рост - занял пост начальника большого подразделения завода. Четвертый этап (возраст 36-38 лет) - спонтанное, без лечения полное прекращение употребления алкоголя. Этот период пришелся на 1998 год, когда он обратился к наркологу по поводу лечения приемного сына от героиновой зависимости, которое было начато и

продолжалось порядка года. После успешного лечения сына, прекратившего употребление ПАВ и поступления его в ВУЗ, для Б. начался пятый этап в развитии алкогольной зависимости. С 39 лет Б. снова начал принимать алкогольные напитки и клинически этот период был очень похож на третий (короткие, редкие запои; средняя толерантность; длительные светлые промежутки; отсутствие социального снижения), однако впервые стал агрессивным в отношении супруги, без повода ревновал ее, неоднократно бил. Этот период длился до 2007 года, когда супруга подала на развод и развелась с ним. Шестой этап (послеразводный) - часть 2007 и 2008 год. Диагноз - алкогольная зависимость, III стадия, высокопрогредиентное течение, постоянный тип злоупотребления алкоголем, алкогольная энцефалопатия, хронический гепатит смешанной этиологии (вирусный и токсический), стадия умеренного обострения. Токсическая миокардиодистрофия (диагноз выставлен при осмотре врачом наркологом в реанимационном отделении, после отравления неизвестной спиртосодержащей жидкостью). С работы «сократили» в начале 2007 года, с тех пор пил практически каждый день, жил один в родительском доме. Толерантность до 0,5 литров в пересчете на водку, пил преимущественно крепленые вина и самогон. Не следил за собой. Периодически подрабатывал разнорабочим на оптовой базе. Многократно угрожал бывшей жене и тетке суицидом, который впоследствии совершил в 2008 году (самоповешение). В суицидальной записке содержалась одна просьба - сжечь его после смерти, адресована, кстати, к умершей за два года до этого матери.

М., 46 лет, бывшая супруга Б. По профессии экономист. Работает по специальности. Наблюдалась амбулаторно в 1998-2006 гг. по поводу смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F-41.2 по МКБ-10) с выраженными суицидальными тенденциями в рамках терапии созависимого поведения в отношении мужа и сына.

Анамнестические сведения: Единственный ребенок в семье. Отец злоупотребляет алкоголем, инвалид первой группы после перенесенного инсульта. Родилась недоношенной. Росла тихой и болезненной. Отец очень строго относился к дочери, будучи пьяным, избивал мать и выгонял их на улицу, часто ночевали у соседей. Школьные годы без особенностей, была сверхответственная. С успехом окончила институт. В институте вышла за-муж, так как забеременела. В браке прожила 1,5 года, затем брак распался из-за «пьяных гулянок мужа», думала, что замуж больше не выйдет. Однако, в 29 лет на предприятии встретила Б. с которым через полгода оформили брачные отношения. Знала, что Б. «выпивает», тем не менее, в остальном он казался положительным и «ведомым», была уверена, что пить он прекратит. После брака, действительно, муж почти полгода не пил. Затем последовали два года «алкогольного

ада», муж пил длительными запоями, постоянно прогуливал ответственную работу, «попросту спивался», постоянно высказывал суицидальные мысли и совершил одну суицидальную попытку. Этот период М. характеризует как «этап борьбы и разочарований». Трижды пыталась лечить мужа («кодирование», «подшивание»), ремиссии не превышали 1-3 месяцев. Однако все это время чувствовала «прилив сил», своей особенной значимости для мужа, готова была «горы свернуть».

Суицидологический анамнез: до второго брака никаких значимых для суицидологического анализа моментов не отмечалось. Характеризовала себя как крайне жизнерадостного, позитивного человека, которого не могли смутить никакие бытовые трудности. После проблем с алкоголем первого мужа дала себе зарок близко не подходить к пьющим мужчинам. Как так получилось, что второй муж тоже оказался больным алкоголизмом рационально объяснить затрудняется, «была уверена, что они разные». Крайне негативно относилась к идее насильственного ухода из жизни, так как в школе старшекласница покончила с собой, вызвав у М. «бурю непонимания».

После суицидальной попытки мужа (1993 год), которая последовала спустя один месяц после очередного «кодирования», впервые в жизни испытала отчаяние, безнадежность. В это же время впервые «ниоткуда» возникли отчетливые суицидальные мысли, хотела умереть, представляла картину собственной смерти и похорон, жалела себя. Однако, чувствовала, что ничего с собой не сделает, так как у нее есть прекрасный сын. Последующие 3-4 года «не узнавала себя»: стала болезненной, депрессивной, начала курить (хотя раньше крайне негативно относилась к этому). Подруги говорили, что ее подменили. Стала постоянной клиенткой поликлиники (часто обостряющийся пиелонефрит, стенокардия, мелкоузловой зоб щитовидной железы, синдром раздраженной толстой кишки). Часто фантазировала на темы собственной смерти, подавляющее время была тоскливой, подавленной. Минимум трижды серьезно обдумывала вариант реализации самоубийства, но об этом никому не рассказывала. Стала «обузой» для мужа и сына, которому к этому времени исполнилось 15 лет. В 1995 году после психотравмирующей ситуации на службе и ссоры с мужем, выпила горсть разных таблеток, спустя 15 минут началась самопроизвольная рвота, что спасло ей жизнь (суицидальную попытку от мужа и сына утаила), пообещав себе впредь никогда ничего подобного не совершать, однако мысли о том, что возможно было бы лучше тогда умереть периодически возникали. Этому периоду четко соответствует третий период наркологического анамнеза мужа, когда он спонтанно практически прекратил выпивки, всю свою энергию посвящал работе и заботе о соматическом состоянии супруги.

Е. 27 лет, сын М. Наблюдался амбулаторно с мая 1998 по июнь 1999 года с диагнозом героиновая наркомания, когда ему было 17-18 лет.

Анамнестические сведения: родился от первого брака М., с биологическим отцом никогда не общался. Раннее развитие без особенностей. Ростим, безынициативным и подчиняемым ребенком (со слов педагогов). При этом пользовался безграничной любовью матери, которая его боготворила. Повторный брак матери воспринял в «штыки», долго не мог поладить с отчимом. Особенного его раздражала его привычка «плохо обращаться с мамой», когда тот был нетрезвый. Был свидетелем суицида отчима, когда его спас сосед, вытащив из петли. Любил читать, особенно приключенческую литературу. Хорошо помнит момент, когда «мама вдруг изменилась», из всегда веселой, заботящейся и любящей, вдруг стала вся «усталой», стала часто и подолгу болеть, меньше времени уделяла сыну, что вызывало у него обиду и злость на отчима «от которого все и произошло». Стал чаще бывать в дворовой компании.

Наркологический анамнез: в 13 лет впервые попробовал спиртное, стал курить. Но старался не появляться дома с запахом сигарет или спиртного, чтобы не расстроить мать. К наркотикам, тем не менее, в этот период относился крайне отрицательно, хотя его друзья часто курили «травку». До 15 лет от их приема отказывался. Хорошо помнит день, когда первый раз попробовал героин. Отчим накричал на мать, говорил, что она «больная вся», что он еще молодой и найдет себе другую. Е. был свидетелем этой сцены, пережил ее очень тяжело, готов был убить отчима. Вечером этого же дня выступил инициатором приобретения и приема героина. Через 3 месяца регулярно употреблял героин. Спустя 2 месяца про это узнали родители, рассказал сам – назло отчиму.

Наркологическая и суицидологическая семейная динамика с момента идентификации Е. как героинового наркомана: этот период (с 15,5 до 18 лет) характеризуется постоянной борьбой с болезнью родителями при выраженной пассивной позиции ребенка, который длительное время продолжал наркотизацию в «ужасной» по его словам компании (где были несколько человек ВИЧ-инфицированы). Знал, что может заразиться, но «было все равно», хотя раньше никаких антивиальных паттернов не демонстрировал.

В это время значительно поменялись оба родителя. Для отчима этот период соответствовал четвертому периоду его алкогольного анамнеза (спонтанное, длительное прекращение употребления алкоголя), все силы посвящал попыткам лечения ребенка, испытывал угрызения совести по поводу того, что не смог стать хорошим отцом. Мать снова стала прежней, стеничной и гиперзаботящейся. Неоднократно обращались за наркологической помощью, однако обычно дело дальше детоксикации не шло. Характерно, что, не смотря на очевидные неудачи в лечении, ни Б., ни

М., за это время не отмечали каких-либо аутоагрессивных тенденций. М. с удивлением для себя заметила, что практически вся соматическая патология исчезла, вновь появилось ощущение жизни, собственной необходимости. Это продолжалось вплоть до окончания долгосрочной терапии Е. в 1999 году. Е. с этого времени и до 2008 года воздерживается от приема ПАВ; спустя полгода с момента окончания терапии женился и стал жить отдельно от родителей в другом городе. Свадьба и переезд сына ознаменовали наступление нового этапа в отношениях Б. и М., который разительно напоминал период до возникновения у Е. наркомании: Б. периодически снова стал выпивать (пятый этап его наркологического анамнеза), запои носили короткий характер (до 2-3 дней), пил «только качественные спиртные напитки», светлые промежутки достигали 2,5 месяцев. Нетрезвый был агрессивен в отношении жены, часто бил ее, стал беспредметно ревновать. Супруга период с 1999 по 2004 характеризует как самый тяжелый в своей жизни. Потеряла смысл жизни, жила с мужем «по инерции», многократно отмечала появления суицидальных мыслей, снова стала часто болеть. Единственным «светом в окошке» был сын и родившаяся внучка. Е. после отъезда прервал отношения с отчимом, М. с удовольствием уезжала в гости к сыну, чем вызывала еще большую агрессию со стороны мужа. В 2006 году после очередной ссоры с пьяным мужем, решила покончить с собой. Тщательно планировала предстоящий суицид, всю свою жизнь представляла как одно большое фиаско. В момент этих

размышлений М. впервые пришла к мысли развестись с мужем. Через два дня М. подала заявление на развод, чем спровоцировала 2-месячный запой у Б. Эти два месяца жила у сына. Через месяц состоялся развод. С этого времени живет в другом городе, с бывшим мужем не общается, знает про его судьбу от бывших соседей. За два последующих года «впервые занялась собой», периодически приезжала на поддерживающие сессии, чувствовала себя впервые за много лет счастливой. Практически перестала болеть «болезни вдруг стали вылечиваться», суицидальных мыслей не отмечает. Появились новые знакомые, последние три месяца до последней сессии начала встречаться с мужчиной, но «без серьезных намерений», с ее слов, ее избранник – первый из ее мужчин, кто не имеет проблем с алкоголем (при этом часто в разговоре вспоминает сценарные мотивы своего прежнего поведения). Б. после развода начинает интенсивно пить, затем последовало увольнение с занимаемой должности и стремительная социальная и личностная деградация (что соответствует шестому этапу наркологического анамнеза). В середине 2008 Б. самостоятельно обратился за наркологической помощью. Однако спустя два дня заявил, что лечиться не будет и справится сам, так как «все понял», на приеме был трезвый. В конце 2008 года Б. после запоя длительностью порядка трех месяцев покончил с собой. На предлагаемом ниже рисунке 1 1 отражена графическая динамика вышеизложенного примера.

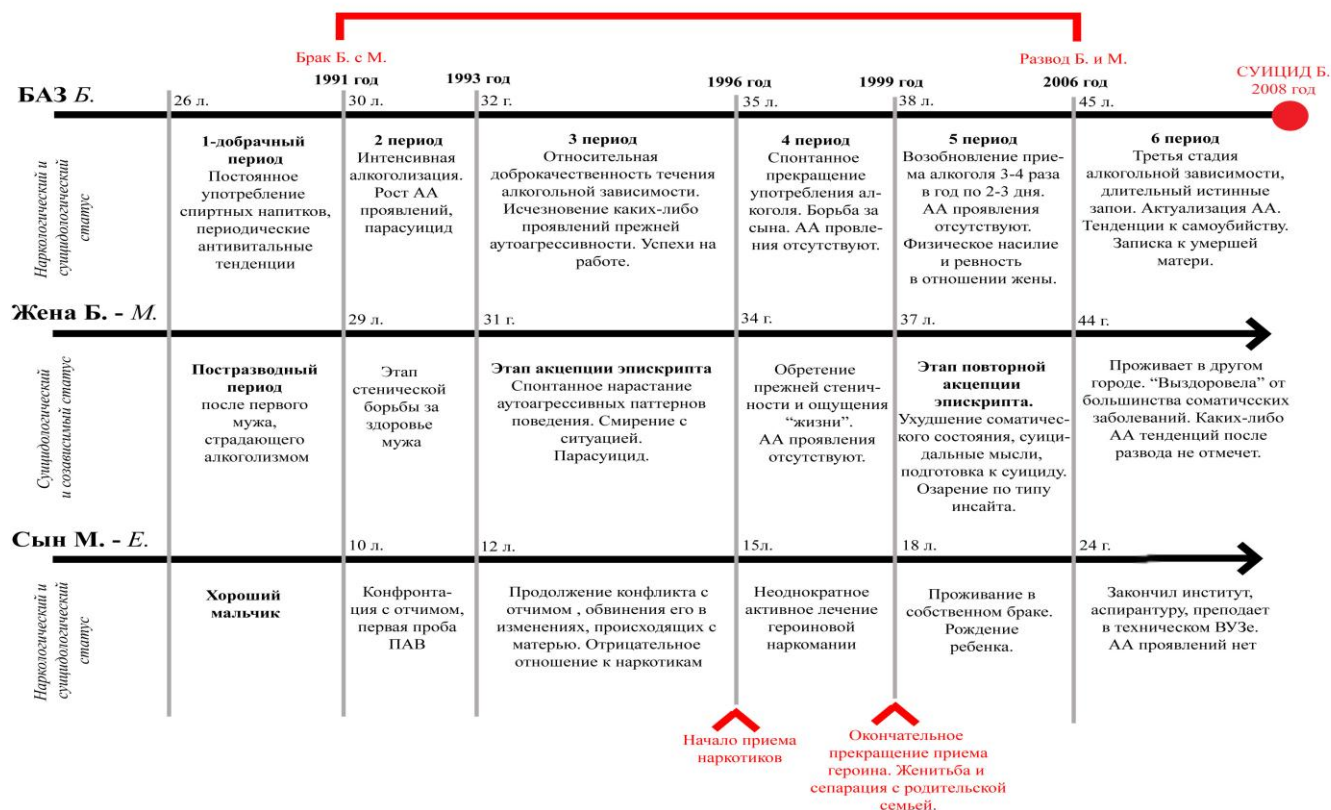


Рис. 1 Динамика наркологических и суицидологических характеристик в клиническом наблюдении 2.

В приведенном примере описан вариант многоуровневой передачи эпискрипта, который хорошо прослеживается во временном континууме. Первый этап передачи деструктивного сценария происходит от мужа супруге. На следующем этапе следует вторичная передача деструктивных установок сыну.

Дети по данным F. English (1969) достаточно часто выступают реципиентами для родительского сценария [ИНГ], этот факт интуитивно знаком большинству детских психиатров и психотерапевтов. В нашем примере, сын являющийся вторичным реципиентом эпискрипта, был идентифицирован как героиновый наркоман (носитель первичной аддикции). Однако после удачного лечения наркомании Е. на уровне работы со сценарными механизмами поведения, закончившегося принятием нового решения «Жить», начинается обратное движение «локомотива» саморазрушения, сначала обратно к матери, а затем к страдающему алкогольной зависимостью отчиму. Можно сказать, что пущенный бумеранг вернулся владельцу. Сама English F. (1969) описывала эпискрипт как «игру в горячую картошку, которую игроки перебрасывают из рук в руки, чтобы не обжечься».

Выводы

Во всех приведенных наблюдениях мы отчетливо можем проследить этапы передачи деструктивных сценарных конструктов: первичное носительство саморазрушающего сценария жизни; его передача с ощущением «облегчения»; ак-

цепцию эпискрипта; реализация инкорпорированной деструктивной программы реципиентом; возвращение эпискрипта первичному носителю (последний этап, по-видимому, не является обязательным и представляет собой скорее исключение из правил). Реципиент часто забирает эпискрипт «навсегда», реализуя его до финальной черты. В ряде случаев имеет место и достаточно активный поиск потенциальным акцептором будущего донора сценария. При этом реципиент бессознательно, а в ряде случаев и осознанно, занимает роль «трагического» героя, который готов пострадать «за спасение». Подобные случаи часто не рассматриваются как возможный вариант эпискрипта, и лечебная модель строится без привлечения, по сути, главного действующего лица, либо оно впоследствии остается безоружным перед возвратившимся деструктивным сценарием.

Таким образом, одним из вариантов динамики семейной системы в браках мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик, является эпискрипт-модель. Можно выделить существование как минимум двух вариантов эпискрипт-модели в алкогольных браках: с элементом возвращения деструктивной программы первичному носителю и без таковой. Идентификация эпискрипта является специфическим проводником к самому сценарию и позволяет более гибко строить терапевтическую программу зависимо-созависимой диады, в том числе, в отношении аутоагрессивных модусов поведения.

Литература.

1. (Steward I., Joines V.) Стюард Я., Джойнс В. Современный транзактный анализ. - М.: Социально-Психологический центр. 1996. - 332 с.
2. Зайцев С.Н. Созависимость - умение любить. Пособие для родных и близких наркомана, алкоголика. - Н. Новгород, 2004. - 90 с.
3. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. - М.: ПЕР СЭ, 2002. - 336 с.
4. Проблемы семьи, отягощенной алкогольной зависимостью: Актуальность. Диагностика / ред. И. А. Кибальченко. - Ростов н/Д: Феникс. - 2007. - 478 с.
5. (Meier P., Minirth F., Hemfelt R.) Майер Ф., Минирт П., Хемфелт Р. Вы-бираем любовь (Борьба с созависимостью). - М.:Триада 2005. - 320 с.
6. English F. Episcrypt and the «hot potato» game // Transactional Analysis Bulletin. - 1969. - Vol. 8. - P. 77-82.
7. Steward I. Developing Transactional Analysis Counseling. - London: Thousand Oaks; New Delhi: SAGA Publications, 1996. - 286 p.
8. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. - Москва. 2000. - 20 с.

Судебная психиатрия

УДК: 616.89 - 340.6

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДАХ

С.Н. Рожков, С.З. Воронова, Т.А. Сазонова С.А. Патер

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

Аннотация. Возрастное своеобразие как суицидальных, так и психологических и психопатологических состояний, создающих предпосылки к нему, создают необходимость рассматривать самоубийство подростков как самостоятельную проблему. В статье приведены клинико-динамические характеристики суицидального поведения подростков в контексте посмертных экспертиз.

Ключевые слова. Завершенные суициды, посмертная судебно-психиатрическая экспертиза, суицидальное поведение подростков.

FEATURES OF MOTIVATION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH COMPLETED SUICIDE

S.N. Rojkov, S.Z. Voronova, T.A. Sazonova, S.A. Pater

Resume. The age originality as a suicide and psychological and psychopathological conditions that create preconditions for it, make it necessary to consider suicide as an adolescent independent problem. the article presents the clinical and dynamic characteristics of suicidal behavior in adolescents in the context of post-mortem examinations.

Keywords. Completed suicide, post-mortem forensic psychiatric examination, suicidal behavior of adolescents.

Возрастное своеобразие как суицидальных, так и психологических и психопатологических состояний, создающих предпосылки к нему, создают необходимость рассматривать самоубийство подростков как самостоятельную проблему. В возрасте 14-15 лет суицидальные проявления столь часты при кризисных и реактивных состояниях подростков, что некоторые авторы называют суицид в ряду характерных нарушений поведения подросткового периода. Суицидальное поведение у подростков отличается своими особенностями, что обусловлено специфическими физиологическими, психологическими и психопатологическими процессами, свойственными растущему организму в период социально-психологического становления. Трактовка подростком понятия смерти на разных возрастных этапах изменчива и неоднозначна. На ранних этапах подросткового периода представление о смерти проходит через формальное знание о ней со знакомством с атрибутами совершения самоубийства (понятиями похорон, скорби близких и т.п.). Но в то же время знание о смерти не отождествляется подростком со своей собственной личностью. Учитывая незрелость психоэмоциональной сферы в начале данного возрастного периода у личности не сформировано представление о необратимости смерти, которая воспринимается как иное существование либо длительное отсутствие. Прослеживается возможность как бы двойственного сосуществования: быть умершим для окружающих, а самому в то же время быть свидетелем собственных похорон, наблюдать отчаяние родителей, раскаяние тех, с кем был конфликт. Отличительной чертой психологии подростков на ранних этапах возрастного периода является

отсутствие страха смерти как такового. Во время полового созревания, вместе с относительной зрелостью и социализацией личности, прослеживается становление более четкого, адекватного представления о смерти как о завершенности жизни- процессе необратимом. Формируется страх смерти, однако он носит формальный характер, не основывается на понятии ценности жизни.

Метафизическая интоксикация, присущая психологии подростков, выражается в актуализации в их сознании самого понятия смерти, а эмоциональная неустойчивость, лабильность, недостаточность критических способностей, эгоцентризм и повышенная самооценка создают порой предпосылки в условиях микро социального конфликта для суицидального поведения. При анализе способа реализации суицида и особенностей поведения суицидентов в подростковом возрасте нередко обращают на себя внимание «переигранные» демонстрации, когда суицидальная попытка совершается без цели лишить себя жизни. Суицид совершается исходя из конкретных установок при помощи первых попавшихся под руку средств, без особых представлений об их опасности для жизни, либо происходит увлечение внешним видом этих средств, например цветом и сладким вкусом оболочки таблеток, следствием чего являются тяжелые медикаментозные отравления. Необходимо обратить внимание, что конфликтная ситуация подростков может быть основана на незначительных, мимолетных, по мнению взрослых, причинах. Но некоторый максимализм в оценках, эгоцентризм, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков, отсутствие достаточного жизненного опыта,

создают ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, отчаяния и одиночества. Все это в совокупности делает конфликтную ситуацию подростков суицидоопасной совершенно неожиданно для взрослых.

Материалы проведенных посмертных судебно-психиатрическим и комплексных судебным психолого-психиатрическим экспертизам за 2013-2015 гг. показывают, что суицидальное поведение подростков является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального конфликта. На долю подросткового возраста в истекший период пришлось значительное число (62%) от общего числа посмертных экспертиз, что актуализирует проблему суицидального поведения в данной возрастной группе. За исследуемый временной промежуток в отделении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз БУЗ ООКПБ им. Н.Н. Солодникова было проведено всего 34 экспертизы, из них на долю подростков приходится 21, что составляет 2/3. В 2013 году проведено 8 таких экспертиз, из них 4 подростки, в 2014 – 7 экспертиз, из них 7 подростки, в 2015 – 10 экспертиз, из них 10 подростки.

Из 21 подэкспертного подростка практически здоровыми (Z.04.6.) были 15 человек (71,4 %). За исследуемый промежуток времени прослеживается и увеличение доли психически здоровых суицидентов. В 2013 году – 3 подэкспертных (20 %), в 2014 – 5 подэкспертных (33,3 %), в 2015 – 7 подэкспертных (46,6 %). Это свидетельствует о том, что суицидальное поведение в подростковом возрасте является одним из видов поведенческих реакций в экстремальных условиях с учетом психоэмоциональной незрелости, недостаточной сформированности личностных ценностей, жизненных установок.

По нозологии посмертные СПЭ в отношении подростков распределились следующим образом – умственная отсталость легкой степени (F.70.) – 2 экспертизы (33,3 %), депрессивный эпизод тяжелый (F.32.) – 4 экспертизы (66,7 %).

Депрессивные состояния у подростков имеют большое значение в формировании суицидального поведения. Признавая сложность диагностики депрессивных состояний у подростков многие авторы отличают целый ряд клинических особенностей их проявлений в зависимости от возраста. Незначительная выраженность и рудиментарность депрессивной симптоматики, преобладание соматических жалоб и расстройств, различные нарушения поведения (от пропусков занятий в школе и грубости до делинквентных поступков), снижение школьной успеваемости маскируют клиническую картину депрессий, что затрудняет диагностику, ведет к неправильным выводам и, как правило, способствует конфликтным ситуациям вокруг депрессивного подростка.

Указанные тенденции создают условия для

усиления суицидального поведения. Картина типичной депрессии в отрочестве встречается редко. В этих случаях часто выявляется маскированная депрессия с ее различными, по преобладанию ведущей симптоматики, вариантами синдрома. К сравнительно-возрастным вариантам депрессивных состояний подростков с высокой суицидальной опасностью относятся девиантный, ипохондрический, астенический, вариант с преобладанием типично-подростковых симптомов (метафизической интоксикации и дисморфофобии), а также типично-депрессивный вариант синдрома. В младшем пубертатном возрасте (12-14 лет) встречается, как правило, девиантный вариант подростковой депрессии, где клиника характеризуется обилием несвойственных раньше подростку нарушений поведения самого широкого спектра: от грубости и конфликтности с домашними и прогулов школьных занятий до бродяжничества, противоправных поступков, алкоголизации и наркотизации, сексуальных эксцессов. Аффект тоски выражен незначительно, наблюдается пониженное с оттенком дисфоричности, настроение с готовностью к аутоагрессии. Такое оформление депрессивного синдрома создает почву для конфликта с окружающими, ситуаций угроз наказания, порождающих страх и тревогу. Данная ситуация, являясь фактором вторичной травматизации, увеличивает суицидальную опасность и мотивирует суицидальное поведение. Наличие раздражительности, оппозиционности нередко ведет к ошибочной оценке суицидальной попытки как демонстративной.

Ипохондрический вариант депрессии встречается чаще в младшем и среднем пубертатном возрасте (12-14 лет и 14-16 лет). В клинической картине преобладают соматические жалобы. Действительно существующие неприятные ощущения в теле подростками преувеличиваются и трактуются как признаки неизлечимого заболевания с ощущением ненужности и покинутости всеми. Подростки становятся эгоцентричны и капризны. Запускают учебу в школе под предлогом заболевания, контакт со сверстниками затрудняется из-за погруженности в свои болезненные ощущения. Конфликты, возникающие в школе в связи с пропусками занятий, отставанием по учебе, непонимание окружающими их переживаний, создают нередко безвыходные, непереносимые, по мнению подростков, ситуации, обуславливающие суицидальную опасность. Депрессивные расстройства в этих случаях имеют психогенное происхождение, развиваясь на фоне сензитивной и истероидной акцентуации подростков.

Астенический вариант депрессии характерен для подростков младшего и среднего пубертатного возраста (12-14 лет и 14-16 лет). Признаками депрессии в этих случаях являются затруднения в учебе, которые являются следстви-

ем прогрессирующей идеаторной заторможенности, возникает ощущение ухудшения памяти, невозможности сосредоточиться. Исчезают свойственные ранее увлечения и интересы, появляется безынициативность, вялость. Сами подростки жалоб на сниженное настроение, тоску не предъявляют, а говорят об унынии, скуке, собственной измененности, однако уровня витальности данные нарушения не достигают. Сон достаточный по времени, но не приносит бодрости, в течение суток подростки испытывают слабость и недомогание. Все подобные нарушения носят, как правило, амбулаторный характер: подростки пытаются продолжать вести прежний образ жизни, но оказываются совершенно несостоятельными в школе, в общении со сверстниками и родителями. Такое состояние создает почву для возникновения конфликтов в школе и дома, которые воспринимаются самими подростками трагически и обостренно в силу их усиленной сензитивности и ранимости. Описанные депрессивные состояния имеют психогенное происхождение.

Вариант депрессивного синдрома с преобладанием атипичных подростковых симптомов (метафизической интоксикации и дисморфофобии) свойственный подросткам постпубертатного возраста (16-18 лет). Это депрессивные состояния в клинике которых преимущественную роль играет метафизическая интоксикация. Рассуждения о смысле жизни и сущности смерти, вообще свойственные подростковому периоду, приобретают у подростков в состоянии депрессии характер навязчивого бесплодного мудрствования негативно аффективно окрашенного и несущего в себе элементы « пассивного согласия на смерть ». Аффект тоски невитален, собственной идеаторной заторможенности нет, но « умственная жвачка » не оставляет места ни для усвоения нового, ни для интеллектуальной деятельности на базе ранее приобретенных знаний. Подростки становятся замкнутыми, преисполненными сознанием собственной отчужденности и одиночества. Суицидальное поведение не связано в этих случаях, как правило, с конфликтной ситуацией, не имеет психологически понятного подхода, что является необычным в подростковом периоде. Суицид нередко является результатом длительных размышлений о смысле жизни и сущности смерти. При неудаче суицидальные попытки, как правило, повторяются.

Также в этой возрастной группе могут быть суициды у подростков с депрессивными состояниями, клиническая картина которых определяется проявлениями дисморфофобии. Неудовлетворенность собственной внешностью, вообще собственная подросткам, переживания со связанной с нею несостоятельностью, болезненно обостряются и приобретают особое значение в сознании депрессивных подростков.

Переживания дисморфофобического круга обостряют сензитивность, способствуют углублению депрессии, служат источником для возникновения суицидоопасных ситуаций, в ответ даже на незначительную травму. Данный вариант депрессивного синдрома связан с реактивной симптоматикой у сензитивных личностей.

В старшем подростковом возрасте (16-18 лет) наблюдаются также и депрессивные состояния с типичной симптоматикой, включающей классическую депрессивную триаду и тревожно-обсессивные проявления. Суицидоопасность этих состояний определяется наличием синдрома тревоги, развитие которого служит показателем высокого суицидального риска. Идеи самоуничтожения в этих случаях нередко достигают уровня депрессивного бреда, в структуре которого, как правило, присутствуют суицидальные мысли и намерения, реализации которых мешает заторможенность и астения. Типичная депрессия иногда сопровождается непрерывным ощущением психического напряжения и достигающей степени раптусса, включает в себя целый регистр аутоагрессивных проявлений – от компульсивного влечения причинять себе боль до завершённого суицида, совершённого на высоте психического напряжения при помощи первых попавшихся под руку средств. Клиническая картина данных депрессивных состояний свойственна дебюту шизофрении или БАР.

Исходя из вышеизложенного следует, что нарушения поведения, снижение успеваемости, конфликтность, капризность, обидчивость и т. п. проявления депрессивного синдрома расцениваются взрослыми как лень, распушенность, следствие собственных воспитательных промахов. Подростка упрекают, стыдят, наказывают, делают в воспитательных целях объектом общественного порицания. Родители, объединяясь с учителями, применяют различные меры воздействия на подростков. Подобная неадекватная оценка душевного состояния депрессивных подростков создает тяжелейшие конфликтные ситуации, являющиеся факторами вторичной травматизации и создающие условия для возникновения суицидальных мыслей и намерений. Психотравмирующая ситуация, возникающая на фоне дефицита контактов обостряет чувство душевного одиночества, создает ощущение безысходности и толкает депрессивных подростков на самоубийство. Ликвидация условий развития суицидальных тенденций, своевременное купирование суицидоопасных состояний, оптимизация взаимоотношений в семье и школе, дома и в среде сверстников, что является сбалансированной совместной работой психологов, психиатров, суицидологов, психотерапевтов, педагогов и способствуют решению важной проблемы подростковой психиатрии – предотвращение случаев суицида.

Психотерапия и реабилитация

УДК: 616.89-053.5-082.8

ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Н. В. Александрова, О. Е. Крахмалева, О. М. Барышева,
Е. Ю. Емельянова, Е. А. Капитоненко

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

Аннотация. В статье изложен опыт интегративного подхода организации процесса психосоциальной реабилитации в детско-подростковой психиатрической службе Омской области. Показана специфика деятельности структурных подразделений. Отражено межведомственное и научное взаимодействие.

Ключевые слова. Психосоциальная реабилитация детей и подростков, превенция детских психических расстройств, интеграция психореабилитационного процесса, межведомственное взаимодействие.

INTEGRATIVE APPROACH OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

Alexandrova N.V., Krahmaleva O.E., Barysheva O.M., Emelyanov E.Y., Kapitonenko E.A.

Resume. The article describes the experience of integrative approach organizing psychosocial rehabilitation process in children and adolescent mental health service of the Omsk region. The specificity of the structural units. Recognised inter-departmental and scientific cooperation.

Keywords. Psychosocial rehabilitation of children and adolescents, prevention of childhood mental disorders, psychorehabilitation integration process, interagency cooperation.

Психосоциальная реабилитация является одной из главных задач детско-подростковой психиатрии. Ее целью является восстановление утраченного социального статуса, возвращение к прежней учебной и другим видам деятельности или сохранение у них такого уровня активности, который соответствует их возможностям. Это система комплексных мероприятий, предусматривающих смягчение и устранение негативных последствий болезни, процесс, целью и содержанием которого являются объединение комплекса различных по объему, форме и соотношению видов медицинской и социальной помощи на всех этапах медицинской профессиональной и социальной реабилитации [4].

В детской службе БУЗ ОО КПБ им. Н.Н. Солодников» внедрена и активно используется модель терапии и реабилитации, которая реализует интеграцию биологической, психиатрической и социальной терапии в едином комплексе лечебных мероприятий. Это позволяет выполнять основные задачи, направленные на восстановление утраченных функций детей и подростков, повышение их уровня социальной адаптации и качества жизни, предупреждение негативных социальных последствий таких как криминализация и аддиктизация.

В психореабилитационном процессе детско-подростковой психиатрической службы производится комплексное воздействие на пациента по следующим направлениям: индивидуальная работа с пациентом и сложностями его социального

функционирования, работа с группами детей и подростков, работа в сообществе с привлечением в реабилитационный процесс других специалистов организаций, родственников, волонтеров и работа по профилактике стигмы. В зависимости от возраста, формы и тяжести заболевания и социальной ситуации ребенок или подросток получает психореабилитационную поддержку в соответствующем его потребностям структурном подразделении службы, специфика которых будет изложена ниже.

Психореабилитационный процесс опирается на серьезную научную базу. Взаимодействие с кафедрой психиатрии Омского государственного медицинского университета и кафедрой социальной работы Омского государственного университета позволяет оптимизировать процесс интеграции маленьких пациентов в общество и внедрять научно обоснованные методы психосоциальной реабилитации.

Особенностью психореабилитационной деятельности является тесное межведомственное взаимодействие руководства и специалистов больницы. В него включены министерства по делам молодежи и спорта, образования, труда и социальной защиты, органы внутренних дел, средства массовой информации.

Анализ отечественного и зарубежного опыта психосоциальной реабилитации детей [2,7,10] показал, что наиболее эффективным являются программы, реализуемые при участии не только врачей психиатров. Необходима инте-

грация усилий психотерапевтов, психологов, логопедов, специалистов по социальной работе и родителей с возможностями стационарного психиатрического звена и внебольничной помощи, с психофармакотерапевтической поддержкой.

В настоящее время в России детям оказывается квалифицированная психиатрическая помощь. Однако, серьезные социальные причины, такие как память о периоде карательной психиатрии, незнание симптомов распространенных психических заболеваний, негативное отношение к психиатрической помощи и психотропным препаратам, боязнь стигматизации при обращении и т. п. привели к недостаточному охвату необходимым клиническим психиатрическим сопровождением большого количества детей. Неправильное понимание родителями и сопровождающими детей специалистами болезненной природы многих педагогических проблем приводит к грубым ошибкам в воспитании и обучении. Детей несправедливо наказывают, проблемы с учебой пытаются разрешить, интенсифицируя нагрузку, а повышенную возбудимость центральной нервной системы «уравновешивают» дополнительными интеллектуальными, творческими или спортивными нагрузками. Это вызывает истощение, усугубление болезненных проявлений и декомпенсацию состояния при отсутствии правильного режимного и лечебного сопровождения. Часто неблагоприятный фон психического состояния формирует психосоматические расстройства, и тогда дети лечатся только врачами соматического профиля.

Многочисленные клинические наблюдения привели нас к необходимости организации интегративного подхода в сопровождении детей с психическими расстройствами. Ведь проблема является междисциплинарной, затрагивая педагогику, психологию и социальную работу, санитарную культуру родителей. Поэтому для ее успешного решения необходимо формировать компетентность родителей и специалистов из этих сфер в области проявлений распространенных психических расстройств, возможностей их лечения, особенностей психолого-педагогического сопровождения больных детей, а также в психиатрическом законодательстве. Эта работа ведется во внебольничных социальных пространствах: в средствах массовой информации, аудиториях родителей и представителей организаций министерств образования, социального развития, внутренних дел.

В результате интеграции специалистов детской психиатрической службы с представителями смежных областей большее их количество стали компетентнее в вопросах природы нарушений учебной деятельности детей и обоснованно начали направлять родителей с детьми на консультации к специалистам – детским пси-

хиатрам и психотерапевтам. Полученная информация учитывается педагогами в построении учебного процесса, планировании уроков и дополнительных занятий. Родители, получив доступные знания, стали внимательнее относиться к проблемам обучения детей, режиму их нагрузок и отдыха. Отношение к психиатрической помощи детям стало изменяться в сторону большего доверия и осознания ее необходимости.

Процесс психосоциальной реабилитации в рамках больницы проводится как в индивидуальной, так и в групповой формах.

Индивидуальная работа. Для каждого маленького пациента лечащим врачом разрабатывается индивидуальная программа психосоциальной работы. Обсуждение с пациентами и родственниками причин болезни, её проявлений и способов совладания с ними, позволяет значительно повысить комплаенс, сформировать настрой на совместное решение проблем, возникающих в ходе лечения, на длительный прием препаратов. Тем самым, уменьшается частота обострений, госпитализаций в стационар, вероятность совершения общественно опасных действий, степень стигматизации, улучшаются взаимоотношения с окружением, появляется активная жизненная позиция. Эмоциональная поддержка является неотъемлемым компонентом работы всех участников бригады и реализуется в виде бесед с пациентом и его семьей по их запросу или при выявлении проблем. Инструментальная поддержка сопровождает весь процесс психосоциальной реабилитации, является важным элементом в преодолении кризисных ситуаций.

Групповая работа. Одним из важных компонентов многосторонней программы реабилитации лиц с психическими расстройствами является вовлечение их в групповую работу [8]. Объем, содержание и направленность групповых тренингов для каждого пациента строго индивидуальны и проводятся в соответствии с планом психореабилитационных мероприятий.

Специфика групповой работы заключается в том, что у юных пациентов выявляется низкая групповая сплоченность на первом уровне, низкий уровень толерантности к стрессу, сложность в подражании моделям положительного социального поведения. Особое значение имеет активность, директивная позиция ведущего, высокий уровень четкости и конкретности при проведении занятия, стимуляция ответственности членов группы за содержание занятия [3]. Динамика поведения больного в группе является наглядным индикатором повышения адаптивности социального поведения. Включение в процесс лечения групповых психосоциальных вмешательств, способствует улучшению качества жизни пациентов, повышению социальной адаптации, мотивации к продуктивной дея-

тельности, частичном восстановлении трудоспособности, творческой самореализации, появлении новых коммуникативных структур, формировании комплайенса. Как следствие, отмечается снижение числа рецидивов болезни и госпитализаций, что является основной целью в лечении хронических психических расстройств.

Групповая работа с детьми и подростками проводится по нескольким направлениям.

Игровая терапия. Игра – это естественный вид деятельности ребенка, поэтому ее психореабилитационный потенциал очень высок. Игровые методы не имеют нозологической специфичности. Только игра может использоваться как «мостик», помогающий преодолеть психологические проблемы, вызванные психическим заболеванием. Игровая терапия может быть направлена на решение конкретных проблем, например, фобических реакций. Но, в большинстве случаев, взаимодействие специалиста и группы детей решает комплекс задач: восстанавливает или формирует навыки нарушенной коммуникации, способствует выработке адаптивных форм поведения, улучшает эмоциональное состояние, снижает стрессовый фон, позволяя отреагировать психоэмоциональное напряжение в социально приемлемой форме.

Социально-психологические тренинги. Общими целями этих занятий являются восстановление или формирование гигиенических навыков, навыков самообслуживания, решения бытовых проблем, персональной сохранности (пользование газом, электроприборами, поведение в экстремальных ситуациях), восстановление связей с родственниками и друзьями, изменение роли в семье, формирование адекватного поведения в социуме и расширение социальных контактов [5].

Тренинги проводятся специалистами по социальной работе и социальными работниками. Количество и объем занятий зависят от степени утраты тех или иных навыков.

Основной перечень тем модульных циклов: «Личная гигиена», «Поведение в экстремальных ситуациях», «Распределение денежных средств», «Домоводство», «Здоровый образ жизни», «Рациональное питание», «Социальные навыки».

Тренинги коммуникативных навыков направлены на повышение социальной активности пациентов, развитие их способностей к общению, повышение самооценки, предотвращение социальной изоляции, формирование чувства сопричастности, взаимной заинтересованности и поддержки. Проводятся психологами, специалистами по социальной работе.

Основной перечень тем модульных циклов: «Снятие эмоционального напряжения, связанного с ситуацией общения», «Снятие эмоционального дискомфорта», «Развитие социальных эмоций», «Психогимнастика», «Познай себя», «Радость», «Профилактика виктимного поведения».

«Общение», «Толерантность», «Уверенное поведение» «Позитивный настрой», «Управление стрессом», «Повышение самооценки».

Психообразовательные тренинги, проводимые врачами и психологами, способствуют формированию способности понимания болезни, распознаванию симптомов, созданию комплайенса между врачом, пациентом и родственниками, выработке мотивации к соблюдению лекарственного режима, ответственности за свое здоровье; знакомят с социально-правовыми вопросами [7]. Занятия проводятся с пациентами и родственниками по модульным циклам: «Правильный прием лекарств», «Жизнь с болезнью», «Поддержка в семье», «Формирование благоприятного климата в семье».

Педагогическая деятельность. Этот вид психосоциальной реабилитации приоритетен поскольку, что обучение в школе является определяющим видом деятельности юных пациентов. От того, насколько ребенок справляется с учебной работой, зависят его самооценка и успешность социализации. Поддержание и развитие навыков учебной деятельности важны для предупреждения формирования госпитализма [1, 9]. В круглосуточных и дневных стационарах, психоневрологических отделениях детских больниц, домах-интернатах при сотрудничестве со школами г. Омска и Омской области, дети продолжают обучение по общеобразовательным и коррекционным программам с учетом индивидуальных возможностей. По окончании четверти или учебного года ребенок получает табель с итоговыми оценками. Если подросток получал лечение в стационаре по окончании выпускных классов, он имеет возможность сдать ГИА или ЕГЭ и поступать в среднее или высшее учебное заведение. К учебной деятельности в условиях стационара привлекается около 90 % детей, за исключением детей и подростков, чье состояние не позволяет им находиться в учебных классах (острый психоз, грубые нарушения поведения и интеллекта). Совмещение в стационаре лечения и обучения повышает эффективность терапии, облегчает школьную адаптацию пациентов после выписки. При организации обучения учитывается психическое состояние ребенка, применяется индивидуальный подход, щадящий режим и меры поощрения.

Досуговая работа. Досуговая работа проводится на всех этапах оказания психиатрической помощи детям и подросткам, что помогает создать благоприятный психологический климат, сплотить пациентов, поднять им настроение, сформировать комплаентные отношения с персоналом.

В каждом детском подразделении оборудована комната для досуга пациентов, где закрепляются навыки общения, происходит вовлече-

ние в творческие мероприятия такие как рисование, лепка, рукоделие, бумагопластика и др. Пациенты имеют возможность играть в настольные игры, читать книги и журналы, смотреть телевизор, слушать музыку, петь караоке, общаться. Созданы библиотеки со свободным доступом, проводятся занятия по библиотерапии. Одним из направлений является организация праздничных мероприятий силами пациентов при поддержке сотрудников и волонтеров. Внутри подразделений проводятся Дни именинника, День защиты детей, День знаний, День психического здоровья, концерты к тематическим праздникам.

Тематические вечера, «часы поэзии», познавательные беседы с обсуждением, викторины, конкурсы, подвижные игры, летние спартакиады позволяют пациентам раскрепоститься, проявить себя, способствуют открытому и искреннему общению в неформальной обстановке.

Налажено взаимодействие с культурно - досуговыми учреждениями города Омска и Омской области, что дает возможность детям и подросткам с психическими заболеваниями бесплатно посещать театры, кинотеатры, музеи, выставки, выезжать с экскурсиями по памятным местам города и области.

Оздоровительные мероприятия. Укрепление физического здоровья -обязательный компонент процесса реабилитации юных пациентов психиатрической клиники. С этой целью проводятся мероприятия, направленные на повышение общей физической активности пациентов. Ежедневно во всех подразделениях проводится утренняя гигиеническая гимнастика. По показаниям организуются индивидуальные и групповые занятия лечебной физкультуры. Регулярно проводятся разнообразные спортивные мероприятия – игры в мяч, эстафеты, прогулки на свежем воздухе и т.п. Оборудована волейбольная площадка.

Ежегодно организуется детская летняя спартакиада среди подразделений детской психиатрической службы. Пациенты соревнуются в шашках, шахматах, волейболе, дартсе. Победителям вручаются грамоты и призы.

Все это позволяет повысить активность детей и подростков, снизить явления госпитализма, расширить досуг, получить положительные эмоции, помогая в ускорении достижения ремиссии.

Больничная помощь юным пациентам оказывается в зависимости от особенностей протекания заболевания в соответствующем подразделении детско-подростковой психиатрической службы. Поэтому организация психосоциальной реабилитации в каждом из них имеет свою специфику.

Психиатрическое диспансерное отделение для детей и подростков занимается психосоциальной реабилитацией пациентов, состояние

которых позволяет курировать их амбулаторно. Работа ведется как в диспансере, так и на дому и в коррекционных образовательных учреждениях. Это подразделение является звеном, соединяющим общество и систему психиатрической помощи детям. Специалисты кабинета медико-социально-психологической помощи в составе диспансера занимаются ранним выявлением психических расстройств, профилактикой суицидального поведения и организацией помощи детям и подросткам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Детский дневной стационар для детей и подростков осуществляет психосоциальную реабилитацию детей, не нуждающихся в обязательной госпитализации, но требующих ежедневного врачебного наблюдения и более активных, чем это возможно в амбулаторных условиях, терапевтических вмешательств. Лечение и реабилитация проводятся без отрыва от привычной домашней обстановки. Двухсменный режим работы отделения помогает поддерживать обычный ритм учебной деятельности. Реабилитация детей, страдающих заиканием, проводится при обязательном участии родителей.

Психореабилитационная работа детского стационарного отделения состоит в организации помощи, адекватной состоянию детей, нуждающихся в стационарном лечении, занятости в течение дня, организации их досуга, восстановлении навыков учебной работы, формировании и укреплении навыков самообслуживания и социализации, профилактике госпитализма.

В стационарном подростковом отделении психосоциальная реабилитация основана на соблюдении таких постулатов, как включение подростка в постоянную активную деятельность: учебную, трудовую и организованные развлечения. Даже при остром психотическом состоянии, если отсутствуют психомоторное возбуждение и нарушение сознания, подбираются занятия, к которым подросток проявляет интерес (книги, рисование, лепка, спортивные игры). Реабилитационные мероприятия направлены на то, чтобы подросток, несмотря на заболевание, получил образование. Максимальные усилия направляются на адаптацию в семье.

Особенностью психореабилитационной работы, проводимой в отделении интенсивного оказания психиатрической помощи для детей и подростков, является то, что занятия с пациентами проводятся в привычной для ребенка микросоциальной среде. Эффективно осуществляется психосоциальная реабилитация детей и подростков из сиротских учреждений.

Анализируя организацию психосоциальной реабилитации детей и подростков, можно констатировать, что ее базовой концепцией является системный подход, при котором больной ре-

бенок или подросток рассматривается как сложная система с разными уровнями функционирования. Высшим из уровней является социальный, а остальные входят в него в качестве базовой основы. Процесс психосоциальной ре-

билитации представляет собой сложную биопсихосоциальную систему, в которой возвращение юного пациента в общество выступает в качестве системообразующего фактора.

Литература

1. Астапов В. М., Лебединская О.И., Шапиро Б.Ю. Теоретико-методологические аспекты подготовки специалистов социально-педагогической сферы для работы с детьми, имеющими отклонения в развитии — М., 1995г. — с. 412.
2. Зозуля А.В. Комплексная реабилитация инвалидов. Учебник. — М., 2005 г. — с. 169.
3. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков: Справ. Пособие /Под ред. В.Т.Кондрашенко. — Мн.: Беларуская навука, 1999 г. — 189с.; Психотерапия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб: Издательство «Питер», 2000 г. — с. 544.
4. Комплексная реабилитация инвалидов: учебное пособие для вузов/ Т.В. Зозуля и др. — М.: Академия, 2005 г. — с. 302.
5. Е.В.Корень Влияние экстремальных ситуаций на психическое здоровье детей и подростков. Материалы российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». Москва, 2006 г. — с.113.
6. Е.В.Корень Клинические исследования в детской психофармакотерапии: проблемы и достижения. Материалы российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». Москва, 2006 г. — с.68.
7. Настольная книга специалиста: Социальная работа с инвалидами / Под ред. Е.И. Холостовой, А.И. Осадчих. — М., 1996 г. — с. 98.
8. Цыганова Е.С., Букарев М.А. Технологии социальной работы с семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями, М.: 2007 г. — с. 258.
9. Щербакова А.М., Иовчук Н.М., Безменов П.В. «Образовательный аспект междисциплинарной работы с семьей «проблемного» ребенка// Сборник материалов международной конференции: «Подростки и молодежь в меняющемся обществе» СПб., 2001 г. — с. 107.
10. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. Учеб. пособие. Санкт-Петербург: Изд-во «Питер», 2004 г. — с. 316.



Клиническая психология

УДК. 159.95

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОПЕРАЦИЙ КЛАССИФИКАЦИИ, ОБОБЩЕНИЯ И АБСТРАГИРОВАНИЯ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Н.В. Федорова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный педагогический университет»

Аннотация. В статье анализируются особенности развития таких мыслительных операций как классификация, обобщение и абстрагирование у детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития.

Ключевые слова. Задержка психического развития, мыслительные операции, классификация, обобщение, абстрагирование.

FEATURES OF OPERATIONS CLASSIFICATION, GENERALIZATION AND ABSTRACTION IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH MENTAL RETARDATION

N.V. Fedorova

Resume. The work analyzes the features of development of such intellectual operations as classification, generalization and abstraction in elementary school students with developmental delay.

Keywords. developmental delay, intellectual operations, classification, generalization and abstraction.

Мыслительные операции являются инструментом познания человеком окружающей действительности, поэтому, развитие мыслительных операций является важным фактором становления всесторонне развитой личности. Проблема мыслительных операций находится в центре психологии способностей, психологии обучения и развития, психологии мышления. В практическом плане она является главной в «субъектной» педагогике. Без разработки системы интеллектуальных операций невозможно ответить на вопрос: «Как научить ученика учиться?» С этой точки зрения она является главной и для педагогической психологии.

Данные психолого-педагогической литературы указывают, что проблема исследования, развития и коррекции мышления, мыслительного процесса у детей в норме и с нарушениями развития является одной из наиболее актуальных как в теоретических, так и в практических аспектах (С.Л. Рубинштейн, Л.Ф. Обухова, В.В. Давыдов, Л.С. Выготский, З.И. Калмыкова, У.В. Ульенкова, Л.А. Венгер, Ю.Н. Карандашев, М.А. Холодная, Н.С. Лейтес, Т.В. Розанова, Б.М. Теплов, В.Д. Шадриков, Г. Айзенк, Ж. Пиаже, Ф. Гальтон, Дж. Равен, В. Штерн и др.) Как в отечественной, так и зарубежной психолого-педагогической литературе имеется достаточное число исследований, описывающих строение мыслительной деятельности, ее генезис, возрастные и индивидуальные различия (П.Я. Гальперин, В.В. Давыдов, А.М. Матюшкин, Я.А. Пономарев, О.К. Тихомиров, Дж. Брунер, А. Валлон, Ж. Пиаже и др.).

Согласно Л.С. Выготскому, с началом школьного обучения мышление выдвигается в центр сознательной деятельности ребенка, становится доминирующим познавательным процессом. Младший школьный возраст является сензитивным периодом для развития мышления и определяет большие потенциальные возможности разностороннего развития ребенка [2].

Мыслительная деятельность в этот период имеет двойственный характер: конкретное мышление, связанное с реальной действительностью и непосредственным наблюдением, уже подчиняется логическим принципам, однако отвлеченные, формально-логические рассуждения детям еще не доступны. Основные мыслительные операции, такие как сравнение, обобщение, анализ, особенно актуальны именно в младшем школьном возрасте. В 7 лет, согласно Ж. Пиаже начинается стадия конкретных операций, когда ребенок уже может образовывать из конкретных предметов, как отношения, так и классы. Вместе с развитием ребенка, развитием способности мыслить в символических и абстрактных терминах, всё большее значение приобретает обучение и овладение мыслительными операциями [4].

Учебная деятельность становится ведущей для младшего школьника. От сформированности основных компонентов мышления, в том числе мыслительных операций зависит успеваемость ребенка в школе. Решение мыслительных задач становится в этот период одним из обязательных и необходимых аспектов учебной деятельности. А любая задача разрешается на определенном содержании, определенным спо-

собом. Обобщенными же способами работы с содержанием выступают мыслительные операции.

Отставание в развитии мышления - одна из основных черт, отличающая детей с задержкой психического развития от нормотипичных сверстников.

В начале школьного обучения у них обнаруживается несформированность даже основных мыслительных операций и действий, которыми нормально развивающиеся дети владеют уже в старшем дошкольном возрасте. Эта несформированность проявляется, как в полном неумении использовать некоторые мыслительные операции, так и в нестойкости, зависимости от сложности задачи тех операций и умственных действий, которыми они, казалось бы, уже умеют пользоваться. Недостаточный уровень сформированности мыслительных операций обуславливает трудности понимания учебных заданий младшими школьниками с ЗПР[1,3].

В своем исследовании для диагностики операции классификации мы использовали методiku «Классификация предметов» Л.Н. Собчик.

Высокий уровень сформированности мыслительной операции классификации продемонстрировали 50% нормотипичных детей и 10% детей с ЗПР, они легко справлялись с раскладыванием картинок на группы, правильно интерпретировали свои действия, употребляя при этом нужные родовые понятия. Они успешно классифицировали картинки и по второму принципу - «живые и неживые», правильно объясняли эти действия, используя нужные родовые понятия. Методика допускала некоторую помощь детям при классификации картинок по второму принципу (наведение на нужные действия вопросами). Такой помощи было достаточно, чтобы ребенок правильно разложил картинки и правильно объяснил свои действия.

Уровень сформированности мыслительной операции классификации выше среднего продемонстрировали 40% нормотипичных и 10% детей с ЗПР: в действиях и ответах детей было меньше самостоятельности. Нами оказывалась помощь в виде словесного обозначения оснований для классификации. Дети должны были применить предложенный принцип классификации самостоятельно и объяснить свои действия. Дети контрольной группы и почти все испытуемые с ЗПР продолжали раскладывание. Однако они оказались не в состоянии объяснить свои действия, то есть объектировать в слове. В лучшем случае они формулировали в качестве основания классификации ситуативный признак. Признаки живого указать не могли. Тенденция затрудненного перехода правильных практических действий в вербальный план, оказалась характерной для детей с ЗПР.

Средний уровень сформированности был выявлен у 30% младших школьников с ЗПР и у

20% их нормально развивающихся сверстников. Дети сразу после инструкции взрослого к выполнению задания не приступали. Они чувствовали себя растерянными, без практической помощи задания понять не могли. Мы в присутствии ребенка выделяли одну группу картинок, в качестве примера, помогали ему вычленить признаки их сходства, сделать обобщение через ближайшее родовое понятие. Такая помощь обычно подхватывалась, остальные картинки он правильно раскладывал на три группы. Однако и после такой помощи свои правильные практические действия он все же не мог объяснить. Дети пытались самостоятельно разложить картинки на группы, но делали чаще всего неправильно: они правильно выделяли одну или две группы, а остальные раскладывали тоже на две группы, но в случайном порядке. Если ребенок не справлялся, но все же чаще он все же справлялся, то мы сами раскладывали картинки и просили объяснить свои же действия.

Один из испытуемых просто назвал родовые понятия, после того как экспериментатор разложил картинки на группы: «Это рыбы и птицы, а это мебель и посуда». Иногда испытуемые указывали на какой-то ситуативный признак группы или отдельного предмета: «Это рыбы, а это кухня»; «Мебель и посуда в комнате, а птицы и рыбы на улице».

Низкий уровень сформированности мыслительной операции классификации продемонстрировали 40% младших школьников с задержкой психического развития и 20% их нормотипичных сверстников. Они не понимали задания и раскладывали картинки в случайном порядке, хотя чаще действительно на четыре группы. Объясняли свои действия так: «Потому что надо разложить», «Потому что надо разложить аккуратно» и тому подобное. Помощь экспериментатора детям с данным уровнем оказалась безрезультатной.

Таким образом, из результатов диагностики по методике «Классификация предметов» Л.Н. Собчик, видно, что для младших школьников с ЗПР характерен низкий уровень сформированности операции классификации (40% испытуемых). Наименьший процент испытуемых с ЗПР продемонстрировали высокий (10%), выше среднего (20%) и низкий (30%) уровни сформированности данных операций. Дети ЗПР испытывали трудности при распределении карточек по группам, нуждались в нашей помощи и составляли малое количество групп, а также делали ошибки при неправильно обозначении обобщающей группы. Для большинства из них характерна бедность представлений, отсутствие иерархии признаков объектов мысли, а также недостаточный запас обобщающих видовых и родовых понятий явились основными причинами неудач. Характерно, что помощь экспериментатора в организации практических мыслительных

тельных действий чаще всего детьми воспринималась, но вербальное обобщение все же им не удавалось.

Далее, с помощью методики «Исключение четвертого лишнего предмета» И.Ю. Левченко, Н.А. Киселевой, мы выявили уровни сформированности мыслительных операций обобщения и абстрагирования.

Высокий уровень показали 100% нормально развивающихся испытуемых и 20% младших школьников с ЗПР, они узнали четвертый лишний предмет сразу и без нарушений.

Уровень выше среднего продемонстрировали дети с задержкой психического развития, 20% узнали четвертый лишний предмет на всех картинках, но слабо аргументировали свой выбор, неправильно выбирали обобщающее слово для группы «нелишних» предметов. («Это всё тарелки», в задании, где все предметы, кроме одного, обобщены словом «посуда»).

Средний уровень продемонстрировали также дети с задержкой психического развития, 40% детей из данной категории справились с заданием на исключение четвертого лишнего предмета лишь частично.

Низкий уровень выявлен также только у испытуемых с ЗПР, 20% детей не справились с заданием на исключение четвертого лишнего предмета, они заявили об отсутствии четвертого лишнего предмета на картинке.

Таким образом, из результатов диагностики по методике «Исключение четвертого лишнего предмета» И.Ю. Левченко, Н.А. Киселевой, видно, что для младших школьников с ЗПР характерен средний уровень сформированности операций обобщения и абстрагирования (40% испытуемых). Наименьший процент испытуемых с ЗПР

продемонстрировали высокий, выше среднего и низкий уровни сформированности данных операций (по 20% испытуемых на каждом уровне). Дети с ЗПР не обладают необходимым запасом более или менее дифференцированных общих представлений и простейших житейских понятий для решения задач на обобщение и абстрагирование.

Результаты диагностики, полученные с помощью методики «Классификация предметов» Собчик Л.Н. позволили констатировать, что младшие школьники с ЗПР проявили низкий уровень сформированности операции классификации (40% испытуемых). Наименьший процент испытуемых с ЗПР продемонстрировали высокий (10%), выше среднего (20%) и низкий (30%) уровни сформированности данных операций. Большинство не смогли правильно распределить предметы и обозначить выделенную группу верным понятием, испытывали трудности при объяснении своего решения.

Из результатов диагностики по методике «Исключение четвертого лишнего предмета» И.Ю. Левченко, Н.А. Киселевой, видно, что для младших школьников с ЗПР характерен средний уровень сформированности операций обобщения и абстрагирования (40% испытуемых). Наименьший процент испытуемых с ЗПР продемонстрировали высокий, выше среднего и низкий уровни сформированности данных операций (по 20% испытуемых на каждом уровне). Дети с ЗПР не обладают необходимым запасом более или менее дифференцированных общих представлений и простейших житейских понятий для решения задач на обобщение и абстрагирование.

Литература

1. Борякова Н.Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития у детей: Учебно-методическое пособие / Н.Ю. Борякова. - М.: Гном-Пресс, 2002. - 64 с.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь / Л.С. Выготский. - М.: Лабиринт, 1999. - 352 с.
3. Лебединская К.С. Клиническая система задержки психического развития / К.С. Лебединская, В.М. Явкин, В.Г. Петрова. - М.: НИИД АПН СССР, 1976. - 176 с.
4. Шорохов Е.В. Основные направления исследований психологии мышления в капиталистических странах / Е.В. Шорохов. - М.: Наука, 1966—364с.

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. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. 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 должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 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 (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
 5. Перед названием статьи указывается УДК.
 6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме 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 нарушений 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.