

Омский психиатрический журнал

4 (27) 2020



Omsk Journal of Psychiatry

**4(27)
2020**

**ISSN
2412-8805**

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
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Giorgio de Chirico
The Disquieting Muses, 1916

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Васильченко К.Ф., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Петрова Н.Н., д.м.н.
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Стаценко О.А., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Организация психиатрической помощи		Organization of mental health care
Основы организации работы стационарного медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы <i>Ю.А. Жданова, С.И. Гашиков, Е.Н. Павленко, О.В. Егорова, С.В. Наумова</i>	3	Fundamentals of organization of work of the inpatient medical-rehabilitation department of the psychiatric hospital <i>Yu.A. Zhdanova, S.I. Gashkov, E.N. Pavlenko, O. V. Egorova, S.V. Naumova</i>
Клиника психических расстройств		Clinic of mental disorders
Особенности течения делирия у пациентов с новой инфекцией COVID-19 <i>Г.А. Петтай</i>	7	Features of the course of delirium in patients with new COVID-19 infection <i>G.A. Pettai</i>
Психофармакотерапия		Psychopharmacotherapy
О применении высокотехнологических методов терапии при шизофренических психозах <i>Т.Б. Оспанов, А.А. Гончар</i>	9	To the application of high-technological methods of therapy in schizophrenic psychosis <i>T.B. Ospanov, A.A. Gonchar</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Опыт социального сопровождения в детско-подростковой психиатрической службе <i>М.А. Волкова, И.В. Гранкина</i>	14	Experience of social support in child and adolescent psychiatric service <i>M.A. Volkova, I. V. Grankina</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Экстренная психологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях <i>А.С. Аксёнова, Т.В. Мalyutina</i>	17	Emergency psychological assistance to victims in emergency situations <i>A.S. Aksenova, T.V. Malyutina</i>
Стратегия сотрудничества как психологический ресурс коррекции конфликтности старших подростков <i>И.М. Шилова</i>	21	Cooperation strategy as a psychological resource for correcting conflict among older adolescents <i>I.M. Shilova</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

2020 год войдет в анналы истории. С самого начала года слова «коронавирус», «локдаун», «самоизоляция», «пандемия», «социальная дистанция» и другие вошли в обиход и останутся актуальными еще длительное время. Значительные экономические, социальные и психологические потрясения 2020 года существенно изменили весь облик современной цивилизации. Однако несмотря на ограничения в передвижении между странами и городами, пандемия не разобщила профессиональное сообщество, и специалисты в области психического здоровья продолжают обсуждать актуальные вопросы психиатрии, содержание которых также изменилось в связи с пандемией.

Остается такой же дискуссионной площадкой и сетевое издание «Омский психиатрический журнал». Летом текущего года мы подготовили и разместили специальный выпуск нашего журнала, посвященный психиатрическим аспектам коронавирусной инфекции. Безусловно, этой темы мы будем касаться и в будущем. Омские врачи психиатры, как и все мировое профессиональное сообщество, в реальных условиях приобретают опыт квалификации и лечения пациентов, перенесших КОВИД-инфекцию.

В текущем выпуске журнала размещена работа омского врача-психиатра, посвященная коронавирусным делириям. Ранее сообщалось, что в некоторых случаях делирий вовсе становится единственным проявлением заболевания. Основные гипотезы, объясняющие влияние коронавируса SARS-CoV-2 сводятся к трем возможным причинам: гипоксия, или дефицит кислорода нейронов; воспаление ткани мозга из-за цитокинового шторма; и проникновение вируса через гематоэнцефалический барьер. Любой из этих трех факторов потенциально может вызвать делирию. Омский специалист также отмечает, что в клинической картине ковидной инфекции часто встречаются расстройства сознания делириозного характера, а также описывает их специфические черты.

Организационный раздел журнала посвящен стационарным формам психосоциальной реабилитации психически больных. Авторы отмечают, что пандемия коронавирусной инфекции внесла коррективы в сложившийся порядок проведения психосоциальных мероприятий. С апреля 2020 года были прекращены выезды пациентов за территорию больницы. Был период прекращения проведения мероприятий в группах пациентов численностью

более 10 человек. Именно в этот период времени были созданы модули с активным использованием видеоматериалов.

В текущей эпидемиологической ситуации особое внимание уделяется качественной психофармакотерапии хронических психических расстройств, в частности – шизофрении. В этой связи несомненный интерес представляет совместная работа омских психиатров и специалистов из Республики Казахстан. Авторы показывают опыт применения арипризола, в работе указана динамика статуса, принимавших препарат, его выгодное отличие от антипсихотиков других поколений. Описывается подбор индивидуальной дозы арипризола, варианты перехода из предшествующей нейролептикотерапии, варианты избегания ошибок при этом и коррекция сопутствующих аффективных проявлений.

Реабилитационные аспекты раскрываются также в статье, посвященной социальной работе с психически больными детьми. Особое значение придается психосоциальной работе с родителями. Это реализуется как в плане повышения роли в лечебно-реабилитационном процессе, так и в отношении мобилизации ресурсов для повышения эффективности оказываемой психиатрической помощи.

На наш взгляд значительный интерес представляет работа омских психологов, посвященная работе специалистов в чрезвычайных ситуациях. Экстренная психологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях природного, техногенного и социального характера является одной из функций специалистов лаборатории психофизиологического обеспечения, психокоррекции и психотерапии Омского территориального центра медицины катастроф. Наряду с задачами обеспечения психофизиологической надежности деятельности профессиональных контингентов, участвующих в ликвидации чрезвычайных ситуаций, мероприятия в рамках экстренной психологической помощи пострадавшим активно осуществляются в Омске и Омской области с 2012 года. В статье проанализирован практический опыт оказания психологической помощи людям, непосредственно попавшим в угрожающую ситуацию, а также их родственникам или очевидцам ситуации.

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

Организация психиатрической помощи

УДК: 616.89

Для цитирования: Жданова Ю.А., Гашков С.И., Павленко Е.Н., Егорова О.В., Наумова С.В. Основы организации работы стационарного медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 4 (27): 3-6

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО МЕДИКО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ Ю.А. Жданова, С.И. Гашков, Е.Н. Павленко, О.В. Егорова, С.В. Наумова

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

zdanova.89514142633@bk.ru

Аннотация

Последние два десятилетия психосоциального направления в психиатрии характеризовались бурным развитием инновационных форм реабилитационной психиатрической помощи. В Омской психиатрической больнице несколько лет функционирует стационарное реабилитационное отделение. Стационарная форма оказания психосоциальной помощи и услуг оказалась весьма значимой в работе психиатрической больницы, особенно в период введения карантинных мероприятий, связанных с пандемией COVID-19.

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, стационарная психиатрическая помощь.

FUNDAMENTALS OF ORGANIZATION OF WORK OF THE INPATIENT MEDICAL-REHABILITATION DEPARTMENT OF THE PSYCHIATRIC HOSPITAL

Yu.A. Zhdanova, S.I. Gashkov, E.N. Pavlenko, O. V. Egorova, S.V. Naumova

Abstract. The last two decades of the psychosocial direction in psychiatry have been characterized by the rapid development of innovative forms of rehabilitative psychiatric care. In the Omsk psychiatric hospital, a stationary rehabilitation department has been functioning for several years. The inpatient form of providing psychosocial care and services turned out to be very significant in the work of a psychiatric hospital, especially during the introduction of quarantine measures associated with the COVID-19 pandemic.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, inpatient psychiatric care.

С самого начала развития реабилитационного направления в психиатрии значительная роль в нем отводилась психосоциальным факторам. Начиная с Филиппа Пинеля, при оказании психиатрической помощи все более возобладает подход, отражающий отказ от изоляции психически больных в закрытых учреждениях в пользу активной работы с ними и привлечения к труду.

В дальнейшем дифференциация реабилитационных усилий привела к выделению определенных разделов в этой области оказания психиатрической помощи, например, социально-трудовой реабилитации в связи с признанием особой важности участия в трудовых процессах и возвращения больного к равной с другими трудовой деятельности в его социальном восстановлении или, например, реабилитационная перестройка психиатрических служб, в них всегда отмечалась, в той или иной степени, значимость восстановления широкого круга психосоциальных отношений с окружающей средой.

Последние два десятилетия психосоциального направления в психиатрии характеризовались бурным развитием преимущественно амбулаторного звена психиатрической помощи. Однако опыт показывает, что ряде региональных психиатрических больниц проводилась работа по реабилитации психически больных с длительными сроками лечения в стационаре. Активное вовлечение пациентов в трудовые процессы, их активизация, создание терапевтической среды позволило выписать значительное количество больных с многолетним пребыванием в больнице.

Наряду с социально-трудовым восстановлением, значительного внимания заслуживает социальная сеть больного, отношение к нему и взаимоотношения окружающих между собой, а также наличие тех или иных конфликтных ситуаций, жизненных трудностей, которые могут привести к декомпенсации состояния пациента.

В связи с вышеизложенным в Омской психиатрической больнице в последние годы активно развивается стационарные формы

психосоциальной терапии и реабилитации.

Одним из первых отделений, специализирующихся на проведении психосоциальной реабилитации в стационарных условиях, было создано медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы № 25. Данное отделение начало функционировать с 1 февраля 2017 года.

В состав отделения входит стационарное отделение на 90 коек, а так же лечебно-реабилитационный участок. Отделение функционирует в режиме стационарного отделения с круглосуточным пребыванием пациентов мужского пола.

Основными задачами отделения являются:

- осуществление лечебной, консультативно-диагностической, психопрофилактической, реабилитационной помощи в условиях стационарного отделения;
- осуществление социально-психологической помощи в стационарных условиях, восстановление утраченных и сохранение имеющихся социальных, бытовых и трудовых навыков;
- индивидуальное ведение пациентов;
- привлечение пациентов к активному участию в выполнении лечебно-реабилитационных программ, осуществление принципа сотрудничества между пациентами и персоналом;
- участие в решении вопросов опеки над пациентами, признанными недееспособными, не имеющими законного представителя (опекуна), находящимся в стационаре;
- формирование мотивации к участию в медико-социальном процессе, овладения и проживания в семье;
- направление на медико-социальную экспертизу.

В соответствии с поставленными задачами отделение выполняет следующие **функции**:

- оказание квалифицированной психиатрической и психосоциальной помощи лицам с психическими расстройствами и их родственникам полипрофессиональной бригадой специалистов;
- осуществление мероприятий, направленных на восстановление максимально доступного пациентам уровня социального функционирования (индивидуальная и групповая работа по психосоциальной реабилитации);
- изучение, обобщение, разработка и внедрение в Учреждении новых технологических подходов, программ и методик социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами и их родственникам.

Отделение принимает **пациентов**, имеющих психическое расстройство, направляемых участковыми психиатрами, психиатрами других подразделений больницы в случаях:

- а) наличия остаточной психотической сим-

птоматики при сохраняющемся упорядоченном поведении с возможностью включения пациентов в медико-реабилитационный процесс;

- б) длительного (более 1 года) срока стационарного лечения;

- в) утраты навыков самостоятельного независимого проживания;

- г) нарушения взаимоотношений с окружающими;

- д) семейных проблем, утраты родственных связей, жилья, регистрации, пенсионного обеспечения и наличия других социальных проблем;

- е) необходимости формирования мотивации к участию в медико-реабилитационном процессе, овладения навыками самостоятельного проживания в семье.

Противопоказано поступление пациентов:

- а) представляющих непосредственную опасность для себя и окружающих;

- б) имеющих в анамнезе суицидальные попытки;

- в) склонных к совершению общественно-опасных действий

- г) страдающих тяжелой сопутствующей соматической патологией и инфекционными заболеваниями (в период обострения);

- д) с отказом от лечения и наблюдения, не способных выполнять режим отделения, отрицательно влияющих на других пациентов;

- е) страдающих алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями.

- ж) в возрасте старше 65 лет.

Контингент пациентов

В отделение поступают на лечение преимущественно пациенты социально неблагополучные и дезадаптированные, утратившие социальные связи и не работающие, получающие низкие заработную плату и пенсию. Большинство из них является инвалидами по психическому заболеванию, либо имеющими признаки стойкой утраты трудоспособности, нуждающимися в направлении на МСЭ. Много усилий прилагается на поиски и установление контактов с родственниками больных, восстановление утраченных документов, гражданства, оформление пациентов в учреждения социальной защиты.

За период 2017-2019 гг. поступившие пациенты по нозологии распределились следующим образом: 67,4 % составили пациенты с психозами, состоянием слабоумия, 21,9 % умственной отсталостью; 10,7 % непсихотическими психическими расстройствами.

По причине госпитализации за вышеуказанный период времени сложился следующий контингент пациентов: 33 % пациентов - для первичного направления на МСЭ; 32 % - повторного направления на МСЭ; 20,5 % - пациенты с госпитализмом, сохранившие родственные связи, нуждающиеся в проведении

активных лечебно-реабилитационных мероприятий; 9 % – оформляющие паспорта; 2,2 % – лица, утратившие жилье и родственные связи

Общей характеристикой пациентов с различными нозологическими формами, находящимися в отделении, являются умеренно выраженная или выраженная степень изменений личности в результате заболевания, социальная недостаточность, проявляющаяся преимущественно в социальной дезинтеграции, трудовой дезадаптации и экономической несостоятельности пациентов.

Особенности организации реабилитационных мероприятий

В отделении работа с пациентами осуществляется в соответствии с индивидуальным планом лечения и психосоциальной реабилитации в рамках программы «Ведение случая».

При поступлении в отделение каждый пациент проходит экспериментально-психологическое обследование, обсуждается на совете полипрофессиональной бригады для получения наиболее полной информации о реабилитационном потенциале, уровне социального функционирования и качества жизни (сведения о течении заболевания, образовании и трудовой деятельности, материально-бытовой сферы, в том числе и данные о материальном положении, жилищных условиях, питании, обеспеченности одеждой, общей активности, способности к самостоятельному обслуживанию, наличие социальных связей, семьи), выявляются наиболее уязвимые стороны, определяется степень выраженности когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, уровень реабилитационного потенциала.

На этапе реализации реабилитационных мероприятий организуются группы пациентов, сходных по поведению и активности. Выделяется 4 группы:

1 группа. Безынициативные пациенты, не вовлекающиеся в трудовые процессы, утратившие навыки самообслуживания и личной гигиены.

2 группа. Пациенты со сниженной инициативой, пассивно вовлекающиеся в трудовые процессы, с выраженными явлениями госпитализма.

3 группа. Пациенты с недостаточной или патологической адаптацией во внебольничных условиях.

4 группа. Пациенты с незначительными изменениями личности и поведения, возвращающиеся после выписки в прежние бытовые и производственные условия.

Основной контингент нашего отделения это пациенты 2, 1 и, реже, 3 групп.

Для пациентов первой и второй группы важным является проведение занятий по обучению элементарным гигиеническим навыкам

или их восстановлению; решение различных социальных вопросов (восстановление необходимых документов, оформление инвалидности, постановка на очереди в ПНИ). Основные мероприятия для этой группы пациентов направлены на преодоление выраженной пассивности, стимуляцию к общению и противопоставляются постельному режиму, т.е. это терапия занятостью. Этот вид социотерапевтического воздействия не ставит перед собой задачу ни восстановления прежних трудовых навыков, ни обучения новым, ни участия пациентов в профессиональной деятельности. С пациентами проводятся элементарные настольные и подвижные игры, элементарные физические упражнения, просмотр фильмов с привлечением к обсуждению сюжетов, несложные литературные беседы, прослушивание музыки и её обсуждение, а так же тематические мероприятия (праздник осени, день хорошего настроения, природа вокруг нас, конкурсные программы ко всем календарным праздникам и т.д.). Пациенты привлекаются к работе в творческой группе, выполняют простые тематические рисунки, поделки из пластилина, аппликации.

Специально для пациентов, которые для дальнейшего проживания переводятся в ПНИ, разработан модуль «Адаптивный», с целью уменьшения напряжённости, тревожности и переживаний каждый пациент в индивидуальном порядке имеет возможность ознакомиться с правилами и условиями проживания в социальном учреждении.

Пациентам третьей группы рекомендуется посещение коммуникативных тренингов, тренинга когнитивных процессов, психобообразовательного модуля «Жизнь с болезнью» с настроен на регулярный приём поддерживающего лечения, модуля «Здоровый образ жизни» с получением информации о вреде курения, алкоголизации, правильном образе жизни; посещение психосоциальных модулей «Личная гигиена», «Правила поведения в социуме», «Тренинг независимого проживания». Каждый пациент имеет возможность в индивидуальном порядке получить консультацию по решению различных социальных вопросов, например, по заполнению квитанций и оплате коммунальных услуг, оформлению документов, вопросам трудоустройства.

Основные психосоциальные мероприятия направлены на повышение эмоционально-волевой активности пациентов. Групповая работа в отделении ведется по следующим темам:

1. Правильный прием лекарственных препаратов.
2. Коммуникативный.
3. Само- и взаимопомощи.
4. Независимого проживания.
5. Правила поведения в социуме.
6. Личная гигиена.

7. Уборка в квартире
8. Поведение в экстренных ситуациях.
9. Поведение в общественных местах.
10. Тренинг когнитивных процессов для пациентов с выраженным снижением интеллектуально-мнестических функций.
11. Трудотерапия.
12. Сказки – это лекарство.
13. Здоровый образ жизни.
14. Арт-терапия, кино-терапия.
15. Модуль «Адаптивный».

Для проведения тренингов и занятий с пациентами с целью индивидуализации работы подобраны методические материалы различной степени сложности. Психолог отделения прошла обучение по программе базового курса «Современная арт-терапия» для получения возможности более широкого и разнообразного применения арт-терапевтических методов в психосоциальной реабилитации. Одним из таких инструментов арт-терапии стали ассоциативные метафорические карты. Яркие и красивые, они позволяют внести разнообразие в работу, стимулировать диалог, заинтересовать пациентов, актуализировать приятные воспоминания; с их помощью можно создавать множество упражнений для развития ассоциативного мышления, тренировки памяти и внимания, применять в тренингах для развития эмоционального интеллекта, они также позволяют безболезненно отразить актуальные переживания и потребности пациентов.

Отделение активно сотрудничает с другими подразделениями больницы, в том числе, загородным медико-реабилитационным комплексом (отделением №20, 21, общежитие с поддержкой). Из 20 отделения в медико-реабилитационное отделение №25 пациенты поступают для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий, направления на МСЭ, а так же проведения медицинского обследования с выдачей заключения о типе дома интерната и отсутствии противопоказаний для предоставления стационарных услуг социального назначения. В отделение №20 пациенты переводятся с целью дальнейшей социально-трудовой реабилитации, а так же в период сбора урожая ягод, овощей.

Пандемия коронавирусной инфекции внесла свои коррективы в сложившийся порядок проведения психосоциальных мероприятий. С апреля 2020 года были прекращены выезды пациентов за территорию больницы. Был период прекращения проведения мероприятий в группах пациентов численностью более 10 человек. Именно в этот период времени были созданы модули с активным использованием видеоматериалов «Экскурсии по городам и странам», «Музеи города Омска».

В план занятий по психосоциальной реабилитации стали чаще включаться занятия по арт-терапии "Рисуем музыку" (с использованием классических музыкальных произведений), картины в технике правополушарного рисования, творческие вечера, посвященные звездам киноиндустрии, поэтам и писателям. Комплекс данных мероприятий помогал снять ситуационно обусловленное психоэмоциональное напряжение. Более интересными для пациентов стали и спортивные мероприятия: турниры по армреслингу, веселые старты. Часть документальной поддержки пациентов, в частности, оформление пенсий пациентам, начали осуществляться в онлайн-режиме, в тесном сотрудничестве с Пенсионным фондом Омской области, другими учреждениями социального значения.

Таким образом, что в психосоциальной поддержке значительная часть пациентов будет нуждаться постоянно. Эффективность проводимых мероприятий напрямую зависит от стабильности их психического состояния. Медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы № 25 в полной мере отвечает потребностям психиатрического учреждения в становлении и развитии психосоциальной терапевтической и реабилитационной работы. Стационарная форма оказания психосоциальной помощи и услуг оказалась весьма значимой в работе психиатрической больницы, особенно в период введения мер по самоизоляции, строгих карантинных мероприятий, связанных с пандемией COVID-19.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования



Клиника психических расстройств

УДК: 616.89

Для цитирования: Петтай Г.А Особенности течения делирия у пациентов с новой инфекцией COVID-19. Омский психиатрический журнал. 2020; 4 (27): 7-8

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19

Г.А. Петтай¹

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2»

1617_22@mail.ru

Аннотация

В сообщении представлены клинические наблюдения, показывающие, что при COVID-19 наблюдаются не только симптомы, типичные для респираторных заболеваний, но и такие нетипичные, как делирий. Делирий — это острое психическое расстройство, протекающее с помрачением сознания, нарушением внимания, восприятия, мышления и эмоциональной дестабилизацией. Приведены клинические особенности делирия при COVID-19.

Ключевые слова: COVID-19, острые психозы, делирий.

FEATURES OF THE COURSE OF DELIRIUM IN PATIENTS WITH NEW COVID-19 INFECTION

G.A. Pettai

Abstract. The report presents clinical observations showing that with COVID-19, there are not only symptoms typical of respiratory diseases, but also atypical symptoms such as delirium. Delirium is an acute mental disorder that occurs with dimness of consciousness, impaired attention, perception, thinking, and emotional destabilization. The clinical features of delirium in COVID-19 are presented.

Keywords: COVID-19, acute psychoses, delirium.

Впервые о вспышке атипичной инфекционной пневмонии КНР сообщило мировому сообществу в декабре 2019 года. Впервые появившись на рыбном рынке Уханя, новая инфекция быстро распространялась и в течении последующих 2х месяцев произошел значительный рост инфицирования и концу января 2020 года в Китае была введена чрезвычайная ситуация. Мир впервые столкнулся с пандемией подобного масштаба. На конец 2020 года число зараженных коронавирусом в мире составляет более 79,4 млн, 44,7 млн выздоровели, умерли более 1,7 млн человек. Лидером по количеству подтвержденных случаев остаются США, где выявлено более 18,6 млн зараженных. Индия на втором месте (10,1 млн), на третьем — Бразилия (7,4 млн), на четвертом — Россия, на пятом — Франция (2,5 млн).

Британские ученые пришли к выводу, что делирий необходимо внести в официальный перечень симптомов COVID-19, потому что он часто сопровождает течение коронавирусной инфекции у пожилых людей, особенно, если у пациентов есть признаки общего ослабления здоровья. В некоторых случаях делирий и вовсе становится единственным проявлением заболевания. Эти результаты исследователи получили при наблюдении 448 стационарных и нестационарных пациентов в возрасте 65 лет и старше с

установленным диагнозом COVID-19.

Основные гипотезы, объясняющие влияние коронавируса SARS-CoV-2 сводятся к трем возможным причинам: гипоксия, или дефицит кислорода нейронов; воспаление ткани мозга из-за цитокинового шторма; и проникновение вируса через гематоэнцефалический барьер. Любой из этих трех факторов потенциально может вызвать делирий.

Омские врачи также отмечают, что в клинической картине ковидной инфекции часто встречаются расстройства сознания делириозного характера.

С июня 2020 года Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2» принимает пациентов с новой коронавирусной инфекцией. Это пациенты с пневмониями, с поражениями лёгких от 35 до 90 %. На базе этой больницы развернуто 320 специализированных коек. Пациентам оказывают специализированную медицинскую помощь врачи всех специальностей, в том числе и врач-психиатр. С июня по ноябрь 2020г. врачом-психиатром проконсультировано 503 пациента с различными психическими расстройствами, из них 123 пациента с делириозным помрачением сознания.

Делирий характеризуется различными на-

рушениями восприятия, галлюцинациями, аффективными расстройствами, двигательным возбуждением. Наблюдая за пациентами, находящихся в делириозном помрачении сознания с коронавирусной инфекцией обращают на себя некоторые особенности течения делирия, отличающиеся от его классического варианта. Обращает на себя внимание то, что большая часть из них – это профессиональные и мусситирующие делирии, реакция на контакт с пациентами живая, зрительные галлюцинации носят не фантастический, а бытовой характер. Ни у одного из пациентов не наблюдались зоологические и кинематографические галлюцинации, двигательное возбуждение у них менее выражено, чем при алкогольном делирии, более выражена рассеянность внимания, часто наблюдается приходящее оглушение. Если классический делирий преимущественно развивается в вечерние часы, то у пациентов с ковидной интоксикацией, он развивается в утренние и дневные часы суток. По длительности делирии более длительные, длятся от 5-7 суток и более. Интересным моментом является то, что после выздоровления пациенты не могли вспомнить о своих переживаниях и с удивлением слушали своих соседей по палате, как те рассказывали об их поведении. Резко выражены при ковидных делириях вегетативные нарушения.

Особое внимание следует уделить делириозным расстройствам у пациентов страдающих шизофренией. Мы наблюдали 5 подобных случаев, все больные получали поддерживающее лечение по поводу основного своего заболевания и не обнаруживали психопродуктивной симптоматики в дневные часы. В ночное время они становились возбуждёнными, у них появлялись зрительные галлюцинации, дезориентировка в месте нахождения. Тематика галлюцинаций у всех была на медицинские темы. В одном случае пациентка видела себя каждую ночь в луже крови, боялась в ней «утонуть», в другом случае пациент видел себя в операционной, как ему «пересаживают органы». Однотипная симптоматика у этих пациентов продолжалась до выхода из делирия в течении нескольких дней. После выздоровления эти пациенты относились с критикой к своим бывшим переживаниям в перенесённом делирии.

Имелся ряд трудностей с которыми пришлось столкнуться при диагностики и лечении пациентов с ковидными делириями:

- сбор анамнеза был крайне затруднён из-за тяжести соматических состояний у пациентов, что необходимо было для дифференциальной диагностики;

- не было объективных сведений от родственников пациентов, из-за наложенного на больницу карантина приходилось опираться только на объективную клиническую картину;

- в связи с психомоторным возбуждением и нарушением сознания, пациенты «сдирали» с себя кислородные маски, в связи с чем врачам-реаниматологам приходилось их переводить на ИВЛ, что усугубляло тяжесть соматического состояния пациентов;

- развитие гипоксии у лиц старшего возраста способствовало переходу делирия в аменцию, и следствием этих нарушений сознания были сопор и кома. Если таких пациентов удавалось вывести из состояния комы, то их психический статус расценивался как выраженные снижения памяти и интеллекта.

Лечение пациентов, находящихся в делириозном помрачении сознания с ковидными пневмониями крайне затруднено из-за высокого уровня поражения легких. Нельзя назначать инфузионную и седативную терапии в полном объеме, так как очень высок риск необратимых осложнений. Лечение каждого пациента подбирается индивидуально с учётом тяжести их соматического состояния.

После выздоровления пациенты, перенёвшие делирий становятся раздраженными, нетерпимыми, требовательными и, в отдельных случаях, даже агрессивными по отношению к медицинским работникам.

Для стабилизации и нормализации психического и психологического состояния пациентов, необходима помощь специалистов специализированной психиатрической клиники, где наряду с назначением медикаментозной терапии, пациентам оказывается психотерапевтическая помощь и психологическая поддержка, так как психическое здоровье-это состояние благополучия.

Возникновение столь тяжелого психического расстройства как делирий при ковид-инфекции свидетельствует о высоком риске долгосрочных расстройств нейродегенеративного характера. COVID-19 может продолжать воздействовать на здоровье пациента спустя многие годы после того, как пандемия окончится. Американские ученые предполагают, что воспалительные процессы мозга, вызванные борьбой иммунной системы с инфекцией, могут повысить риск развития деменции и болезни Альцгеймера у переболевших коронавирусом.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования.

Психофармакотерапия

УДК: 616.89

Для цитирования: Оспанов Т.Б., Гончар А.А. О применении высокотехнологических методов терапии при шизофренических психозах. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 4 (27): 9-13

О ПРИМЕНЕНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ПСИХОЗАХ

Т.Б. Оспанов¹, А.А. Гончар²

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

² Коммунальное казенное предприятие «Павлодарский областной центр психического здоровья».
Павлодар. Республика Казахстан.

bainulu@yandex.kz

Аннотация

Авторы показывают опыт применения арипризола, в работе указана динамика статуса, принимавших препарат, его выгодное отличие от антипсихотиков других поколений. Описывается подбор индивидуальной дозы арипризола, варианты перехода из предшествующей нейролептикотерапии, варианты избегания ошибок при этом и коррекция сопутствующих аффективных проявлений.

Ключевые слова: *Арипризол, кветиапин, рисперидон, галоперидол, антипсихотики.*

TO THE APPLICATION OF HIGH-TECHNOLOGICAL METHODS OF THERAPY IN SCHIZOPHRENIC PSYCHOSIS

T.B. Ospanov, A.A. Gonchar

Abstract. The authors show the experience of using aripiprazole, the dynamics of the status of those who took the drug, its beneficial difference from antipsychotics of other generations. The article describes the selection of an individual dose of aripiprazole, options for switching from previous neuroleptic therapy, with options for avoiding errors in this case, and correction of concomitant affective manifestations.

Keywords: Aripiprazole, quetiapine, risperidone, haloperidol, antipsychotics.

ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения – хроническое психическое заболевание, преимущественно приводящее к эмоционально-волевому дефекту, ограничению уровня жизни, десоциализации и общество перед практическими врачами-психиатрами ставит новые задачи в свете результатов последних научных исследований в области терапии шизофренических психозов. Согласно МКБ-10 [1] для шизофрении присущи симптомы позитивные (псевдогаллюцинации, признаки синдрома Кандинского-Клерамбо, расстройства мышления, кататония), которые успешно купируются нейролептической терапией антипсихотиками 1 и 2 поколения; негативные (апатия, бедность и неадекватность эмоций, социальная отгороженность и непродуктивность, потеря интересов, бесцельность, аутизм), которые неизбежно наступают в течение шизофренического процесса, особенно параноидного спектра и для терапии указанных негативных симптомов в распоряжении практических врачей-психиатров появились антипсихотики третьего

поколения только в текущем столетии.

Следует отметить, развитие наблюдающейся симптоматики согласно дофаминовой концепции связано с усилением активности в мезолимбической системе (продуктивная симптоматика: бред, галлюцинации) и снижением активности мезокортикального пути, ведущего в лобную кору (негативные симптомы: апатия, ангедония, социальная отгороженность, обеднение мыслительной деятельности и когнитивные расстройства) [2-5].

Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕМА) и Управление США по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) считают негативные симптомы шизофрении, которые в долгосрочной перспективе определяют снижение качества жизни больного [6-8], особенно важной мишенью для разработки лекарственных средств [9-11]. Нейролептики первого поколения эффективны при терапии позитивной психотической симптоматики, создают длительные ремиссии, но практически не влияют на негативную симптоматику, вызывают также экстра-

пирамидные явления. Умеренный ресоциализирующий эффект показывают антипсихотики второго поколения. Они отличаются по профилю безопасности, а оптимальная эффективность зависит от дозировки, индивидуальной для каждого препарата [12]. В то же время, применение кветиапина, оланзапина, рисперидона не оказывает должного эффекта на негативную симптоматику, они являются антагонистами D2-рецепторов и не влияют на рецепторы, оказывающие положительное влияние на негативную симптоматику. Антипсихотики 3 поколения, которые нашли применение в психиатрической практике в последнее время к которым относятся арипипразол, карипразин имеют отличные от других антипсихотиков механизмы действия. В исследовании авторов статьи использовался арипипразол - относительно новый атипичный антипсихотик II поколения, производства компании Белупо с торговым названием «арипризол».

Ряд клиницистов относят арипипразол с некоторыми другими недавно появившимися препаратами (брексипипразолом, арипразином, луразидоном, азенапином), к антипсихотикам III поколения, или ко II поколению атипичных антипсихотиков, указывая, что эти новейшие препараты либо практически лишены, либо в меньшей степени вызывают такие свойственные первым ААП побочные эффекты, как ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет типа 2 (СД 2), гиперпролактинемия [13, 14].

Арипипразол считается первым представителем нового подкласса атипичных антипсихотиков, чья «атипичность» и пониженная способность вызывать экстрапирамидный синдром, нейролептическую депрессию и вторичную негативную симптоматику объясняются не на сильным антагонизме к 5-НТ_{2A/C}-рецепторам, а на свойствах парциального агониста (агониста-антагониста) D₂-дофаминовых рецепторов, а также на сильном парциальном агонизме к 5-НТ_{1A}-рецепторам [15]. В силу этого арипипразол часто называют «дофамин-серотониновым стабилизатором» или «дофамин-серотониновым нормализатором». [15]. С теоретической точки зрения, преимущество парциального агонизма к D₂-рецепторам перед их полной блокадой в контексте антипсихотического действия заключается в том, что парциальные агонисты D₂-рецепторов, в частности Арипипразол, способны выступать как фактические агонисты (усиливать дофаминергическую нейротрансдукцию) в тех областях мозга, где дофамин мало (например, в префронтальной коре), давая тем самым положительное влияние на негативную и когнитивную симптоматику шизофрении, и в то же время выступать конкурентами дофамина, фактическими антагонистами, в тех областях мозга, где уровень дофамина патологически повышен (например, в мезолимбичес-

кой области), давая тем самым положительное влияние на продуктивную, и в частности галлюцинаторно-бредовую, симптоматику. Именно за это «выравнивающее», нормализующее дофаминовую передачу действие этот подкласс препаратов, первым представителем которого является арипипразол, и получил название дофамин-серотониновых стабилизаторов [16].

Арипипразол представлен под несколькими торговыми названиями в России, однако торговая марка арипипразол применялся чаще в силу покупательской доступности для пациентов.

При пероральном приеме арипипразол хорошо абсорбируется. Его биодоступность составляет 87% [17]. Период полувыведения (T_{1/2}) в среднем 75 ч. Такой большой T_{1/2} облегчает лечение арипипразолом больных с пониженной комплаентностью (единичные случайные пропуски приема препарата не влияют на эффективность лечения). Арипипразол по химической структуре является производным фенилпиперазина. Таким образом, по своей химической структуре он отличается от производных фенотиазина, бутирофенона, тioxантена и других известных антипсихотиков [18]. Арипипразол является парциальным агонистом дофаминовых D₂-рецепторов [19] и имеет весьма высокое сродство к ним. Благодаря этому при лечении арипипразолом в терапевтических дозах достигается 90–95% блокада D₂-рецепторов стриатума. Такая степень блокады D₂-рецепторов принципиально недостижима без получения выраженных экстрапирамидных синдромов. Важно отметить, что арипипразол, конкурируя с дофамином за занятие D₂-рецепторов и являясь более слабым агонистом D₂-рецепторов, чем дофамин, оказывает тем самым функциональное антагонистическое (антидофаминергическое) действие в тех областях мозга, где концентрация дофамина в синапсах патологически повышена [19]. В то же время в тех областях мозга, где концентрация дофамина патологически снижена, арипипразол оказывает хотя и слабое, но тем не менее клинически значимое функциональное агонистическое (про-дофаминергическое) действие. Следствием этого особого механизма действия Арипипразола являются общее снижение дофаминергической активности в мезолимбических структурах головного мозга (и как результат купирование продуктивной психопатологической симптоматики, бреда и галлюцинаций) и одновременно умеренное повышение патологически сниженной дофаминергической активности в мезокортикальных областях, префронтальной коре (результатом чего является уменьшение негативной и когнитивной симптоматики шизофрении), и минимальное влияние на дофаминергическую активность в тех зонах, где она нормальна, в частности, в нигростриарной и тубероинфундулярной. В силу этих особенностей механизма

действия, а также недостижимой при лечении другими АП высокой общей степени блокады D2-рецепторов (до 98% при максимальной дозе 30 мг) арипризол часто бывает эффективен при шизофрении, резистентной к применению многих других антипсихотиков [19]

Как описано выше, арипризол имеет весьма высокое сродство к D2-рецепторам. Однако, в отличие от большинства других АП, Арипризол является не полным антагонистом, а частичным агонистом D2-рецепторов (S.Stahl, 2013 [19]). Арипризол действует как функциональный D2-антагонист в условиях дофаминергической гиперактивности и как функциональный D2-агонист при дофаминергической гипоактивности. Важным рецепторным свойством препарата является также его сильная парциальная агонистическая активность по отношению к дофаминовым D3-рецепторам. Это также может придавать арипризолу дополнительные антидепрессивные, антинегативные и прокогнитивные свойства [20, 21, 22, 23]. Именно этим объясняются одновременное положительное воздействие арипризола как на позитивную, так и на негативную, когнитивную и аффективную симптоматику. Таким образом, основное отличие арипризола от других антипсихотиков заключается в том, что он может оказывать модулирующее или стабилизирующее действие на дофамин-серотониновую систему головного мозга.

Арипризол имеет наименьшее среди всех ААП сродство к α -адренергическим, H1-гистаминовым и M-холинергическим рецепторам. В связи с этим при его применении низок риск возникновения побочных эффектов: ортостатическая гипотензия, чрезмерная седация, не происходит значимого повышения аппетита или увеличения массы тела, неблагоприятных изменений гликемического или липидного профиля, отсутствуют холинолитические реакции [24]; [25]).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 31 пациент в возрасте от 18 до 49 лет с шизофренией простой, параноидной, аффективно-параноидной и соответствовавшими рубрикам раздела F20.016, F20.6 и F25.2 МКБ-10. Возраст начала болезни (манифестации психоза) варьировал от 11 до 45 лет. В 23 наблюдений заболевание началось остро. Продолжительность болезни варьировала от 3 мес. до 15 лет. Длительность обострения психотических расстройств – от 4 до 9 мес. Согласно критериям МКБ -10, в 7 случаях была установлена Шизофрения, шизоаффективная (F25.2), в 23 случае Параноидная шизофрения с эпизодическим течением (F20.16) и у 1 пациента установлена Простая шизофрения (F20.6) Синдромальная картина психоза у 23 пациентов

определялась параноидными расстройствами с преобладанием чувственного бреда, псевдогаллюцинациями, у 2 больных – маниакально-бредовыми расстройствами. У 5 больных имел место депрессивно- параноидный синдром и у одного выраженная апатико-абулическая симптоматика с причудливыми компульсивным и нерезко выраженными бредовыми симптомами. У пациентов не определялись интеллектуально-мнестические расстройства вне обострений. В 5 случаях выявлялись те или иные соматические заболевания. В 1 случае артериальная гипертензия, в 3 ожирение и в 1 случае сахарный диабет 2 типа. Изучение лечения арипризолом шизофренических психозов проводилось открытым методом. Доза препарата составляла 0,01-0,03 г/сутки и более. Планировалась длительная терапия. Допускалось одновременное использование клозапина в отдельных случаях; применение антидепрессантов (в том числе с преимущественно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина). Все больные прошли полное клиническое и соматическое обследование. Оценка динамики состояния больных в ходе терапии арипризолом проводилась при помощи следующих шкал: "Краткая психиатрическая шкала" (BPRS), "Шкала побочных эффектов" (SAERS). При анализе данных, полученных с помощью шкалы BPRS, использовалась группировка ряда психопатологических симптомов по пяти факторам. При анализе по шкале SAERS мы сочли целесообразным подсчитывать также суммарный балл экстрапиримидных симптомов и симптомов паркинсонизма. Оценка состояния больных с помощью каждой из шкал осуществлялась непосредственно перед началом лечения (нулевая точка) и далее в конце 3-й и 6-й недель испытания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

До начала терапии арипризолом 27 больных получали лечение психотропными средствами и принимали различные нейролептики (галоперидол, рисперидон, оланзапин, клозапин), а некоторые – антидепрессанты (трициклические и СИОЗС). У 3 больных наблюдались выраженные осложнения нейролептической терапии с преобладанием паркинсонизма и/или поздней дискинезии от предшествующей терапии. Лечение арипризолом не менее 42 дней прошли 29 больных. В 3 случаях терапия была прекращена досрочно из-за необходимости купирования другими нейролептиками обострившейся психопатологической симптоматики; во всех случаях – на 3-й неделе лечения. При анализе результатов исследования данные о динамике состояния больных, досрочно выбывших из исследования, использовались

при расчетах в тех ее точках, где они еще принимали арипризол. Средняя суточная доза препарата составляла 0,018 мг. Эффективность лечения психотических расстройств, которая оценивалась путем сравнения показателей шкал до начала и по окончании терапии, оказалась весьма высокой. Сумма баллов BPRS у 22 больных, прошедших полный курс терапии арипризолом, редуцировалась на 30% и более. При параноидной шизофрении редукция суммарного показателя шкалы BPRS оказалась 45,1, а шизоаффективной шизофрении (параллельно использовались антидепрессанты, клозапин 0,1 исходя) 48,8. Наибольшую степень обратного развития обнаруживали галлюцинации и бред, эмоциональная отгороженность, тревога, напряжение, возбуждение и злобность, подозрительность факторы, несколько меньшую депрессию, заторможенность и сглаженность аффекта, дезорганизация мышления, величина которого была исходно весьма невысокой. Редукция каждого из этих факторов была статистически значимой. При параноидной шизофрении в большей степени редуцировались такие симптомы, как галлюцинации и бред, эмоциональная отгороженность, злобность и подозрительность, также тревога, напряжение и возбуждение, несколько в меньшей степени депрессия и сглаженность аффекта. К концу 3-й недели терапии наступала статистически достоверная редукция позитивной психосимптоматики, далее продолжали уменьшаться нарушения эмоциональной сферы. К концу 3-й недели почти достигали предельных отметок редукции симптомы: тревога, напряжение, возбуждение; продолжали подвергаться редукции: эмоциональная отгороженность, депрессия, заторможенность и сглаженность аффекта. Происходившая в процессе терапии арипризол редукция психотических расстройств сопровождалась ресоциализацией пациентов (помогали по дому, некоторые активно, просили увезти на дачу, места отдыха, шопинг). Побочные эффекты арипризола. Выраженные побочных действий препарата, приведших к его отмене, не наблюдалось. Нерезко выраженные побочные эффекты были выявлены у 8 из 31 больных при их обследовании в конце 3-й недели лечения. Чаще были жалобы на легкую сонливость (4) и акатию (6). Однако эти симптомы были проходящими и не требовали медикаментозной коррекции, в двух случаях уменьшена доза на 50%. Согласно анализу динамики побочных действий с использованием шкалы SAERS, показатель этой шкалы значительно уменьшается уже к концу 3-й недели терапии, а к ее завершению он редуцируется по сравнению с начальной отметкой. У большей части больных улучшение суммарного показателя по шкале BPRS составило как минимум 70%. В пользу нашего вывода говорит то, что редукция таких симптомов, как бред и галлюцинации, расстройства мышления

и тесно связанных с ними симптомов злобности и подозрительности, аффективных нарушений опережала обратное развитие. Помимо основных симптомов психозов подвергались редукции и явления когнитивной недостаточности, связанных с предшествующей терапией галоперидолом, высокими дозами рисперидона. Лечение проводилось назначениями первичным 10 мг арипризола, каждые 5 дней дозу повышали на 5 мг до подбора терапевтической дозы. При необходимости первые 7-14 дней использовали клозапин до 0,1/сут.; а сопутствующая депрессия хорошо купировалась милнаципраном по утверждённой инструкцией рекомендациями. Выбыли из лечебного процесса 2 пациента с актуализацией предшествующей активной психосимптоматики и госпитализацией, чему способствовала форсирование перехода на арипризол в течение 10 дней. При плановом переходе на арипризол с постепенной отменой предшествующего нейролептика в течение 28-42 дней при этом наращивая дозу арипризола мы избегали обострения. Напротив, пациенты в последующем стали более активными, обращает на себя внимание заметное улучшение эндокринного статуса. Часть исследуемых пациентов ставили вопрос о трудоустройстве.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

ЛИТЕРАТУРА

1. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства//Практическое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. 2004. С.55-59.
2. Карлсон А., Лекрубье И. Дофаминовая теория патогенеза шизофрении: руководство для врачей.-Лондон: Taylor&Francis. 2004.
3. Kapur S., Remington G. Atypical antipsychotics: new directions and new challenges in the treatment schizophrenia//Annu Rev Med/-2001. Vol.52/-P.503-517.
4. Miyamoto S., Duncan G.E., Marx C.E., Lieberman J.A. Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs//Mol psychiatry/-2005.-Vol.10.-P.79-104.
5. Stahl S.M/ Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application.-3rd ed.-Cambridge University Press, 2008/-1117p.
6. Matsui M., Sumiyoshi T., Arai H. et al. Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia //Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. -2008.-Vol/32.-P.280-087
7. Savilla K., Ketler L. Galletly. Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia// Aust N Z J Psychiatry.-2008/-Vol.42.-P.496-504.
8. Blanchard J.J., Kring F.M., Horan W.P. et al. Toward the next generation of negative symptom assessments: the collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia//Schizophr Bull.-2011.-Vol.37.-P.291-299
9. Мосолов С.Н. Некоторые теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии

шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов// Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.-2010.-Т.110, №6.- стр. 4-11.

10. Laugren T., Ltvn R. Food and Drug administration commentary in methodical issues in negative symptom trials// Schizophr Bull.-2011.-Vol.37.-P.255-256

11. European medicines agency. Guideline in clinical investigation of medicinal products, including depot preparation in the treatment of schizophrenia. 20 September 2012; EMA/CHMP/40072/2010 Rev.1 Committee for Medicinal products for Human Use (CHMP). Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_gb/document_library/scientific_guideline/2012/10/wc500133437/pdf (accessed Dec 4, 2015)

12. Тэндон Р., Джигсон М.Д. Сравнение эффективности атипичных антипсихотиков первой линии: отсутствие значимых различий в эффективности рисперидона, оланзапина, кветиапина, ципразидона, арипризола. ПМЖ. 2007; 24: 1985-1985.

13. Lieberman JA. Dopamine partial agonists: a new class of antipsychotic. CNS Drugs 2004; 18: 251-67.

14. Быков Ю.В., Беккер Р.А., Сюняков Т.С. Зипрасидон: баланс между эффектами, эффективностью и переносимостью. Психиатрия и психофармакотерапия. 2016; 18 (4): 52-62. /

15. Stahl SM. Dopamine system stabilizers, aripiprazole, and the next generation of antipsychotics, part 1, "Goldilocks" actions at dopamine receptors. J Clin Psychiatry 2001; 62: 841-2.

16. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Application. 4th Ed. Cambridge University Press, 2013; ISBN 978-1107025981.

17. Mauri MC, Paletta S, Maffini M et al. Clinical pharmacology of atypical antipsychotics: an update. EXCLI J 2014; 13: 1163-91.

18. Морозов П.В. Арипипразол (Абилифай) – новый атипичный антипсихотик. Психиатрия и психофармакотерапия. 2006; 8 (4): 14-7. / Morozov P.V. Aripiprazol (Abilifai) – novyi atipichnyi antipsikhotik. Psychiatry and Psychopharmacotherapy. 2006; 8 (4): 14-7. [in Russian]

19. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology. Neuroscientific Basis and Practical Application. 4th Ed. Cambridge University Press, 2013; ISBN 978-1107025981.

20. Jordan S, Koprivica V, Chen R et al. The antipsychotic aripiprazole is a potent, partial agonist at the human 5-HT(1A) receptor. Eur J Pharmacol 2002; 441: 137-40.

21. Hirose T, Uwahodo Y, Yamada S et al. Mechanism of action of aripiprazole predicts clinical efficacy and favorable side-effect profile. J Psychopharmacol 2004; 18: 375-83.

22. Burris KD, Molski TF, Xu C et al. Aripiprazole, a novel antipsychotic, is high affinity partial agonist at human dopamine D2 receptors. J Pharmacol Exp Ther 2002; 302 (1): 381-9.

23. Jordan S, Koprivica V, Dunn R et al. In vitro effects of aripiprazole on cortical and striatal dopaminergic and serotonergic function. Eur J Pharmacol 2004; 483: 45-53.

24. Иванов М.В., Шипилин М.Ю., Баншиков Ф.Р. Опыт применения арипипразола (Абилифай) в лечении больных шизофренией. Соц. и клин. психиатрия. 2009; 19 (2): 46-50. / Ivanov M.V., Shipilin M.Yu., Banskchikov F.R. Opyt primeneniia aripiprazola (Abilifai) v lechenii bol'nykh shizofreniei. Sots. i klin. psikhiatriia. 2009; 19 (2): 46-50. [in Russian]

25. Шафаренко А.А., Капилетти С.Г. Эффективность и переносимость арипипразола при купировании маниакальных состояний. Соц. и клин. психиатрия. 2009; 19 (1): 102-7. / Shafarenko A.A., Kapiletti S.G. Effektivnost' i perenosimost' aripiprazola pri kupirovani



Психотерапия и реабилитация

УДК 364.26

Для цитирования: Волкова М.А., Гранкина И.В. Опыт социального сопровождения в детско-подростковой психиатрической службе. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 4 (27): 14-16

ОПЫТ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

М.А. Волкова, И.В. Гранкина

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

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

plastinina_marina@mail.ru

Аннотация

В современных подходах к социальной работе в психически больными детьми особое значение придается психосоциальной работе с родителями. Это реализуется как в плане повышения роли в лечебно-реабилитационном процессе, так и в отношении мобилизации имеющихся ресурсов для повышения эффективности оказываемой психиатрической помощи

Ключевые слова: социальное сопровождение, психические заболевания у детей.

EXPERIENCE OF SOCIAL SUPPORT IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRIC SERVICE

M.A. Volkova, I. V. Grankina

Abstract. In modern approaches to social work in mentally ill children, special importance is attached to psychosocial work with parents. This is being realized both in terms of increasing the role in the treatment and rehabilitation process, and in mobilizing available resources to improve the effectiveness of mental health care.

Keywords: social support, mental illness in children.

Современные реалии диктуют новые вызовы. «На сегодняшний день среди дошкольников психические расстройства и аномалии развития - 60% от общего числа детей. Среди школьников расстройства и аномалии развития - 70-80% от общего числа учащихся», - считает Главный психиатр Минздрава России, директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени Сербского Зураб Кекелидзе. Очевидно, что в эти показатели включены разные категории: дети, которые наблюдаются на дому, в дневном стационаре и в стационаре круглосуточного пребывания. На всех трех уровнях дети с психическими расстройствами нуждаются в социальной поддержке, а именно в социальном сопровождении.

Подробнее рассмотрим категорию детей, которые находятся в стационаре круглосуточного пребывания. Социальное сопровождение - это содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, которое оказывается при необходимости гражданам, в том числе родителям, опекунам, попечителям, иным законным представителям несовершеннолетних детей, а также, в нашем случае и самим детям с психическими расстройствами. Данное понятие, в свою очередь, интегрирует с понятием психосоци-

альная реабилитация. Как происходит такая модификация?

Психосоциальная реабилитация - это мультидисциплинарная сфера деятельности, 14-направленных усилий разных специалистов, работающих с детьми и подростками в сфере охраны психического здоровья. Таким образом, социальное сопровождение и психосоциальная реабилитация направлены на общее решение проблемы - социальную помощь.

В отделениях детской психиатрии психосоциальная реабилитация имеет свою специфику в силу особенностей детского организма. Таким образом, целью реабилитации становится реадaptация с возвращением в стимулирующую среду и удержанию в обществе. Основой реадaptации является восстановление утраченных навыков и последовательное формирование новых функций, навыков и личностных качеств. Это необходимо для того чтобы личность ребенка была гармонично устойчива к воздействию различных патогенных факторов и к последующему нормативному развитию с учетом возрастающих возрастных требований [4].

Поэтому, биопсихосоциальная природа психических и поведенческих расстройств у детей ведет к тому, что психосоциальная реабилитация осуществляется совместной работой

специалистов, которые работают в детско-подростковой психиатрической службе. Такими специалистами являются: психиатры, психологи, специалисты по социальной работе, педагоги-воспитатели, медицинские сестры [7].

Традиционно, психосоциальная реабилитация в отделениях детской психиатрии имеет следующие формы работы [3]:

- Ведение полипрофессиональных бригад;
- Индивидуальные и групповые модульные занятия для детей и родителей;
- Индивидуальное ведение случая;
- Семейная терапия;
- Тренинги социальных и коммуникативных навыков;
- Инструментальная поддержка;

В современных подходах социальной работы, учитывая специфику детской психиатрии, особое значение придается психосоциальной работе с родителями, как в плане повышения роли в лечебно-реабилитационном процессе, так и в отношении мобилизации имеющихся ресурсов для повышения эффективности оказываемой психиатрической помощи [1].

Родителям принадлежит огромная роль в создании благоприятной микросоциальной среды в плане обеспечения адекватных условий для формирования личности ребенка, в отношении ребенка к имеющемуся психическому расстройству, поэтому вовлечение родителей в терапевтический процесс рассматривается как обязательная составная часть комплексной помощи, включающей проведение направленной психосоциальной терапии, учитывающей потребности детей и родителей [5].

Несмотря на очевидную значимость, данная проблема в детской психиатрии остается недостаточно изученной как в методологическом, так и в практическом аспектах.

Применение психосоциальной реабилитации можно рассмотреть на примере детско-подростковой службы г. Омска БУЗ ОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой».

Служба подразделяется на детское психиатрическое отделение №10 и подростковое психиатрическое отделение №12.

В отделениях дети и подростки имеют различные патологии, поэтому социальное сопровождение в реабилитации должно быть строго индивидуальным. Таким образом, анализ распределения нозологических форм показывает, что на первом месте среди поступивших, пациенты с органическими непсихотическими расстройствами – 193 (42,4 %), на втором месте – пациенты с умственной отсталостью – 163 (35,8%), на 3 месте – пациенты с шизофренией – 44 (9,7%), на четвертом месте – другие непсихотические расстройства, а так же поведенческие расстройства – 29 (6,4%).

Главной особенностью детских отделений от взрослых комплексных психиатрических стационаров является то, что в детско-

подростковом подразделении преимущественно осуществляется направление культурно-досуговой занятости пациентов. Инструментальную поддержку пациентам оказывают их законные представители: родители или опекуны.

Далее, можно подробнее рассмотреть проведение психосоциальной реабилитации в отделениях:

1. Групповая работа

К групповой работе в условиях стационара привлекается около 90 % детей, за исключением детей и подростков, чье состояние не позволяет им находиться в условиях группы (острый психоз, грубые нарушения поведения и интеллекта). При организации групповой работы учитывается психическое состояние ребенка, применяется индивидуальный подход, щадящий режим. Объем, содержание и направленность групповых тренингов для каждого пациента строго индивидуальны, и проводятся в соответствии с планом реабилитационных мероприятий.

Для отделения №10 характерны тренинги, которые направлены на развитие творческих способностей детей, на стимуляцию познавательных процессов. Поэтому специалистом по социальной работе в большей степени проводятся когнитивные тренинги.

Для отделения №12 характерны тренинги, которые направлены на развитие коммуникативных способностей у подростков, повышение социальной активности, развитие их способностей к общению, повышение самооценки.

2. Арт-терапевтические группы.

Направлены на снятие эмоционального напряжения, самопознание, организацию группового взаимодействия с помощью творческих методов. Такие занятия проводятся как в отделении №10, так и в отделении №12. Занятия могут быть приурочены к каким-либо праздникам или темам, а также иметь свободный характер.

3. Культурно-досуговая работа.

В детско-подростковом подразделении осуществляется организация праздничных мероприятий, на которых пациенты выступают с помощью поддержки сотрудников. К таким мероприятиям относятся: День защиты детей, День знаний, 8 марта, 23 февраля, 9 мая, дискотеки. А также включились новые приемы занятия досуга, которые постепенно вводятся в практику: интерактивная игра «Угадай мелодию», просмотр фильмов с социальной проблемой и обсуждением после просмотра, планируется работа по направлению «Социальный театр». А также в детско-подростковом подразделении проводятся тематические беседы, «час поэзии», познавательные беседы с обсуждением, викторины, конкурсы, подвижные игры, которые позволяют детям раскрепоститься, проявить себя, способствуют открыто-

му и искреннему общению в неформальной обстановке. Летом активная деятельность осуществляется на улице, а зимой в отделениях.

Хочется отметить, что в подростковом отделении необходима консультативная работа о таких явлениях, как социальная исключенность, дискриминация, стигматизация. По статистическим оценкам ВОЗ около 20% подростков во всем мире сталкиваются с нарушениями психического здоровья, но лишь единицы проходят диагностику и лечение, потому что боятся стигмы в обществе. Примером могут послужить слова пациентки: «Я не хочу больше сюда попадать, куда я теперь пойду учиться, где я буду работать?». Данное направление будет прорабатываться специалистом по социальной работе в дальнейшей работе.

В заключении, хочется отметить, что в условиях современного постоянно изменяющегося общества необходимо находить новые подходы социального сопровождения детей с психическими расстройствами в условиях стационара.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабнех, О. Н. Социальная работа с детьми и подростками в психиатрии // Молодой ученый. 2019. №6. С. 164-168.
2. Балева Л.С., Кобринский Б.А., Лаврентьева Е.Б., Подольная М.А., Соболев Н.М., Таперова Л.Н. Проблемы реабилитации детей-инвалидов (по данным Федерального регистра) // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2011. № 3. С. 5-12
3. Буянов М.И. Беседы о детской психиатрии / М.И. Буянов. – М.: Просвещение, 1986. с 31.
4. В. Корень, А. М. Марченко. Подходы к психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами Е. //Социальная и клиническая психиатрия. 2011. № 2. С. 22-27.
5. Винярская И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. 25 с.
6. Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье. [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/topics/mental_health/ru/ (Дата обращения 19.05.20).
7. Гайдук Ф.М., Гелда Н.П., Объедков В.Г. Психосоциальная реабилитация детей, страдающих шизофренией и общими расстройствами психического развития // Инструкция по применению. - Минск, 2007. – С.115- 117.
8. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 491 с.



Клиническая психология

УДК: 616.89

Для цитирования: Аксёнова А.С., Малютина Т.В. Экстренная психологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 4 (27): 17-20

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПОСТРАДАВШИМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

А.С. Аксёнова¹, Т.В. Малютина²

¹ БУЗОО «Территориальный центр медицины катастроф»

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

1617_22@mail.ru

Аннотация

Экстренная психологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях природного, техногенного и социального характера является одной из функций специалистов лаборатории психофизиологического обеспечения, психокоррекции и психотерапии Омского территориального центра медицины катастроф. Наряду с задачами обеспечения психофизиологической надежности деятельности профессиональных контингентов, участвующих в ликвидации чрезвычайных ситуаций, мероприятия в рамках экстренной психологической помощи пострадавшим активно осуществляются в Омске и Омской области с 2012 года. В статье проанализирован практический опыт оказания психологической помощи людям, непосредственно попавшим в угрожающую ситуацию, а также их родственникам или очевидцам ситуации.

Ключевые слова: Психологическая помощь, чрезвычайная ситуация, психокоррекция, психотерапия.

EMERGENCY PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO VICTIMS IN EMERGENCY SITUATIONS

A.S. Aksenova, T.V. Malyutina

Abstract. A Emergency psychological assistance to victims of natural, man-made and social emergencies is one of the functions of specialists from the laboratory of psychophysiological support, psychotherapy and psychotherapy of the Omsk Territorial Center for Disaster Medicine. Along with the tasks of ensuring the psychophysiological reliability of the activities of professional contingents involved in the elimination of emergency situations, measures within the framework of emergency psychological assistance to victims have been actively carried out in Omsk and the Omsk region since 2012. The article analyzes the practical experience of providing psychological assistance to people who are directly in a threatening situation, as well as to their relatives or eyewitnesses of the situation.

Keywords: Psychological help, emergency, psychocorrection, psychotherapy.

ВВЕДЕНИЕ

Экстренная психологическая помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях природного, техногенного и социального характера является одной из функций специалистов лаборатории психофизиологического обеспечения, психокоррекции и психотерапии Омского территориального центра медицины катастроф.

В практическом руководстве психолога МЧС экстренная психологическая помощь определена как целостная система мероприятий, направленных на оптимизацию актуального психического состояния пострадавших, а также родственников и близких погибших и пострадавших в условиях ЧС, снижение рисков возникновения массовых негативных реакций и профилактику отдаленных негативных психических последствий, включающая в себя как отдельные специальные методы психологического воздействия, так и организацию особой среды, окружающей пострадавших, в процессе ликвидации последствий ЧС1.

Таким образом, перед специалистом психологической службы, работающим в условиях чрезвычайной ситуации, стоят три основные задачи:

- нормализация актуального психологического состояния пострадавших;
- профилактика возникновения у пострадавших отдаленных психологических последствий травмирующего события;
- снижение риска возникновения массовых негативных реакций.

Работу специалиста психологической службы, принимающего участие в ликвидации последствий ЧС, можно условно разделить на три этапа: организационно-подготовительный, основной, завершающий. Схема является общей организационной основой, подходящей для описания любого алгоритма организации работы специалиста вне зависимости от осуществляемого мероприятия. Каждому этапу свойственны свои конкретные цели, задачи, которые стоят перед психологом.

Мероприятия, в рамках которых оказывается экстренная психологическая помощь:

- о массовые мероприятия (сопровождение похорон; сопровождение выезда родственников пострадавших и погибших на место трагедии);
- о ситуация массового скопления людей (пострадавших, родственников и близких погибших и пострадавших), ожидающих дальнейшего развития ситуации;
- о процедура опознания;

о эвакуация и размещение пострадавших в ПВР;

о оказание экстренной психологической помощи родственникам пострадавших, чья судьба неизвестна;

о работа «Горячей линии».

Данные по оказанию экстренной психологической помощи пострадавшим в период 2013-2018 гг. выборочно представлены в таблице 1.

Таблица 1

Оказание экстренной психологической помощи в г. Омске в 2013-2018 гг.

Дата	Выезд	Кол-во лиц, которым оказана ЭПП	Из них детей
01.07.13	выезд к родственникам погибшего в автоаварии в с.Розовка	3	
09.08.13	работа с пострадавшими в ЧП на частном предприятии (территория завода «Полет»)	3	
17.08.13	участие в ликвидации последствий аварии на речном транспорте (теплоход «Полесье»), выезд в ГДКБ №3	8	3
18.08.13	участие в проведении процедуры опознания (БСМП1)	7	
21.08.13	участие в сопровождении гражданской панихиды (прибл. число присутствующих – ок.130 чел.).	3	
18-28.08.13	мониторинг психологического состояния и психологическая поддержка пострадавших «Полесья», находящихся в ЛПУ	БСМП-1 - 5 (9 посещений); МСЧ №9 - 2 (6 посещ.)	
17.11.13	консультирование родственников пострадавших в инциденте в пос. Амурском, выезд в ГДКБ №3	4	
18-28.11.13	мониторинг состояния и психологическая поддержка пострадавших	1 (2 консультации)	
11.05.14	Выезд в аэропорт, встреча пострадавших от ЧС в Египте, консультирование родственников	7	5
08.08.14	Встреча и сопровождение в ПВР вынужденных переселенцев из Украины (84 чел).	9	
24.08.14	встреча и сопровождение в ПВР вынужденных переселенцев из Украины (732 чел)	12	
25.08.14	выезд в ПВР (Д/д №10), в роддом №6, в ГБ№1, психологическое сопровождение по запросу администрации	5	3
24.06.15	Выезд на место аварии на Сыропятский тракт	6	
25.06.15	Выезд в БСМП-1 на опознание	8	
12.07.15	Выезд на место обрушения казармы в пос.Светлый	20	
	Выезд в ГБ-1 к родственникам пострадавших	9	
13.07.15	Выезд в д/о «Металлург» к родственникам пострадавших в пос.Светлом	14	1
14.07.15	Выезд на церемонию прощания в пос.Светлый	8	3
31.07.15	Выезд в сан. «Лесной», псих.сопровождение вын.переселенцев из Украины	12	4
01.02.2017	Выезд на ул.11 Северная (захват заложников)	2	1
17.05.17	Выезд к пострадавшим в автоаварии на ул.Гагарина в ГДКБ №3	3	1

05.07.17	Выезд на церемонию прощания с погибшими в ЧС на трассе «Иртыш», сопровождение	4	-
22.12.2017	Выезд в БУЗОО «БСМП-1» к пострадавшей в ДТП, консультирование персонала отделения	2	-
31.01.2018	Выезд в пос. Новоомский к пострадавшим при пожаре в общежитии	17	4

Специфика полевой работы психолога в предлагаемых обстоятельствах предполагает модификацию принципа добровольности помощи, включенного в обычный этический кодекс специалиста. Особенности состояния пострадавших обуславливают изменение стиля поведения психолога, который занимает активную позицию и самостоятельно «предлагает» свою помощь пострадавшим: по результатам наблюдения и оценки психического состояния пострадавших предпринимает активные действия для установления контакта и последующей работы с актуальным состоянием.

Для повышения адресности психологической помощи психолог использует простейший алгоритм оценки состояния пострадавших, состоящий из трех шагов: необходимо убедиться в способности пострадавшего к контакту, целенаправленности его поведения в целом и наличия критики к происходящему и собственному состоянию. В зависимости от степени сохранности этих функций принимается решение о психологической помощи либо о передаче пострадавшего специалистам психиатрического профиля.

Кроме того, экстренная психологическая помощь не осуществляется в случае развившегося у пострадавшего реактивного психотического состояния, в этом случае он также передается бригаде психиатрической помощи.

При оказании экстренной психологической помощи в виде «нормализации» психического состояния психолог пользуется следующей информацией: согласно диагностическим критериям, указанным в МКБ-10, для острой стрессовой реакции характерна обязательная и четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики; начало обычно немедленное или через несколько минут. Симптомы имеют следующие характеристики:

1) смешанная и обычно меняющаяся картина, в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;

2) прекращаются быстро (самое большее в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стрессорное воздействие продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Таким образом, указанные реакции относятся к развитию преходящих эмоциональных,

когнитивных и поведенческих симптомов в ответ на исключительный стресс. Симптомы рассматриваются как нормальный спектр реакций, вызванных крайней тяжестью стрессора и в сущности, сообразуясь с современными представлениями о стрессе, практически все названные реакции на угрозу являются вариантами смещенной активности (эмоциональное отреагирование, нервная дрожь, агрессия, истероидная реакция). Такая активность не удовлетворяет актуальную на данный момент психологическую потребность, но в условиях чрезвычайно ограниченных позволяет завершить условный «цикл стресса», обращает психофизиологическую энергию вовне. Содержательными стратегиями психологической помощи при данных реакциях будут всевозможные формы психологической поддержки и контейнирование эмоций (при плаче), «нормализация» реакций (при нервной дрожи), переадресация нервного напряжения в социально приемлемое русло (при агрессии). Истероидную реакцию психолог, привлекаемый к работе с пострадавшими, определяет как запрос на помощь и работает с ней в рамках полевого экспресс-консультирования после того, как пройден пик реакции (дать ей состояться, наблюдать включенно, установить зрительный контакт, переключить внимание).

Состояние апатии требует иного содержания психологической помощи: реакция интерпретируется как защитная на фоне выраженного психического утомления, потому слишком активные интервенции будут не уместны, тем более попытка вовлечь в деятельность морализаторскими призывами («посмотри, все работают, хватит сидеть»). На ранних этапах используется прямая физическая поддержка, восполнение вполне материальных ресурсов организма (угоразить выпить сладкий чай, съесть кусочек хлеба или конфету, прилечь, если соглашается, снять обувь, проконтролировать прием привычных обязательных лекарств). Чуть позже допускается пробовать вовлечение в осмысленную активность и/или беседу, связанную с построением плана самых ближайших действий.

Экстренная психологическая помощь родственникам выживших пострадавших представляет собой психообразовательную работу с их ближайшим окружением, которое, в случае адекватного поведения, является важнейшим источником психологической поддержки и помощи для пострадавшего. Такой же тактики психологи придерживаются и в отношении помощи родственникам погибших – организация и адекватное

инструктирование их близких.

В случае очевидцев или сторонних наблюдателей происшествия психологическая помощь в первую очередь заключается в профилактике массовых негативных реакций (панических, агрессивных) путем определения источника возможной психологической опасности (как правило, это один человек) и работой с ним по указанным алгоритмам помощи.

Подводя итог отметим, что представления о психологических механизмах адаптации к стрессу изменились в последние годы. Сейчас многие специалисты признают, что значительные психофизиологические изменения являются нормальной реакцией на стресс, даже в определенной степени отставленные от момента происшествия (до 4 недель). Специальные лонгитюдные исследования показали, что в подавляющем большинстве случаев эти симптомы проходят самостоятельно, без каких-либо специальных интервенций (в 80 % случаев). Тем не менее, в первые недели после события людям может быть предложена «первая психологическая помощь». Ниже приведем и дополним рекомендации, составленные сотрудниками лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского института психиатрии МЗ РФ и одноименной кафедры МГППУ, которыми специалисты ЛПФО Центра медицины катастроф руководствуются в работе. Отметим, что на ранних стадиях переработки травмы как правило, не применяются специальные психологические техники.

Итак, основные виды психологически грамотных действий при оказании помощи пострадавшим:

- 1) удовлетворение физических нужд и создание физического комфорта;
- 2) создание атмосферы безопасности;
- 3) оказание практической помощи в организации повседневной жизни с целью разгрузки (или, напротив, для вовлечения в осмысленную умеренную активность);
- 4) фасилитация любых форм контакта с приятными и любимыми людьми;
- 5) образовательная работа – нормализация типичных постстрессовых реакций, которые могут казаться пугающими и расцениваться как признаки душевного надлома или психического расстройства;
- 6) важно поддерживать выдвижение реальных жизненных задач и помогать в определении приоритетов на ближайшее время (что сейчас можно начать делать? с чего лучше начать?);
- 7) говорить с человеком о том, о чем ему самому хочется говорить, не форсировать его рассказ о пережитой травме. Любое обсуждение травмы должно включать на первом этапе только то, что сам человек хочет обсуждать. Специалистам не рекомендуется стимулировать пережившего травму воспроизводить и повторять собы-

тия, а скорее следовать за ним, выслушивать то, что он хочет сказать, не перегружая вопросами и информацией. В то же время не следует избегать этих рассказов, важно дать возможность свободно высказываться и поддерживать его в этом, проявляя заинтересованность и понимание. При этом специалист должен соблюдать оптимальный баланс между сочувствием, эмоциональной вовлеченностью и оптимальной дистанцией, чтобы быть способным контейнировать тяжелые чувства и пугающие детали и создать у травмированного ощущение того, что он (специалист) способен вынести его рассказ и чувства. Активное слушание, которое применяется психологом в подобных беседах, носит специфический характер. Важно не давать положительной обратной связи пострадавшему в той части рассказа, где он переходит к угрозам расправы с «виновниками» происшествия или, тем более, к самообвинению. Достаточно внимательного выслушивания, без утвердительного кивания головой или побуждающих междометий.

В целом стратегическим направлением в оказании психологической помощи человеку, ставшему жертвой чрезвычайных обстоятельств, является помощь в переходе от состояния жертвы обстоятельств к «субъектности». Такая психологическая помощь подразумевает преодоление момента «пустого настоящего», адекватную оценку ущерба и инвентаризацию ресурса, восполнение смыслового дефицита и составление плана ответственного поведения, встраивание приобретенного опыта в личную историю жизни и, в идеале, использование его как отправную точку или повод для психологического роста.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Экстренная психологическая помощь. Настольная книга психолога МЧС России/под общ. ред. Ю.С.Шойгу – М.: ЦЭПП МЧС РФ, 2011
2. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: ООО «АЛВИАНТ», 2007.
3. Федунина Н.Ю. Экстренная психологическая помощь: законы жанра // Московский психотерапевтический журнал (теоретико-аналитическое издание). Специальный выпуск: экстренная психологическая помощь. М., 2006, №4 (51).
4. Довженко Т.В. Помощь родственникам погибших при чрезвычайных ситуациях // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В.Рубцова, С.Б. Малых. М.: Психологический институт РАО, 2007.
5. Сапольски Р. Психология стресса. – СПб.: Питер, 2019
6. Мартынихин И. Новые критерии для расстройств, непосредственно связанных со стрессом – электронный журнал Российского общества психиатров, 2014 <https://psychiatr.ru/news/236>

УДК: 159.9

Для цитирования: Шилова И.М. Стратегия сотрудничества как психологический ресурс коррекции конфликтности старших подростков. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 4 (27): 21-23

СТРАТЕГИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РЕСУРС КОРРЕКЦИИ КОНФЛИКТНОСТИ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ

И.М. Шилова¹

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный педагогический университет»

alpaka1@yandex.ru

Аннотация

Статья посвящена проблеме коррекции конфликтности старших подростков. Наиболее привлекательным способом снижения уровня конфликтности является позитивная стратегия сотрудничества. Представлены результаты проведенного экспериментального исследования на основе внедрения комплекса коррекционных занятий, направленного на развитие стратегии сотрудничества для снижения конфликтности старших подростков.

Ключевые слова: старшие подростки, конфликтность, коррекция, стратегия сотрудничества.

COOPERATION STRATEGY AS A PSYCHOLOGICAL RESOURCE FOR CORRECTING CONFLICT AMONG OLDER ADOLESCENTS

I.M. Shilova

Abstract. The article is devoted to the problem of conflict correction in older adolescents. The most attractive way to reduce the level of conflict is a positive cooperation strategy. The article presents the results of an experimental study based on the introduction of a set of correctional classes aimed at developing a strategy of cooperation to reduce conflict among older adolescents.

Keywords: older teenagers, conflict, correction, cooperation strategy.

В подростковом возрасте под воздействием возрастных особенностей происходит обострение внутриличностных конфликтов и конфликтов с окружающими. Конфликтность как свойство личности проявляется в процессе взаимодействия как эмоциональная реакция на ситуацию и выражается в субъективном переживании напряжения, беспокойства, вспыльчивости, раздражительности, что, конечно, негативно сказывается на построении межличностных взаимоотношений [4,5]. Формирование новых черт характера так же происходит под влиянием конфликтных ситуаций в жизни старшего подростка. Психологические конфликты помогают сформировать и развить новое представление личности о социуме и его взаимодействии, а их решение способствуют смене поведенческих реакций и формированию новых отношений.

Практика показывает, что старшие подростки не умеют осознанно выбирать стратегии поведения в трудных ситуациях, т.к. они имеют максималистскую точку зрения и не обладают должным опытом взаимодействия с окружающим миром, соответственно в социальных отношениях старших подростков преобладают деструктивные тенденции.

К стратегиям, несущим деструктивный характер, относится «соперничество», данная

стратегия дезорганизует деятельность импульсивными разрушительными действиями к другому или самому себе. Конструктивный характер присущ стратегиям «сотрудничество» и «компромисс». Данные стили поведения отличаются диапазоном возможных вариантов разрешения конфликтных ситуаций, мобилизация сил и пр. [6]. Стратегия сотрудничества является более привлекательной и конструктивной, т.к. помогает наладить взаимоотношения, разрешить различные трудные ситуации и способствует развитию личности, как неотъемлемой части общества.

Развитие стратегии сотрудничества у старших подростков должно предусматривать обращение внимания на себя, исследование своих сильных сторон, способствующих успешному сотрудничеству, развитие личностных качеств и коррекция эмоциональных реакций в конфликтных ситуациях. Старшим подросткам необходимо научиться осмысливать свои реакции, предвидеть последствия тех или иных действий, согласовывать цели поведения с их средствами достижения.

Целью исследования стала коррекция конфликтности старших подростков посредством стратегии сотрудничества как психологического ресурса.

Экспериментальное исследование прово-

дилось на базе бюджетного профессионального образовательного учреждения Омской области «Омский региональный многопрофильный колледж». Выборку составили студенты колледжа в количестве 50 человек в возрасте 15-17 лет.

Методики исследования. Для выявления склонности субъекта к конфликтности как личностной характеристики мы использовали методику «Личностная агрессивность и конфликтность» (Е. П. Ильин и П. А. Ковалев), в которой фиксировали только показатель конфликтности, т.к. она является свойством личности испытуемого, способным спровоцировать конфликт; для диагностики стратегии поведения в конфликтных ситуациях была применена методика К. Томаса, адаптированная Н.В. Гришиной.

Результаты исследования. На констатирующем этапе эксперимента проводилась первичная диагностика, в ходе которой были определены уровни конфликтности и стратегии поведения в конфликтных ситуациях старших подростков, обработка и анализ полученных результатов.

Было обнаружено, что у двадцати одного (42%) испытуемого выявлен высокий уровень конфликтности (часто отмечаются шкалы «обидчивость» и «вспыльчивость»), обучающиеся недопонимают друг друга в процессе общения и проявляют бурную эмоциональную реакцию. У пятерых (10%) подростков выявлен низкий уровень конфликтности, т.е. они могут адекватно взаимодействовать в психологически напряженных ситуациях, имеют определенный уровень самоконтроля. У остальных двадцати четырех (48%) подростков установлен средний уровень конфликтности.

Стратегии поведения в конфликтных ситуациях, которые выбирают старшие подростки, распределились следующим образом: стратегия «компромисс» - 6,7 баллов, стратегия «соперничество» - 6,3 балла, стратегия «приспособление» - 6,1 балл, стратегия «избегание» - 5,6 баллов и стратегия «сотрудничество» - 5 баллов, которую почти не применяют испытуемые.

Среди испытуемых (21 человек) с высоким уровнем конфликтности выбор стратегий поведения распределился следующим образом: лидирующей стратегией является «компромисс» у семерых (33,3%) подростков. Старшие подростки так же выбирают и стратегию «соперничество» - шесть (29,4%) испытуемых. Стратегию «приспособление» предпочли пятеро (23,8%) обучающихся. У троих (14,2%) испытуемых отмечена стратегия «избегание». Оказалось, что стратегия «сотрудничество» не востребована среди старших подростков. По-видимому, испытуемые не понимают в чем суть данной стратегии, что есть конфликт и как его можно разрешить, их усилия направлены на отстаивание и доказательство своего мнения, нежели на выяснение причин конфликта и аргументации

своей точки зрения, поиска результативного решения в создавшейся ситуации.

На формирующем этапе эксперимента необходимо было сосредоточиться на развитии конструктивной стратегии сотрудничества как психологического ресурса для коррекции конфликтности старших подростков. С этой целью был разработан и реализован комплекс занятий. На данном этапе эксперимента участвовали испытуемые с высоким уровнем конфликтности, в количестве двадцати одного человека (по результатам первичной диагностики).

Комплекс занятий состоял из 2-х блоков. Целью первого блока было обучение навыкам сотрудничества, позволяющим не только конструктивно разрешать возникающие трудные ситуации, но и сохранять позитивные взаимоотношения с людьми. Задачи: научить проявлять доверие и открытость в отношении других людей; сформировать ответственное поведение и навыки взаимодействия в различных жизненных ситуациях; научить уважению других людей и их мировоззрения посредством дискуссий; расширить психологический опыт в построении стратегий и тактики взаимодействия с людьми и личностного роста посредством деловой игры; научить вырабатывать и принимать групповое решение, развивать навыки саморегуляции. Целью второго блока было обучение способам эффективного поведения в конфликтных ситуациях и конструктивного разрешения конфликтов для снижения конфликтности. Задачи: ознакомить с понятием «конфликт», видами конфликтов и способами их разрешения; ознакомить со стратегиями поведения в конфликтных ситуациях и посредством сравнения выявить эффективную стратегию поведения; сформировать адекватные формы поведения; корректировать поведение с помощью ролевых игр.

Разработанный комплекс включал 10 занятий, время занятий – 1 час. 30 минут, занятия проводились два раза в неделю. Каждое занятие состояло из трех частей: вводная часть (разминка), основная часть (рабочая), завершение (обратная связь). Формы работы: индивидуальная работа, работа в парах, работа в микро-группе, групповая работа и др. Методы: игровые (психотехнические, ролевые); групповая дискуссия (анализ ситуаций, мозговой штурм и т.д.); психогимнастика [1, 2].

В ходе формирующего эксперимента осуществлялось наблюдение, которое включало в себя фиксирование выделенных критериев. Критерии конфликтности: вспыльчивость, обидчивость, бескомпромиссность. Критерии стратегии сотрудничества: доверие, открытость, ответственность за свои действия и решения, уважительное отношение к участникам группы и их мнениям, саморегуляция поведения.

На контрольном этапе эксперимента была

проведена повторная диагностика с использованием тех же методик.

Для выявления результативности разработанного нами комплекса занятий и подтверждения (опровержения) выдвинутой гипотезы исследования о том, что старшие подростки имеют высокий уровень конфликтности и применение стратегии сотрудничества с целью его коррекции, будет способствовать снижению уровня конфликтности, был использован t-критерий Стьюдента.

На контрольном этапе эксперимента лишь у 13 (61,9%) испытуемых выявлен высокий уровень конфликтности, у 8 (38,0%) испытуемых - средний уровень конфликтности. Низкий уровень конфликтности не отмечен.

С помощью t-критерия Стьюдента мы выявили, что полученное эмпирическое значение $t_{\text{эмп}}=2,2$ находится в зоне неопределенности ($0,01 \leq p \leq 0,05$). Возможно, что это связано с личностными особенностями испытуемых [3].

На контрольном этапе эксперимента испытуемые изменили предпочтения в стратегиях поведения. По показателям диагностики семеро (33,3%) испытуемых выбирают стратегию «компромисс», шестеро (28,5%) подростков выбирают стратегию «сотрудничество», четверо (19,0%) испытуемых выбирают стратегию «приспособление», трое (14,2%) - выбирают стратегию «соперничество», и один (4,2%) подросток -

стратегию «избегание». Следует отметить, что подростки помимо стратегии «компромисс», начинают выделять конструктивную стратегию «сотрудничество».

При сравнении показателей стратегии «сотрудничество» на констатирующем и контрольном этапах исследования, полученное эмпирическое значение $t_{\text{эмп}}=4,5$ находится в зоне значимости на уровне $p \leq 0,01$.

Проведенное экспериментальное исследование показало результативность применения стратегии сотрудничества как психологического ресурса для коррекции высокого уровня конфликтности старших подростков.

Старшие подростки стали более конструктивно подходить к разногласиям, в своих ответах стали высказывать такие утверждения как: «я пытаюсь уладить дело с учетом всех интересов другого и моих собственных», «я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы и ее совместному решению» и др.

Таким образом, применение конструктивной стратегии сотрудничества для коррекции конфликтности старших подростков, оказалось не только актуальным, но и результативным, как мы и предполагали при использовании ее для снижения высокого уровня ситуативной тревожности у данной категории испытуемых [7].

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березин С.В. Психологическая коррекция в условиях межличностного конфликта подростков. – Самара: БАХРАХ-М, 2003. – 124с.
2. Васильев Н.Н. Тренинг преодоления конфликтов. – СПб.: Речь, 2013. – 174с.
3. Ганеева А.А., Гайнуллина А.В. Конфликтные ситуации подростков, зависящие от личностных особенностей // Известия самарского научного центра РАН. – Т. 15, №2-4, 2013 – С. 961-963

4. Ильин Е.П. Психология общения и межличностных отношений. – СПб.: Питер, 2013. – 576с.

5. Реан А.А. Психология подростка. Полное руководство. – С.-П.: Прайм-Еврознак, 2009г. – 288с.

6. Сластных Д. О., Лапина О. А. Педагогические условия формирования способности студентов к сотрудничеству // Актуальные задачи педагогики: материалы VI Междунар. науч. конф. — Чита: Издательство Молодой ученый, 2015.—С.181-184. — URL <https://moluch.ru/conf/ped/archive/146/7003/>

7. Шилова И.М. Стратегия сотрудничества как способ снижения тревожности у старших подростков // Омский психиатрический журнал. – Омская областная общественная организация «Омское общество психиатров», 2019, №4(22). С.29 – 32.

