

Омский психиатрический журнал

3 (41) 2024



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

3(41) 2024

**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
/orj/index.shtml](http://omskoop.ru/orj/index.shtml)

E-mail: ompsy@mail.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
Arborite
Wayne Barlowe. 2012

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омское общество психиатров (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
Всемирный день психического здоровья	4	World Mental Health Day
Возрастные аспекты психиатрии		Age aspects of psychiatry
Роль межпрофессионального континуума в профилактике психического неблагополучия у детей раннего возраста <i>Л. Ж. Атнаева, И. В. Макаров</i>	6	The role of the interprofessional continuum in the prevention of mental health problems in young children <i>L. Zh. Attaeva, I. V. Makarov</i>
Клиника психических расстройств		Clinic of mental disorders
Суицидальное поведение психически больных <i>Е.И.Засекина</i>	15	Suicidal behavior among mentally ill individuals <i>E.I. Zasekina</i>
Социальные аспекты психиатрии		Social aspects of psychiatry
Работа с психически больными абонентами на «Телефоне доверия» <i>В.Е. Чиряков</i>	18	Work with mentally ill callers on the "Helpline" <i>V.E. Chiryakov</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Исследование эмоционального интеллекта и склонность к агрессии у лиц, находящихся на принудительном лечении <i>Н.А. Голованова, Р.В. Зятиков, Ю.Г. Бикмаева, Т.П. Степанкина, Е.В. Казакова</i>	21	Research on emotional intelligence and propensity for aggression in individuals undergoing involuntary treatment <i>N.A. Golovanova, R.V. Zyatikov, Yu.G. Bikmaeva, T.P. Stepankina, E.V. Kazakova</i>
Психологические особенности мыслительных операций младших школьников с разными типами дизонтогенеза <i>К.Н.Астахова, Н.В.Федорова</i>	24	Psychological characteristics of thinking operations of junior schoolchildren with different types of dysontogenesis <i>K.N.Astakhova, N.V.Fedorova</i>
Новости психиатрии	29	Psychiatry News

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Всемирный день психического здоровья – 10 октября отмечается в мире с 1992 года по инициативе Всемирной федерации психического здоровья с целью повышения информированности населения в отношении проблем психического здоровья и способов его укрепления, а также профилактики и лечения психических расстройств.

К этому Дню, отмечаемому ежегодно 10 октября, издаются тематические журналы международных психиатрических организаций, рассылаются обращения в правительственные структуры и органы здравоохранения, призывающие принять участие в международном движении.

Сетевое издание «Омский психиатрический журнал» также присоединяется к празднованию этого знаменательного дня. В текущем выпуске рассмотрен широкий спектр вопросов современной региональной психиатрии.

Психические расстройства занимают одно из первых мест среди причин инвалидности у детей в нашей стране. Известно, что на увеличение числа инвалидизирующих психических расстройств среди детей влияют негативные тенденции в оказании профилактической, своевременной, дифференцированной и адекватной помощи. Важнейшей задачей в обеспечении качества оказания комплексной психиатрической помощи является междисциплинарное взаимодействие, которое позволит наиболее полно охватить и систематизировать имеющиеся многочисленные подходы к оказанию ранней помощи детям различными специалистами медицинского и немедицинского профиля.

В статье наших коллег рассматриваются вопросы межпрофессионального взаимодействия специалистов. В условиях профилактики нарушений нервно-психического развития у детей раннего возраста необходимо реализовать несколько междисциплинарных направлений. Первое — подготовка пар к зачатию для выявления родителей группы высокого риска и коррекции их здоровья. Второе — более полное отражение в обменных картах здоровья матери с указанием факторов риска, что важно для передачи информации в детскую поликлинику. Третье направление касается подробного описания состояния новорожденного в обменной карте для углубленного наблюдения.

Четвертое направление связано с анализом факторов риска и созданием "полипрофессиональных бригад" из специалистов различных областей для прогнозирования отклонений в развитии. Важным аспектом является психо-

профилактическое наблюдение за детьми из группы риска каждые 6 месяцев. Наконец, необходимо сопровождение семей с детьми раннего возраста из группы риска, включая медицинскую, психолого-педагогическую помощь и социальную поддержку для повышения их активности в сотрудничестве со специалистами.

Тему психического неблагополучия раскрывает краткий обзор суицидального поведения психически больных, что особо важно в практике районных психиатров. Суицидальное поведение среди психически больных — это важная проблема психического здоровья, которая требует особого внимания. Люди с психическими расстройствами, такими как депрессия, шизофрения или биполярное расстройство, находятся в группе повышенного риска совершения самоубийства. Суицидальные мысли и действия могут быть вызваны множеством факторов, включая серьезные эмоциональные страдания, безысходность, изоляцию и низкую самооценку. Подход к профилактике суицидов у данной группы населения должен включать психотерапевтическую поддержку, медикаментозное лечение и социальную интеграцию. Важно также привлекать близких людей к процессу лечения, поскольку поддержка семьи и друзей может значительно снижать риск суицидального поведения. Эффективные стратегии вмешательства могут включать кризисные вмешательства и программы, ориентированные на повышение устойчивости и навыков совладания. Всестороннее понимание данной проблемы и комплексный подход к лечению могут помочь предотвратить трагические последствия.

Клинико-психологический раздел текущего выпуска нашего журнала открывает статья омских психиатров, посвященная психологическим особенностям лиц, находящихся на принудительном лечении.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре назначается судом в рамках уголовного процесса лицам, совершившим правонарушение и по своему психическому состоянию требующих постоянного наблюдения. У этой группы лиц недостаточно изучена взаимосвязь уровня агрессии и уровня развития компонентов эмоционального интеллекта. Проведено исследование склонности к агрессии и измерение эмоционального интеллекта у лиц, находящихся на принудительном лечении. Авторы установили, что при повышении возрастных показателей (с 43 лет и выше) уровень эмоционального интеллекта снижается, снижа-

ются способности к пониманию своих эмоций, распознаванию и идентификации, управлению собственным эмоциональным состоянием, снижению интенсивности нежелательных и внешних эмоциональных проявлений, повышаются тенденции к переживанию чувства несправедливости, обидчивости, субъективизма в оценке других людей, что в свою очередь, повышает общий уровень агрессивности. Выявлена высокая значимая обратная связь уровня эмоционального интеллекта и склонности к агрессии. По результатам, полученных данных по компонентам агрессии «Физическая агрессия», «Гнев»,

«Враждебность», предоставляется возможным определить мишени психологической коррекции.

Наши коллеги из Омского государственного педагогического Университета провели исследование широкого спектра мыслительных операций у младших школьников с нарушением слуха и речи – обобщение, конкретизация, сравнение, классификация, анализ и синтез у младших школьников с нарушением слуха и речи. С результатами их работы можно ознакомиться в завершающей статье текущего выпуска нашего журнала.

В заключение отметим, что текущий выпуск нашего журнала – особенный. Ровно 10 лет назад, в сентябре 2014 года, вышел первый выпуск «Омского психиатрического журнала».

Десять лет мы вместе, наши уважаемые читатели и авторы. За эти годы было опубликовано более 150 научно-практических работ, а также обзоры и клинические наблюдения. Отлично, что в работе журнала принимают участие как наши коллеги из других регионов, так и авторы из смежных с психиатрией дисциплин и областей социальной практики.

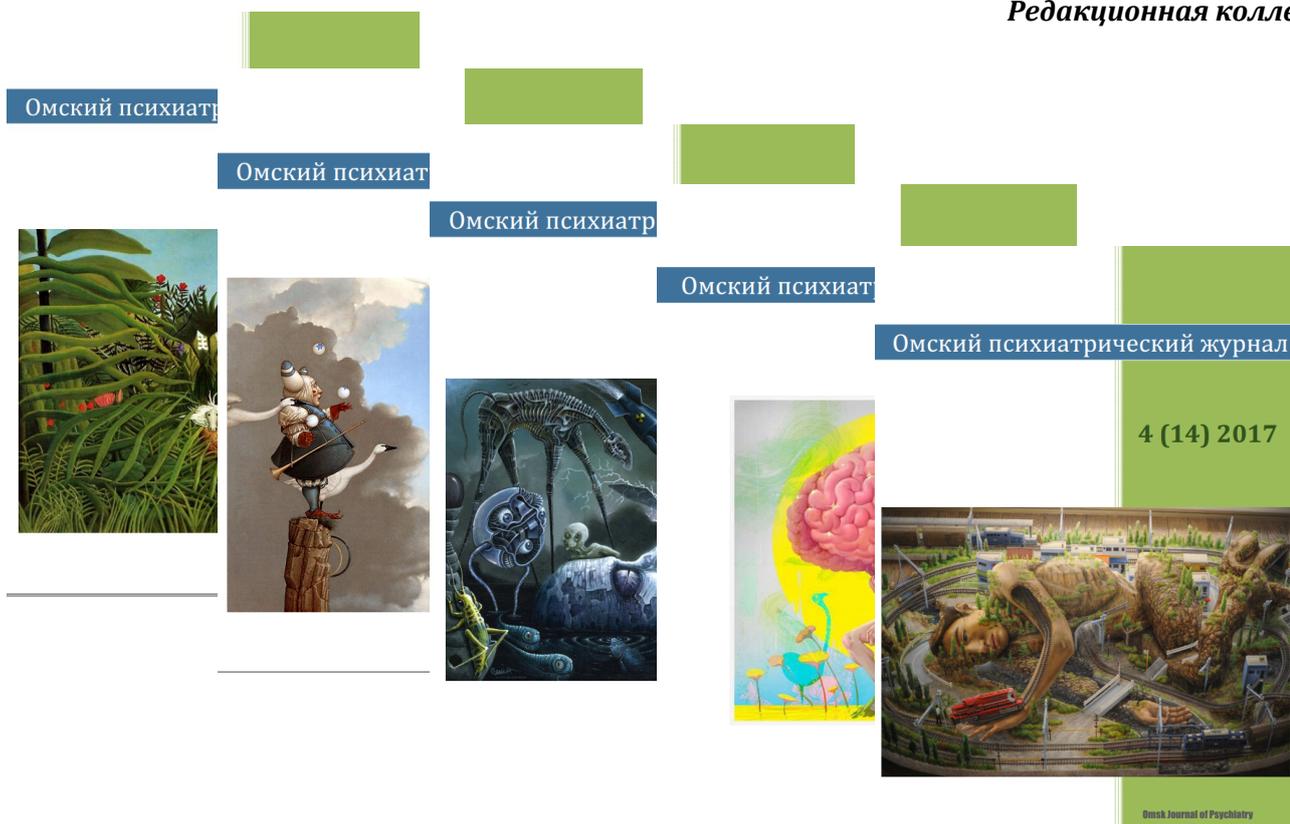
Представители нашей редакционной коллегии участвовали во многих конгрессах и конференциях регионального, общероссийского и международного уровня, были делегатами двух Съездов психиатров России.

Без преувеличения можно сказать, что «Омский психиатрический журнал» – первое и пока единственное региональное профессиональное издание, стал мощным фактором интеграции психиатрического сообщества региона, а также получил общероссийскую известность. Во многом благодаря кропотливой работе наших авторов Омская психиатрия заняла достойное место как в системе здравоохранения Омской области, так и в Российской Федерации в целом.

Мы с оптимизмом смотрим в будущее и видим новые перспективы развития региональной психиатрии.

Искренне поздравляем с юбилеем «Омского психиатрического журнала» всех тех, кто способствовал его становлению.

**Правление Омского общества психиатров
Редакционная коллегия**



Всемирный день психического здоровья

Всемирный день психического здоровья – 10 октября – (World Mental Health Day) отмечается в мире с 1992 года по инициативе Всемирной федерации психического здоровья (World Federation for Mental Health), с целью повышения информированности населения в отношении проблем психического здоровья и способов его укрепления, а также профилактики и лечения психических расстройств.

Всемирный день психического здоровья впервые отмечался 10 октября 1992 года. Этот день призван повысить осведомленность мирового сообщества о важнейших проблемах в области психического здоровья — с помощью объединяющего голоса и сотрудничества с различными партнерами — для принятия мер и создания долгосрочных изменений.

Мероприятие было инициировано Ричардом Хантером, тогдашним заместителем Генерального секретаря Всемирной федерации психического здоровья, в качестве ежегодного мероприятия.

В 1994 году по предложению тогдашнего Генерального секретаря Юджина Броуди впервые была выбрана тема Дня. Это было «Улучшение качества услуг в области психического здоровья во всем мире». В течение трех лет День стал ценным поводом для заинтересованных правительственных ведомств, организаций и преданных своему делу людей организовывать программы, посвященные аспектам охраны психического здоровья.

Всемирный день психического здоровья призван повысить осведомленность мирового сообщества, выражая сочувствие и объединяя людей, помогая им обрести надежду, давая им возможность действовать и добиваться долгосрочных изменений.

Изначально у этого дня не было конкретной тематики. Он был нацелен на массовое просвещение общественности по актуальным вопросам, связанным с психологическим состоянием человека. Первые три года единственным мероприятием в этот день была двухчасовая телепередача, транслируемая по всему миру, с телефонными звонками в прямом эфире. В 1994 году от Генерального секретаря поступило предложение разрабатывать ежегодную тему дня, которая будет подробно разбираться и обсуждаться в памятную дату.

Таким образом за прошедшие годы было освещено множество тем, касающихся психического здоровья женщин, детей, борьбы с самоубийствами, тяжелых зависимостей, жестокости и насилия и т.д. Данное мероприятие получило большую поддержку со стороны многих стран. За несколько лет оно переросло в событие все-

мирного масштаба, которым заинтересовались большинство государств, общественные организации, специализирующиеся на аспектах психиатрической помощи.

Психическое здоровье является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья. Оно определяется как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свои способности и собственный потенциал, противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно и плодотворно работать и вносить вклад в жизнь своего сообщества. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия каждого человека и эффективного функционирования всего сообщества.

Программа Всемирного дня психического здоровья была создана для содействия психическому здоровью и повышения осведомленности о проблемах, связанных с психическими заболеваниями. С первых дней Федерация выбирала тему для продвижения в своем наборе для планирования каждый год.

Темы, которые WFMH объявила на данный момент:

- 1992-93 – Ежегодное мероприятие WFMH;
- 1994 — Улучшение качества услуг в области психического здоровья во всем мире;
- 1996 — Женщины и психическое здоровье;
- 1997 — Дети и психическое здоровье;
- 1998 г. – Психическое здоровье и права человека;
- 1999 — Психическое здоровье и старение;
- 2000 — 01 — Психическое здоровье и работа;
- 2002 г. — Влияние травм и насилия на детей и подростков;
- 2003 — Эмоциональные и поведенческие расстройства у детей и подростков;
- 2004 — Взаимосвязь между физическим и психическим здоровьем: сопутствующие расстройства;
- 2005 – Психическое и физическое здоровье на протяжении всей жизни;
- 2006 – Повышение осведомленности – Снижение риска: психические заболевания и самоубийства;
- 2007 — Психическое здоровье в меняющемся мире: влияние культуры и многообразия;
- 2008 – Сделать психическое здоровье глобальным приоритетом: расширение масштабов услуг посредством защиты интересов и действий граждан;
- 2009 – Психическое здоровье в первичной медицинской помощи: улучшение лечения и укрепление психического здоровья;
- 2010 — Психическое здоровье и хрониче-

ские физические заболевания;

2011 — Великий толчок: Инвестиции в психическое здоровье;

2012 — Депрессия: Глобальный Кризис;

2013 — Психическое здоровье и пожилые люди;

2014 — Жизнь с шизофренией;

2015 — Достоинство в сфере психического здоровья;

2016 — Первая помощь в области психологического и психического здоровья;

2017 — Психическое здоровье на рабочем месте;

2018 — Молодежь и психическое здоровье в меняющемся мире;

2019 — Укрепление психического здоровья и профилактика самоубийств;

2020 — Психическое здоровье для всех — Большие инвестиции — Большой доступ;

2021 — Психическое здоровье в неравном мире;

2022 год — Сделать психическое здоровье и благополучие для всех мировым приоритетом;

Выбранная в ходе всемирного голосования с участием членов WFMH, заинтересованных сторон и сторонников, тема 2024 «Пора сделать психическое здоровье на рабочем месте приоритетом» — это призыв к действию, который находит отклик во всем мире. С более чем 2000 участниками из 116 стран процесс отбора был по-настоящему инклюзивным, а итоговая тема отражает осознание неотложной потребности и большой возможности.

Работающие взрослые тратят больше времени на работу, чем на любую другую деятельность в часы бодрствования. Множеством способов, и в лучшем случае, работа может обеспечить средства к существованию и быть источником смысла, цели и радости. Для слишком многих людей работа не раскрывает своего потенциала, не улучшая нашу жизнь и отвлекая от нашего психического здоровья и благополучия способами, которые приводят к чрезмерному стрессу и психическому заболеванию.

Всемирный день психического здоровья 2024 года будет освещать различные аспекты психического здоровья на работе, от условий на рабочем месте и управления стрессом до важности социальной интеграции и расширения прав и возможностей. Цель ясна: отстаивать психическое здоровье на рабочем месте и создавать лучшие практики, которые создают культуру, в которой работники имеют потенциал для продуктивного вклада и процветания.

К этому Дню издаются тематические жур-

налы международных психиатрических организаций, рассылаются обращения в правительственные структуры и органы здравоохранения, призывающие принять участие в международном движении.

Всемирная организация здравоохранения заявила, что почти 1 миллиард человек в мире страдают психическими расстройствами, ежегодно 3 миллиона человек умирают в результате злоупотребления алкоголем, и каждые 40 секунд один человек кончает жизнь самоубийством. Проблемы с психическим здоровьем, такие как депрессия и тревожность, широко распространены на рабочих местах по всему миру, влияя на производительность, посещаемость и общую эффективность. Если их не лечить, опешеломляющие экономические издержки оцениваются ВОЗ в 1 триллион долларов США в год.

Самое распространенное психическое заболевание — депрессия. По данным ВОЗ, в настоящее время она занимает первое место среди заболеваний по длительности нетрудоспособности в году. Еще одним негативным фактором для психического здоровья населения стала пандемия COVID-19, нарушившая привычную жизнь миллиардов людей в мире.

В западных странах каждый седьмой человек либо страдает тяжелыми психическими расстройствами, либо подвержен депрессиям и алкоголизму, что нередко заканчивается совершением преступлений или суицидами. Причем, большинство людей, страдающих от психических расстройств, не имеют доступа к необходимому им лечению. К тому же психические расстройства — факторы риска развития других болезней (ВИЧ, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и др.), а также нанесения непреднамеренных и преднамеренных травм.

Поэтому одной из главных задач Всемирного дня психического здоровья является сокращение распространенности депрессивных расстройств, шизофрении, болезни Альцгеймера, наркотической зависимости, эпилепсии, умственной отсталости.

Росту заболеваемости способствуют информационные перегрузки, политические и экономические катаклизмы в мире, а предвестниками заболеваний являются стрессы.

В России День психического здоровья отмечается с 2002 года по инициативе академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. В этот день во многих российских регионах проходят различные просветительские мероприятия: конференции, тематические семинары, дни открытых дверей в психиатрических учреждениях и т.д.

Источники:

<https://www.calend.ru/>

<https://wfmh.global/>

Возрастные аспекты психиатрии

УДК 616.89

РОЛЬ МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОГО КОНТИНУУМА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Л. Ж. Аттаева¹, И. В. Макаров^{2, 3}

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», г.Москва, Россия

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева Минздрава России, г.Санкт-Петербург, Россия

³Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России, г.Санкт-Петербург, Россия

staff1@staffmsk6.ru

Аннотация. Психические расстройства занимают одно из первых мест среди причин инвалидности у детей в нашей стране. Известно, что на увеличение числа инвалидизирующих психических расстройств среди детей влияют негативные тенденции в оказании профилактической, своевременной, дифференцированной и адекватной помощи. Важнейшей задачей в обеспечении качества оказания комплексной психиатрической помощи является междисциплинарное взаимодействие, которое позволит наиболее полно охватить и систематизировать имеющиеся многочисленные подходы к оказанию ранней помощи детям различными специалистами медицинского и немедицинского профиля.

Ключевые слова: междисциплинарный подход, дети, ранний возраст, психиатрия, профилактика, преемственность, группа риска, фактор риска.

THE ROLE OF THE INTERPROFESSIONAL CONTINUUM IN THE PREVENTION OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN YOUNG CHILDREN

L. Zh. Attaeva, I. V. Makarov

Abstract. Mental disorders occupy one of the first places among the causes of disability in children in our country. It is known that the increase in the number of disabling mental disorders among children is influenced by negative trends in the provision of preventive, timely, differentiated and adequate care. The most important task in ensuring the quality of comprehensive psychiatric care is interdisciplinary interaction, which will allow the most comprehensive coverage and systematization of the numerous approaches available to providing early care to children by various medical and non-medical specialists.

Keywords: interdisciplinary approach, children, early age, psychiatry, prevention, continuity, risk group, risk factor
HIV infection, associated mental disorders.

Введение. В соответствии с Всеобщей декларацией прав человека, провозглашающей права личности, гражданские и политические права и свободы, детское население вправе рассчитывать на особую заботу и поддержку¹. В Декларации прав ребенка, принятой в 1959г. Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных наций (ООН), говорится о том, что «человечество обязано давать ребенку лучшее, что оно имеет»². Россия ратифицировала Конвенцию ООН о правах ребенка и, начиная с 90-х го-

дов прошлого века, совершенствует законодательную базу охраны здоровья детей. Конституция Российской Федерации гарантирует государственную поддержку материнства и детства³. В течение последних лет забота о детях стала одним из основных национальных приоритетов России, а 2018 год считается годом начала «Десятилетия детства»⁴. В посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации ставились задачи по разработке современной и

¹ Всеобщая декларация прав человека. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г. Ссылка активна на 28.03.2024. <https://base.garant.ru/10135532/>

² Декларация прав ребенка: принята 20.11.1959 Резолюцией 1386 (XIV) на 841-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН. Международная защита прав и свобод человека. М: Юридическая литература;1990:385–388.

³ Конституция Российской Федерации: официальный текст с историко-правовым комментарием. М: Норма: ИНФРА-М;2020:157.

⁴ Указ Президента РФ от 29 мая 2017 г. №240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». Ссылка активна на 29.03.2024. <https://base.garant.ru/71684480/>

эффективной государственной политики в области охраны материнства и детства.

Решения вопросов в этой сфере отражены в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.⁵ Инструментом практического решения задач в сфере детства стала реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»⁶. В результате реализации принятых мер отмечаются позитивные тенденции увеличения рождаемости и снижения детской смертности, улучшения социально-экономического положения семей с детьми, повышения доступности образования и медицинской помощи для детей, увеличения числа устроенных в семьи детей, оставшихся без попечения родителей. Вместе с этим проблемы, связанные с профилактикой психических расстройств в раннем возрасте, сохраняют свою остроту и далеки от окончательного решения. У значительной части детей дошкольного и школьного возраста отмечается рост поведенческих нарушений. Психические нарушения занимают лидирующее место среди причин инвалидности у детей в нашей стране [2,3]. Сравнивая данные последних лет с данными 1990-2000-х годов было выявлено, что группа нормотипичных детей уменьшилась на 23,75% (с 49,5% до 25,8%), частота психической патологии среди детей увеличилась на 4,5% (с 15,5% до 19,0%), а группа риска по психическим заболеваниям выросла на 22% (с 35,0% до 57,0%) [4].

Известно, что рост числа психических расстройств среди детей, приводящих к инвалидизации, связан не только с комплексом социально-экологических, генетических и внешних факторов [5,6]. Увеличение количества детей-инвалидов также связано с негативными тенденциями в оказании профилактической, своевременной, дифференцированной и адекватной помощи [9].

Масштабы актуальных проблем в области профилактики психических расстройств в раннем возрасте требуют от органов государственной власти Российской Федерации [7,8] и органов местного самоуправления принятия

⁵ Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». Ссылка активна на 29.03.2024. <https://base.garant.ru/191961/>

⁶ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 марта 2006 г. №142 «О создании Секретариата межведомственной рабочей группы по приоритетному национальному проекту «Здоровье» при Совете при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов». Ссылка активна на 29.03.2024. <https://docs.cntd.ru/document/901976004>

мер для улучшения междисциплинарного взаимодействия для обеспечения качества оказания комплексной психиатрической помощи и ее профилактики [10-12].

Психическая патология у детей проявляется неспецифической симптоматикой [1]. Зачастую в раннем возрасте отмечается комплекс разнообразных проявлений нарушений развития, который не позволяет выставить диагноз в силу недостаточной выраженности этих проявлений. При этом, имеющиеся проявления вызывают беспокойство родителей и ухудшают качество жизни семей. В связи с этим раннюю помощь необходимо начинать до верификации диагноза. Это становится возможным в случае выявления таких факторов риска психических заболеваний в первые годы жизни ребенка, как наследственность, семейная среда и воспитание, а также внешняя среда с многообразием ее социальных и биологических воздействий. Сочетание факторов риска с возможным перинатальным поражением головного и спинного мозга или с задержанным нервно-психическим развитием в первые годы жизни ребенка позволяет отнести таких детей к группе риска.

В настоящее время в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 года №514н «О порядке проведения профилактических осмотров несовершеннолетних» скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития у детей раннего возраста осуществляется врачом-педиатром путем анкетирования законных представителей⁷. При соответствии результатов скрининга критериям группы риска ребенок направляется к врачу-психиатру детскому. Однако, лишь незначительная часть родителей доходит до психиатра, относясь к этому визиту скептически. Многие родители считают более приемлемым прохождение диагностических процедур, в том числе заполнение скрининговых анкет, у специалистов первичного звена.

Чаще всего родители обращаются к врачу-психиатру детскому для медикаментозной коррекции уже явных признаков психической патологии и в первую очередь дезадаптивного поведения. Однако, наблюдения последних лет говорят нам о том, что в большинстве случаев обособленная медикаментозная терапия не обеспечивает устойчивого повышения качества жизни ребенка и его семьи. Накопленный опыт отчетливо показал, что действенная терапия психических нарушений у детей должна быть комплексной, то есть кроме психофармакотера-

⁷ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Ссылка активна на 29.03.2024. <https://base.garant.ru/71748018/>

пии она должна инкорпорировать различные виды психологических и педагогических влияний, направленных как на ребенка, так и на его родственников.

В этой связи результаты скрининговых исследований могут являться основанием для последующих исследований и ориентирования в службы для раннего психолого-педагогического воздействия. Это поможет выявлять ранние признаки перенапряжения нейро- и психофизиологических систем организма в виде астенизации, эмоциональной лабильности, стереотипий, привередливости, нарушения циркадных ритмов, нарушения аппетита, заторможенности, соматической болезненности. Своевременная коррекция этих нарушений может препятствовать дальнейшему формированию нервно-психических отклонений. Такая коррекция включает не только медицинскую помощь, но и психолого-педагогическое воздействие. Однако преемственность между медицинскими, педагогическими и социальными учреждениями для детей раннего возраста часто отсутствует.

В последние годы в нашей стране разрабатывается система ранней психологической диагностики, коррекции и оказания помощи лицам с отклонениями в развитии. Семьям с детьми в возрасте до трех лет с отставанием в физическом или умственном развитии, которые с высокой вероятностью приведут к задержке развития в «Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации»⁸ предлагается система мер для оказания помощи. Однако раннее вмешательство не подразумевает профилактических мероприятий детям раннего возраста из группы риска психических расстройств и детям с прогнозируемым нарушением психического развития. Осуществление такой помощи становится возможным в случае эффективного междисциплинарного партнерского сотрудничества между акушерами-гинекологами, неонатологами, терапевтами и педиатрами и другими специалистами с целью совместного динамического наблюдения за здоровьем матери и ребенка на основе парадигмы корреляции состояния здоровья ребенка от состояния здоровья женщины, комплексного подхода к профилактике его нарушений. Партнерство позволяет осуществить своевременную передачу информации о состоянии здоровья будущей матери и ее будущего ребенка во все заинтересованные учреждения. Это необходимо для координирования задач и согласованности планируемых лечебно-профилактических мероприятий. При этом исходной организацией мо-

жет быть поликлиника общелечебной сети для взрослых, женская консультация, детская поликлиника. Для предупреждения развития возможных осложнений течения беременности и родов врач акушер-гинеколог оценивает состояние здоровья беременной женщины. На уровне женской консультации выявляются факторы риска, прогнозируются возможные исходы беременности. В случае необходимости проводится ряд лечебно-диагностических и профилактических мероприятий.

Таким образом, в сложившейся ситуации, с целью профилактики развития нарушений нервно-психического развития у детей раннего возраста необходимо реализовывать следующие междисциплинарные направления:

1. Всеобщая прегравидарная подготовка пар, готовящихся к зачатию с целью выявления родителей из группы высокого риска и исправления имеющихся у них нарушений здоровья.

2. Более полное отражение в обменных картах матери сведений о здоровье матери с указанием пренатальных, интранатальных и постнатальных факторов риска и передача их в детскую поликлинику (табл. 1).

3. С целью углубленного наблюдения за детьми специалистами педиатрической службы в обменной карте новорожденного, которая должна быть передана в педиатрическую службу по месту жительства, должны быть подробно указаны все особенности состояния ребенка в период рождения и 3–5 первых суток.

4. С целью анализа факторов риска и прогнозирования отклонений в развитии и формирования групп риска для дальнейшего углубленного наблюдения должны создаваться «полипрофессиональные бригады», включающие таких специалистов, как акушер-гинеколог, неонатолог, педиатр, невролог, психиатр, мануальный терапевт, физиотерапевт, психолог, логопед, дефектолог и социальные работники.

6. Психопрофилактическое наблюдение детей из группы риска (1 раз в 6 месяцев) детским психиатром, неврологом, дефектологом, психологом.

8. Сопровождение семей, воспитывающих детей раннего возраста из группы риска или имеющих психические нарушения: повышение эффективности медицинского и психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии, социальная поддержка и повышение мотивации семей по активному включению в совместную работу со специалистами (табл. 2).

⁸ Распоряжение Правительства РФ от 31.08.16 №1839-р «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года». Ссылка активна на 28.03.2024. <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71381134/>

Пренатальные, интранатальные и постнатальные факторы риска развития нервно-психических нарушений у детей раннего возраста

Факторы риска	Группы риска	Параметры
Пренатальные	Социально-биологические	<p>Возраст матери и отца</p> <p>Профессиональные вредности</p> <p>Вредные привычки</p> <p>Эмоциональные нагрузки</p> <p>Вес и рост матери</p>
	Акушерско-гинекологические	<p>Паритет родов</p> <p>Количество аборт</p> <p>Преждевременные роды</p> <p>Мертворождение</p> <p>Смерть детей в неонатальном периоде</p> <p>Врожденные уродства</p> <p>Неврологические патологии</p> <p>Вес детей больше или меньше нормы</p> <p>Продолжительность бесплодия</p>
		<p>Опухоли uterus или ovarium</p> <p>Недостаточность перешейка и шейки матки</p> <p>Аномалии развития матки</p>
	Экстрагенитальные патологии матери	<p>Болезни сердца</p> <p>Патологии почек, развившиеся до и во время беременности</p> <p>Болезни щитовидной железы, диабет у матери или родственников</p> <p>Анемия</p> <p>Нарушение свертываемости крови</p> <p>Хронический туберкулез, сифилис, бруцеллез, токсоплазмоз</p> <p>Миопия и другие болезни глаз</p>
Осложнения текущей беременности	<p>Ранний токсикоз</p> <p>Поздний токсикоз</p> <p>Угроза прерывания беременности</p> <p>Пониженное или повышенное давление</p> <p>Малокровие</p> <p>Многоплодие</p> <p>Предлежание и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты</p> <p>Обострение хронических экстрагенитальных заболеваний</p>	

		<p>Острая инфекция в I и II триместре беременности</p> <p>Длительное употребление лекарственных препаратов</p> <p>Инфекции во время беременности</p>
	<p>Оценка состояния внутриутробного плода</p>	<p>Пуповина плода может быть слишком длинной или очень короткой</p> <p>Многоплодность</p> <p>Много- и маловодие</p> <p>Гиперплазия и гипоплазия плаценты,</p> <p>Инфаркт плаценты</p> <p>Хориоангиома</p> <p>Трофобластическая болезнь,</p> <p>Плацентарная недостаточность</p> <p>Неправильное предлежание плода</p>
<p>Интранатальные</p>		<p>Затянувшиеся роды больше 24 часов</p> <p>Затянувшийся второй период родов</p> <p>Преждевременное излитие околоплодных вод</p> <p>Преждевременные роды</p> <p>Стремительные роды</p> <p>Отслойка плаценты</p> <p>Предлежание плаценты</p> <p>Внутриутробная гипоксия</p> <p>Выпадение/обвитие пуповиной</p> <p>Кесарево сечение</p> <p>Зловонные околоплодные воды</p> <p>Наличие мекония в околоплодных водах</p> <p>Введение наркотиков матери менее чем за 4 часа до начала родов</p> <p>Гипертонус матки</p> <p>Применение общей анестезии</p>
<p>Постнатальные</p>		<p>Травмы костей черепа</p> <p>Гематомы под твердой мозговой оболочкой</p> <p>Инфекции головного мозга</p> <p>Инттоксикации лекарственными веществами</p> <p>Гипоксия</p> <p>Опухоли cerebrum</p> <p>Кисты cerebrum</p>

Маршрут междисциплинарного сопровождения детей раннего возраста из группы риска развития психических нарушений

Прегравидарная подготовка	акушер-гинеколог	Влагалищное исследование при помощи зеркал со взятием мазков Оценка биоценоза влагалища (рН-метрия, аминный тест, критерии Амсея) Бимануальное влагалищное исследование Микроскопия отделяемого половых путей для выявления ключевых клеток и грибов рода <i>Candida</i> ПЦР – исследование: <i>Ch.trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>Tr. vaginalis</i> , <i>M. genitalium</i> РАР – тест
	уролог-андролог	Опросник «IPSS» - международная система суммарной оценки симптомов болезней предстательной железы в баллах IPSS Анкета для оценки сексуального здоровья мужчины: МИЭФ-5
	эндокринолог	Сбор персонального и семейного анамнеза Антропометрия, ИМТ, коэффициент объема талии/объема бедер (0,85 у женщин, 0,90 у мужчин) Измерение АД, ЧСС, ЧДД Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, опорно-двигательного аппарата, молочных желез Клинический анализ крови Группа крови и резус-фактор RW, ВИЧ, HBsAg, HCVAg Специфические IgG к вирусам краснухи, кори, ветряной оспы Определение уровня глюкозы (5,1 ммоль/л), ТТГ и св.Т4 Общий анализ мочи Определение в сыворотке крови уровня витамина D (75-100 нмоль/л, 30-60 нг/мл) Определение уровня гомоцистеина (норма до 10 мкмоль/л)
	кардиолог	Показатели CARPREG и ZAHARA
	терапевт	Осмотр, анализы крови и мочи, измерение артериального давления, флюорография
	генетик	Цитогенетическое исследование Хромосомный микроматричный анализ Выявление точечных мутаций: ген CFTR, ген фактора V свертывания крови, ген протромбина и др. Комплексные генетические исследования, позволяющие выявить носительство наиболее частых моногенных мутаций Комплексное генетическое исследование носительства генов – факторов риска развития преэклампсии X-хромосома у мужчин (AZF)
Внутриутробное развитие	Акушер-гинеколог	Скрининги сывороточных маркеров
	Врач-генетик	Пренатальная диагностика ВПР и хромосомной патологии у плода Оценка индивидуального генетического риска ВПР
	Врач ультразвуковой диагностики	УЗИ в рекомендованные сроки

Период новорожденности	Неонатолог	Оценка гестационного возраста Общий внешний вид, выражение лица Голова «Механические» признаки травмы головы, позвоночника, конечностей Уровень активности Поза, мышечный тонус, двигательная активность Рефлексы Черепные нервы Условные рефлексы Безусловные рефлексы
	Генетик	Медико-генетическое консультирование, осмотр новорожденного
	Педиатр	Аудиологический скрининг Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземия
	Невролог детский	Отсутствие кратковременного зрительного и слухового сосредоточения Диффузная мышечная гипотония либо Повышение мышечного тонуса, приводящие к ограничению объема активных движений Окружность головы более 40,5 и менее 33 см Синдром Грефе, симптом «заходящего солнца» Тремор конечностей грубый, маятникообразный Асимметрия ягодичных складок, кривошея Нарушение разведения
	Мануальный терапевт	Сопротивление на сгибание головы Проба на тракцию Сопротивление на отведение бедер Перекрестный рефлекс экстензоров
	Врач-УЗИ	УЗИ головного мозга УЗИ тазобедренных суставов
Грудной период	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи ЭКГ
	Невролог детский	Тестовая методика Prechtl, Beintema Шкала поведения новорожденных (NBAS)
	Психиатр детский	Тест «Шкала умственного развития БИНЕ-СИМОНА» Диагностика психического развития детей от рождения до Злет Е.О. Смирнова Профиль психического развития G.D. Alpern-Vol
	Физиотерапевт	Выбор метода физиотерапевтического воздействия в рамках комплексного воздействия
	Психолог	Шкала развития младенца Bayley Денверский скрининг-тест развития (DDST) Порядковые (числовые) шкалы психологического развития Шкала ментального развития R. Griffiths KID-шкала Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт Тест развития детей первого года жизни О.В. Баженовой Оценка уровня психомоторного развития ребенка Е.М. Мастюковой
	Логопед	Макартуровский тест речевого и коммуникативного развития детей раннего возраста

	Дефектолог	Тест «ГНОМ» (график нервно-психического обследования младенцев)
	Социальный работник	Определение качества жизни семьи, воспитывающей ребенка из группы риска
Раннее детство	Педиатр	Работа в междисциплинарной команде специалистов, координация работы немедицинских специалистов в команде Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет) Способ оценки психического и речевого развития детей раннего возраста Оценка психического статуса при аутизме Алгоритм скрининга отклонений нервно-психического развития у доношенных и недоношенных детей на основе данных нейросонографии Опросник жалоб ребенка для выявления детей с пограничной нервно-психической патологией
	Невролог детский	Участие в медико-психолого-педагогических консилиумах для уточнения алгоритмов рациональной маршрутизации клинического случая
	Психиатр детский	Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста M-CHAT; Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет) CARS— рейтинговая шкала детского аутизма, стандартизированный Медикаментозная коррекция психического состояния ребенка раннего возраста при необходимости Анкетированный опрос родителей в отношении проявлений и динамики стереотипий у их детей
	Физиотерапевт	Выбор метода физиотерапевтического воздействия в рамках комплексного воздействия
	Психолог	Разработка критериев, опросников и алгоритмов для оценки адаптационного потенциала для конкретного клинического случая.
	Логопед	Логопедический скрининг
	Дефектолог	Диагностика отклонений в развитии и психопатологических состояний, разработка критериев и алгоритмов для дифференциации последствий воздействия факторов риска.
	Социальный работник	Участие в медико-психолого-педагогических консилиумах для оценки эффективности оказания ранней помощи ребенку и участия в определении дальнейшего маршрута Повышение мотивации семей по активному включению в совместную работу со специалистами

Заключение. Актуальность изучения вопросов профилактики психических расстройств среди детского населения вызвано, с одной стороны, приоритетностью вопросов профилактической медицины в рамках реализации Национального проекта «Здоровье», осуществляемого в нашей стране с 2006 г., с другой - недостаточным уровнем знаний, касающихся

проблем превентивной психиатрии. Рост психической патологии в раннем возрасте, увеличение числа детей из группы риска психических расстройств и ее более раннее начало приводят к необходимости развития междисциплинарного подхода к оказанию помощи детям. Это позволит наиболее полно охватить и систематизировать имеющиеся многочислен-

ные подходы к оказанию помощи различными специалистами медицинского и немедицинского профиля. Важнейшими задачами в обеспечении качества оказания комплексной психиатрической помощи являются: профилак-

тика, внедрение психиатрической помощи в первичное звено, междисциплинарное взаимодействие, а также соответствие всех видов помощи утвержденным стандартам по соответствующему расстройству.

Литература

1. Белова, О.С. Направления профилактической психиатрии раннего детского возраста / О.С. Белова, А.Г. Соловьев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2021. - № 121. - С. 60–66.
2. Демчева, Н.К. Показатели инвалидности детей по психическому заболеванию в РФ в 2002–2012 гг. / Н.К. Демчева, Л.А. Пронина, З.Б. Положая // Главврач. - 2014. - №5. - С. 3–10.
3. Казаковцев, Б.А. Первичная инвалидность и первичная заболеваемость как критерии психиатрической профилактики / Б.А. Казаковцев // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2016. –Т 2, - № 13. - С. 49–52.
4. Козловская, Г.В. Психиатрия раннего возраста: клинические аспекты, профилактика, организация помощи, перспективы / Г.В. Козловская // Клинико-биологические, психологические и социальные аспекты психических расстройств у детей и подростков: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященная 100-летию со дня рождения профессора М.Ш. Вроно. Под ред. Н.В. Симашковой. – М, 2018. – 192 с. – ISBN 978-5-9908485-7-3. – EDN URGDTO.
5. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология, вопросы реабилитации). Автореф. дис. ... д. м. н. 1995. 48.
6. Макушкин, Е.В. Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика) / Е.В. Макушкин, В.А. Жеребцова // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. – Т. 18, - № 4. - С. 291–293.
7. Ермолаева, Е.Е. О ранней помощи детям и их семьям / Е. Е. Ермолаева, А. М. Казьмин, Р. Ж. Мухамедрахимов, Л. В. Самарина // Аутизм и нарушения развития. – 2017. – Т. 15, № 2(55). – С. 4-18. – DOI 10.17759/autdd.2017150201. – EDN ZMIOLJ.
8. Филиппова, Н.В. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему / Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. –Т 24, - № 33. - С. 92–100.
9. Tick B, Bolton P, Happé F, Rutter M, Rijdsdijk F. Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016 May;57(5):585-95. doi: 10.1111/jcpp.12499. Epub 2015 Dec 27. PMID: 26709141; PMCID: PMC4996332.
10. CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities: joint position paper [Electronic resource]. International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the World Health Organization. 2004. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43060/1/9241592389_eng.pdf
11. Kuzmichev BN, Zinkovskiy AK. Comparative analysis of clinical and social characteristics of adolescents, with the mental retardation of mild and moderate degree. *J. World Psychiatry*. 2014;17:15–19.
12. Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*. 2006 Feb;5(1):5-14. PMID: 16757984; PMCID: PMC1472261.



Клиника психических расстройств

УДК 616.89

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Е.И.Засекина

БУЗОО «Марьяновская Центральная районная больница»

zasekinae@mail.ru

Аннотация. Суицидальное поведение среди психически больных — это важная проблема психического здоровья, которая требует особого внимания. Люди с психическими расстройствами, такими как депрессия, шизофрения или биполярное расстройство, находятся в группе повышенного риска совершения самоубийства. Суицидальные мысли и действия могут быть вызваны множеством факторов, включая серьезные эмоциональные страдания, безысходность, изоляцию и низкую самооценку. Подход к профилактике суицидов у данной группы населения должен включать психотерапевтическую поддержку, медикаментозное лечение и социальную интеграцию. Важно также привлекать близких людей к процессу лечения, поскольку поддержка семьи и друзей может значительно снижать риск суицидального поведения. Эффективные стратегии вмешательства могут включать кризисные вмешательства и программы, ориентированные на повышение устойчивости и навыков совладания. Всестороннее понимание данной проблемы и комплексный подход к лечению могут помочь предотвратить трагические последствия.

Ключевые слова. Суицидальное поведение психически больных.

SUICIDAL BEHAVIOR AMONG MENTALLY ILL INDIVIDUALS

E.I. Zasekina

Abstract. Suicidal behavior among individuals with mental illnesses is a significant mental health issue that requires special attention. People with mental disorders, such as depression, schizophrenia, or bipolar disorder, are at an increased risk of suicide. Suicidal thoughts and actions can be triggered by a variety of factors, including severe emotional distress, hopelessness, isolation, and low self-esteem. The approach to suicide prevention in this population must include psychotherapeutic support, medication treatment, and social integration. It is also important to involve close family and friends in the treatment process, as the support of loved ones can significantly reduce the risk of suicidal behavior. Effective intervention strategies may include crisis interventions and programs focused on building resilience and coping skills. A comprehensive understanding of this issue and a holistic approach to treatment can help prevent tragic outcomes.

Keywords: suicidal behavior, mentally ill individuals.

Суицидальное поведение рассматривается современными учёными как сложный бипсихосоциальный феномен и является следствием дезадаптации личности.

По расчетам Всемирной организации здравоохранения ежегодно происходит около 800 тысяч суицидов во всем мире. Среднемировая смертность в результате самоубийств – 10,5 случаев на 100 тысяч человек, а Россия занимает третье место по этому показателю. Большое число самоубийств в России также связано с системными проблемами психиатрической помощи, нехваткой специалистов, отсутствия культуры обращения за психологической и психиатрической помощью.

Суицидальное поведение включает в себя антивитальные переживания, суицидальные фантазии, мысли, замыслы, намерения, попытки, а также непосредственно сам суицид. Главной целью суицида является нахождение решения из сложившейся ситуации, трудных

жизненных обстоятельств. Как правило, размышления о самоубийстве появляются задолго до суицидальной попытки. Суицидальное поведение – длительный процесс, поэтому на всех этапах его можно предотвратить.

Суицидальное поведение может быть реакцией на тяжелый стресс у психически здорового человека, а может быть первым симптомом психического расстройства. Например, депрессии или биполярного расстройства. Признаки суицидального поведения могут быть явными: когда человек обсуждает планы уйти из жизни, прощается с родственниками, внезапно пишет завещание. Но признаки могут быть и более «тонкими»: замкнутость и скрытность, потеря интересов к происходящему вокруг, апатия и упадок сил, отказ от общественной деятельности, перепады настроения, повышенная тревожность и беспокойство, расстройства аппетита, бессонница, пренебрежение личной гигиеной.

Причины суицидального поведения

- 1) депрессия, биполярное расстройство;
- 2) расстройства личности;
- 3) тяжелые психотравмирующие ситуации;
- 4) шизофрения;
- 5) употребление психоактивных веществ;
- 6) импульсивность и агрессия;
- 7) тяжелые соматические заболевания с хроническим болевым синдромом;
- 8) ухудшение финансового положения, безработица;
- 9) травля и унижение человеческого достоинства (буллинг в школе);
- 10) употребление определенных лекарственных препаратов (антидепрессанты, противоопухолевые лекарства).

Стадии суицидального поведения:

1. Стадия возникновения мыслей о смерти и смысле жизни.
2. Стадия суицидальных замыслов (продумывание способов, времени и места совершения суицида).
3. Стадия суицидальных намерений и совершения попытки суицида.

Типы суицидального поведения

- Парасуицид – демонстрация суицидальных наклонностей как способ привлечь внимание.
- Истинное суицидальное поведение.
- Замаскированное суицидальное поведение (чаще встречается у детей и подростков в виде участия в драках, занятиях экстремальными видами спорта).

Основными осложнениями суицидального поведения является нанесение самоповреждений, осуществление попытки самоубийства, инвалидность, а также смерть.

В настоящее время среди подростков очень распространен селфхарм. Это нанесение самоповреждений не с целью суицида. Повреждения могут проявляться порезами, ударами, ожогами, укусами или другими способами нанесения травм. Одним из наиболее распространенных мотивов для селфхарма является попытка регулирования эмоций как своих так и окружающих. Люди могут причинять себе вред, чтобы избавиться от депрессии, тревоги, панических атак. Нанесение физической боли может создать ощущение контроля или временное облегчение. Селфхарм – это нездоровый способ регулирования эмоций. Многократные самоповреждения становятся вредной привычкой, которую сложно преодолеть, и она не решает причину эмоциональных страданий. Селфхарм нужно рассматривать как признак психического расстройства, требующего внимания врача-психиатра.

Диагностика суицидального поведения

Диагностика суицидального поведения входит в компетенцию врача-психиатра. Полная оценка психического состояния пациента с акцентом на выявление депрессии, тревоги, приступов паники, тяжелой бессонницы, других психических расстройств, а также расстройств, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков. Врач-психиатр использует различные опросники и шкалы для оценки угрозы суицида. Существует шкала оценки суицидальных мыслей и поведения (Колумбийская шкала оценки тяжести самоубийств или C-SSRS). Вопросы в этой шкале сформулированы в формате интервью. Шкала определяет конкретные формы поведения, которые указывают на намерение человека покончить с собой.

Пациенты с депрессией подвержены значительному риску суицидального поведения и должны находиться под наблюдением. Риск суицида может повышаться на ранних этапах лечения депрессии, когда депрессивное настроение снимается лишь частично. В начале лечения депрессии у некоторых пациентов возникает возбуждение, тревога и нарастающая депрессия, что повышает вероятность суицидальных мыслей.

Суицидальное поведение является показанием для госпитализации в психиатрический стационар. Лечение включает в себя медикаментозную терапию и психотерапию. Лекарственные препараты подбираются врачом-психиатром с учётом основного диагноза (ПТСР, биполярное аффективное расстройство и др.), а также стадии расстройства и выраженности симптоматики. К основным медикаментозным средствам, назначаемым при суицидальном поведении, относятся: антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, стабилизаторы настроения, снотворные. Психотерапевтическая поддержка наиболее эффективна на этапе формирования мыслей и замыслов о суициде. В Омской области ведется активная работа по оказанию антикризисной помощи населению с высокой суицидальной активностью. В круглосуточном режиме работает служба «Телефон доверия». Житель любого района может получить профессиональную консультацию специалиста.

Статистика суицидов

Статистика суицидов и суицидальных попыток в Омской области за 2021 - 2023гг представлена ниже.

Завершенные суициды: 2021г – 463 случая, 2022г – 452 случая, 2023г – 412 случая. Суицидальные попытки: 2021г – 720 случая, 2022г – 635 случая, 2023г – 558 случая. По анализу вышеуказанных цифр можно судить о снижении

числа суицидов и суицидальных попыток. Причиной завершенных суицидов на 1-м месте стоит повешение, а суицидальных попыток – отравление медикаментами. Самое большое количество суицидов и суицидальных попыток совершено в возрасте 30-39 лет.

Официальные статистические ведомства ежегодно отмечают, что число суицидов в России сокращается. Хотя психиатры и психологи утверждают, что число склонных к самоубийству пациентов растет. Они связывают это с общей нестабильностью в мире и депрессивными состояниями, которые слабо диагностируются. Одним из последствий этого становится рост не только числа людей с прямыми мыслями о самоубийстве, но тех, кто совершает «социально приемлемый суицид». Это отдельная категория случаев самоубийств, «одобряемых обществом», когда человек приносит себя в жертву и обосновывает этот поступок благом для других (например, мужчина, добровольно участвующий в боевых действиях). Если человек размышляет о суициде, значит его психика истощена и он не видит других вариантов решения проблем.

Важно помнить о том, что профилактика суицидального поведения – это неотъемлемая часть работы специалистов в области психического здоровья.

Принципы помощи при суицидальном поведении

Основные принципы помощи представлены ниже.

1. Обсуждение темы суицида более продуктивно, чем избегать эту тему, это не провоцирует усиление суицидального поведения.

2. Разбор мотивов суицида или суицидальных мыслей. Один из самых опасных – ощущение собственной никчемности. Кроме того может быть желание уйти от боли, чувство бесперспективности и другие. Обсуждение этих вопросов помогает лучше разобраться в том, что происходит с пациентом и выбрать стратегию помощи.

3. Обязательно обсудить то, что является сдерживающим фактором (близкие люди, рели-

гиозные убеждения, надежда на улучшение).

4. Оценить степень критики к состоянию. Причины для суицидального поведения могут быть очень разными, и критика к этим идеям сильно различна у пациентов, например, с депрессией и с галлюцинациями.

5. Оценить степень импульсивного поведения у пациента. На момент осмотра пациент может демонстрировать высокий уровень критики, но при злоупотреблении психоактивными веществами, импульсивные попытки суицида в анамнезе – степень опасности значительно повышается.

6. Оценить нозологическую принадлежность суицидального поведения. Это принципиально важно для разработки тактики терапии.

7. Выбрать модальность ведения пациента (стационар, амбулаторное лечение). При высоких рисках импульсивного поведения, отсутствии критики, при сформированном плане с намерением действовать – показано стационарное лечение, в том числе в недобровольном варианте.

Специфических препаратов для профилактики суицида нет, всё зависит от конкретного психического расстройства.

Результатом эффективной работы по профилактике суицидального поведения является создание благоприятной психолого-педагогической обстановки среди школьников, а также выявление на раннем этапе граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию и оказание им своевременной психологической помощи. Огромная роль в этой деятельности отводится работе служб экстренной психологической помощи (Телефон доверия) благодаря которым удается предотвратить суицидальные попытки. Согласованность на межведомственном уровне и тесное взаимодействие различных ведомств в оказании комплексной поддержки конкретным людям и их семьям является актуальным решением проблемы суицидального поведения.



Социальные аспекты психиатрии

УДК 616.89

РАБОТА С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ АБОНЕНТАМИ НА «ТЕЛЕФОНЕ ДОВЕРИЯ»

В.Е. Чиряков

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

pontiac@list.ru

Аннотация. Последние годы выросла обращаемость на Омский «Телефон доверия» лиц с психическими заболеваниями, как состоящих под диспансерным наблюдением, так и не наблюдаемых психиатрами. Типы телефонных разговоров с лицами, состоящих на психиатрическом наблюдении зависят от состояния пациента: - находящиеся в относительно благополучном состоянии психического здоровья, ремиссии, кризисные ситуации в силу социальных обстоятельств; ухудшение психического здоровья; актуализация своеобразной активности. Автор предлагает практически реализованный алгоритм телефонного консультирования в подобных ситуациях.

Ключевые слова. Хронически психически больные, телефонное консультирование.

WORK WITH MENTALLY ILL CALLERS ON THE "HELPLINE"

V.E. Chiryakov

Abstract. In recent years, the number of calls to the Omsk "Hotline" from individuals with mental illnesses has increased, both those under dispensary observation and those not monitored by psychiatrists. The types of phone conversations with individuals under psychiatric observation depend on the patient's condition: individuals in a relatively stable state of mental health, remission, crisis situations due to social circumstances; deterioration of mental health; activation of peculiar activity. The author proposes a practically implemented algorithm for telephone counseling in such situations.

Keywords: chronically mentally ill, telephone counseling.

Последние годы выросла обращаемость на Омский «Телефон доверия» лиц с психическими заболеваниями, как состоящих под диспансерным наблюдением, так и не наблюдаемых психиатрами.

Такова тенденция во многих странах, в которых существуют службы экстренной телефонной помощи. Это связано с общей тенденцией деинституционализации, когда уменьшается число больных и сокращается срок их пребывания в стационаре. Таким образом лечение и реабилитация проходят в амбулаторных условиях. Положительная тенденция интеграции душевнобольных в общество нередко сталкивается с рядом серьезных сложностей. Получая свободу, бывший пациент психиатрической больницы порой соприкасается с негативным, подозрительным и отвергающим отношением социального окружения и вынужден полагаться только на свои силы.

Даже сегодня большинство людей боятся психических расстройств и избегают общения с душевнобольными. И они становятся «чужаками», не могущими приспособиться к жизни в обществе. Общественным сознанием они делятся условно на «психов» и «невротиков». При этом преувеличивается общественная опасность душевнобольных: по признаку агрессивности происходит совмещение

в бытовом сознании образов «психически больно-го» и «преступника».

Значительная часть общества отрицательно относится к пребыванию психически больных на свободе, что затрудняет их интеграцию. Сам диагноз психического заболевания осложняет социальную адаптацию этих людей. Поэтому лица с пограничными психическими расстройствами избегают обращаться в специализированные госцентры, а выбирают частнопрактикующих специалистов.

По сей день осведомленность общества о природе психических болезней остается крайне низкой. Даже среди лиц с высшим образованием около половины ничего не знают о психических расстройствах. Так среди студентов медуниверситетов и врачей клинических специальностей негативное отношение к психически больным отмечено у 12%. А среди хирургов и акушеров-гинекологов настороженное и недостаточно позитивное отношение к психически больным пациентам отмечено у 80% коллег.

В социуме негативное отношение к психически больным встречается еще чаще – 13,5% опрошенных анонимно по телефону респондентов относятся к ним с отвращением и настороженностью. А 14,3% респондентов полагают, что от ду-

шевнобольных следует изолировать от общества, причем это касается пациентов с раннего детства. Особенно детей с умственной отсталостью. Более терпимыми были опрошенные к тем, кто заболел душевным расстройством позднее, и наиболее лояльными – в отношении к больным алкоголизмом. Половина опрошенных вообще ничего не знала о формах помощи больным. Некоторые опрошенные полагали, что к душевнобольным и сегодня применяются карательные меры воздействия. И часть опрошенных охотно применила бы к больным репрессивные меры. А 10% респондентов отказали бы им в возможности получать медицинскую помощь.

Эти данные могут рассматриваться как важные свидетельства враждебного отношения современного общества к душевнобольным. Оно вполне укладывается в русло злокачественной агрессивности, долгое время продуцировавшейся тоталитарной властью. По мнению Э. Фромма интенсивность садистического отношения всегда определяется общественной атмосферой, во многом ответственной не только за развитие социального, но и за степень выраженности индивидуального садизма. Имеются проблемы с отношением к психически больным и в западном обществе, где они сталкиваются с существенными трудностями в повседневной жизни и часто страдают от изоляции. Однако сеть социальных служб, оказывающих им помощь, является весьма разнообразной и разветвленной. Кроме того, немало семей изъявляют желание взять попечение над душевнобольными, которые подолгу живут с ними под одной крышей – нередко на условиях полной благотворительности.

Типы телефонных разговоров с лицами, состоящих на психиатрическом наблюдении зависят от состояния пациента:

- находящиеся в относительно благополучном состоянии психического здоровья, ремиссии;
- они могут попасть в кризисную ситуацию в силу социальных обстоятельств;
- обращение связано с ухудшением психического здоровья;
- психически больные становятся постоянными звонящими, находя в консультанте отзывчивого собеседника по различным вопросам их своеобразной активности (изобретательства, реформаторства, парапсихологии, оккультизма...), жертвы бывшей советской репрессивной психиатрии, выражающие возмущение методами лечения, поведением врачей и испытывающие психологический кризис

Естественно, что стратегия консультирования в каждом случае имеет свои особенности:

Человек может обратиться за помощью, находясь в спутанном сознании или испытывая страхи галлюцинации: слышать «голоса», «ощущать» воздействие на свои мысли и чувства и т.д. С таким пациентом консультант сосредотачивается на активном выслушивании, сравнимом с под-

ходом к человеку, которому непременно надо выговориться. Важно запастись терпением. Не стоит излишне вникать в суть болезненных переживаний или следить в деталях за причудливой сменой фабул и обстоятельств, которые лишены естественной логической связи. Напрасно ожидать, что собеседник может воспринимать реальность такой, какой она видится консультанту. Однако терпеливое активное выслушивание приводит к тому, что возникают «едва заметные изменения», проявляющиеся в незначительном прояснении сознания и большей определенности ситуации. Но они могут смениться новым приступом душевного расстройства. Оно бывает причиной того, что клиенты обращаются в службу в последующем и консультанту следует вновь выслушивать их, стремясь достигать тех, порой незначительных, улучшений в состоянии собеседника, которых можно достичь.

Звонящий, страдающий душевным заболеванием, может обратиться по обычным житейским проблемам, например, жалуюсь на одиночество, изоляцию или враждебное отношение окружающих. В этом случае упоминание об имевшем место в прошлом психическом заболевании стоит пропустить или оттеснить на периферию внимания и вести телефонный диалог так, как он обычно ведется с человеком, находящимся в кризисной ситуации. Именно проблемы отношений с окружением вместе с осознанием того, что психическая болезнь является серьезным препятствием в достижении жизненных целей, создают трагическую коллизию, выход из которой может видиться в отказе от жизни. Эта опасность может быть достаточно вероятной. Активное выслушивание помогает человеку не чувствовать себя брошенным. Знание ситуации, в которой живут психобольные, делает необходимым проявление эмпатического сочувствия, и консультирование проводится так же, как со здоровым человеком, столкнувшимся в жизни с проблемами.

Консультант включает свою креативность когда беседа касается необычных увлечений, особых форм проведения времени, своеобразной активности, которые встречаются у психически больных. Можно столкнуться с проблемами изобретения «вечного двигателя», создания лекарства «от всех болезней», способов обнаружения «инопланетян» и пр. Как показывает практика консультирования, психически больные проявляют незаурядный интерес к различным паранормальным явлениям, каковыми являются телекинез, экстрасенсорика, «чудесные исцеления», телепатия, ясновидение, уфология, реинкарнация и пр.

В этих случаях основным инструментом консультирования также остается активное слушание. Звонящие, предлагающие обсудить перечисленные выше темы, часто не испытывают нужды в эмпатическом понимании. В силу своего заболевания они лишены способности к эмоцио-

нальному резонансу – отражению переживаний других людей. Это быстро ощущается по характеру общения, которое похоже на длительный монолог с обильным словесным напором, который нельзя остановить, пока звонящий не выговорится. Однако недостаток эмпатии у пациента не означает, что ее не может использовать консультант. Напротив, активное слушание и рефлексия помогают прояснить ситуацию и определить проблему, сосредоточившись на мыслях и чувствах собеседника. Кроме того, искреннее внимание консультанта к «странной» проблеме становится для таких людей якорем в море человеческого непонимания и способно вызвать положительные эмоции и доверие. При необходимости диалога по этим проблемам консультанту важно быть предельно внимательным. Избегать оценок, теорий или «открытий» и предупреждать нецелесообразные действия, направленные на их воплощение, поскольку это приводит к дополнительным нежелательным сложностям в жизни. Эта консультативная позиция является наиболее адекватной ситуации, но она бывает уязвима. Консультанту следует быть готовым к проявлениям гнева и обиды из-за нежелания активно поддержать своеобразные начинания звонящего. В этих беседах часто встречаются «вспышки» незавершенного диалога. Когда рассерженный звонящий может прекратить диалог. Проявление разочарования или отчаяния неуместны, прекращение беседы не грозит печальными последствиями для собеседника. Следует быть готовым к тому, что он позвонит опять и снова возникнет необходимость активного слушания с незначительными и кратковременными изменениями.

Что касается так называемых жертв карательной психиатрии, возможно в прошлом кто-то и подвергался преследованиям со стороны властей за свое инакомыслие или не приемлемые в том социуме формы поведения. В их консультировании, прежде всего, следует уделить внимание признакам расстройства адаптации. Адаптация может нарушиться после применения психологического или психофармакологического насилия. И в этом случае эмоции собеседника могут быть грубо – агрессивно. Такие пациенты нуждаются не только в активном слушании, но и в информировании об изменениях правил консультирования, учета и лечения в специализированном учреждении. А также возможности об-

жалования диагноза и независимых психиатрических экспертизах, правовых и прочих поддержках.

Таким образом, при работе консультанта с психически больными абонентами, складывается следующий алгоритм:

1. Опасность душевнобольных часто преувеличена, но пренебрегать знанием того, что он может быть опасен, не стоит. Абонент выслушивается спокойно, терпимо, доброжелательно. При этом: не акцентируем внимание на странностях, не вникаем в детали, «подыгрываем» абоненту.

2. Если абонент имел психическое расстройство в прошлом, а сейчас относительно благополучен, консультируем в обычном режиме.

3. Если абонент демонстрирует необычные открытия, изобретения, увлечения активно выслушиваем с поощрениями «да», «слушаю». Не провоцируя рассказ, и не проясняя проблему, чтобы не отвлечься на нюансы и не затянуть беседу.

4. Поведение, открытия, теории абонента не оцениваем. Важно не вызвать агрессию. Отдавая инициативу в диалоге абоненту умело контролируем беседу и поощряем положительные намерения.

5. Душевнобольные могут сами рассказать о своем психическом статусе, расспрашивать подробности течения болезни и лечения не стоит – если захотят, расскажут сами. Наша цель в оказании поддержки сейчас, а не в излечении его от психического недуга. Мы не ставим диагнозы и не лечим по телефону, а оказываем помощь здесь и сейчас.

6. Многим душевнобольным свойственна цикличность в подаче информации вследствие изменения мышления. Обнаружив, что вы идете по десятому кругу обсуждения, говорим об этом клиенту и пробуем завершить консультирование. Ограничение разговора во времени удобно использовать с «зависающими» абонентами, сказав об этом вначале беседы.

7. Терпеливое выслушивание даже агрессивных абонентов приводит к тому, что возникают «едва заметные изменения». Они проявляются в незначительном прояснении сознания или большей определенности ситуации. И даже если пациент вспылил. Бросил трубку, прервавшись на полуслове. Ничего страшного в этом нет.

Мы знаем, что слово наше отзовется. Посланное с любовью и уважением к человеку.

Литература

1. Детский телефон доверия: проблемы, решения, перспективы развития: Материалы городской научно-практической конференции. / Под ред. Ю.М. Забродина – М.: МГППУ, 2009. – 182 с.
2. Моховиков А.Н. М 86 Телефонное консультирование. — М.: Смысл, 2001. - 494 с. 2-е издание, переработанное и дополненное. Под редакцией и с предисловием доктора медицинских наук В.Е.Кагана. — М.: Смысл, 2001. - 494 с.
3. Скавинская Е.Н. Алгоритмы психологического консультирования в формате «Телефона доверия»: учеб. пособие. – Томск :Т Томский государственный университет, 2012 – 162 с.

Клиническая психология

УДК 616.89

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И СКЛОННОСТЬ К АГРЕССИИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Н.А. Голованова, Р.В. Зятиков, Ю.Г. Бикмаева, Т.П. Степанкина, Е.В. Казакова

БУЗ Омской области

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

kazakovae2010@mail.ru

Аннотация. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре назначается судом в рамках уголовного процесса лицам, совершившим правонарушения и по своему психическому состоянию требующих постоянного наблюдения. У этой группы лиц недостаточно изучена взаимосвязь уровня агрессии и уровня развития компонентов эмоционального интеллекта. Проведено исследование склонности к агрессии и измерение эмоционального интеллекта у лиц, находящихся на принудительном лечении. Авторы установили, что при повышении возрастных показателей (с 43 лет и выше) уровень эмоционального интеллекта снижается, снижаются способности к пониманию своих эмоций, распознаванию и идентификации, управлению собственным эмоциональным состоянием, снижению интенсивности нежелательных и внешних эмоциональных проявлений, повышаются тенденции к переживанию чувства несправедливости, обидчивости, субъективизма в оценке других людей, что в свою очередь, повышает общий уровень агрессивности. Выявлена высокая значимая обратная связь уровня эмоционального интеллекта и склонности к агрессии. По результатам, полученных данных по компонентам агрессии «Физическая агрессия», «Гнев», «Враждебность», предоставляется возможным определить мишени психологической коррекции.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, агрессия, принудительное лечение.

RESEARCH ON EMOTIONAL INTELLIGENCE AND PROPENSITY FOR AGGRESSION IN INDIVIDUALS UNDERGOING INVOLUNTARY TREATMENT

N.A. Golovanova, R.V. Zyatikov, Yu.G. Bikmaeva, T.P. Stepankina, E.V. Kazakova

Abstract. Involuntary treatment in a psychiatric hospital is assigned by the court within the framework of criminal proceedings to individuals who have committed offenses and require constant supervision due to their mental state. The relationship between the level of aggression and the development of components of emotional intelligence in this group of individuals is not sufficiently studied. A study was conducted on the propensity for aggression and the measurement of emotional intelligence among individuals undergoing involuntary treatment. The authors found that with an increase in age (from 43 years and older), the level of emotional intelligence decreases, along with a decline in the ability to understand one's emotions, recognize and identify them, manage one's emotional state, and reduce the intensity of undesirable and external emotional expressions. Additionally, tendencies towards experiencing feelings of injustice, being touchy, and subjectivism in evaluating other people increase, which, in turn, raises the overall level of aggressiveness. A significant inverse correlation was identified between the level of emotional intelligence and the propensity for aggression. Based on the obtained data concerning the components of aggression such as "Physical Aggression," "Anger," and "Hostility," it is possible to determine targets for psychological correction.

Keywords. Emotional intelligence, aggression, involuntary treatment.

Принудительное лечение (ПЛ) в психиатрическом стационаре назначается судом в рамках уголовного процесса лицам, совершившим правонарушения и по своему психическому состоянию требующих постоянного наблюдения. Основная цель принудительного лечения снизить общественную опасность пациентов и предупредить совершение новых общественно опасных деяний (ООД).

Важной частью исполнения принудительных мер медицинского характера является лечебно - реабилитационная работа с пациентами,

при этом, следует отметить особые трудности: это пациенты с высокой степенью социальной дезадаптации и стойкими асоциальными навыками, повторностью совершения ООД. Антисоциальное поведение с несформировавшимися трудовыми установками наряду с алкоголизацией, наркоманией, усложняют задачу проведения реабилитационно - восстановительных мероприятий. Также ряд факторов являются специфичными для реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения - это влияние криминальной субкультуры, к ко-

торой принадлежит часть пациентов, наличие продуктивной симптоматики на первых этапах принудительного лечения, психопатологический механизм совершенного ООД и собственно, характер совершенных правонарушений пациентами. Среди общественно опасных деяний психически больных в социальном плане наиболее значимы агрессивные действия, поскольку они связаны с угрозой жизни и здоровью граждан.

В период принудительного лечения, на протяжении всех лечебно – реабилитационных этапов приоритетом является, выявление высоко рискованных пациентов (оценка риска внутрибольничной агрессии, выявление скрытых лидеров и возможных организаций групповых неповиновений). В связи с чем, актуальным является психодиагностическое исследование склонности к агрессии лиц, находящихся на принудительном лечении, по результатам данных, составление и проведение психокоррекционных мероприятий.

В настоящее время отмечается увеличение количества исследований, изучающих агрессию и агрессивность в контексте эмоционального интеллекта, который понимается как группа способностей, обеспечивающих понимание собственных эмоций и эмоций других людей, а также управление ими. При этом до сих пор недостаточно изучена взаимосвязь уровня агрессии и уровня развития компонентов эмоционального интеллекта. В связи с чем, проведено исследование склонности к агрессии и измерение эмоционального интеллекта у лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой».

В исследовании приняли участие 37 пациентов, находящихся на принудительном лечении общего типа 11 пациентов психиатрического отделения общего типа № 7 и 26 пациентов из психиатрических отделений принудительного лечения специализированного типа №3 и №11. Исследование проведено с целью выявить уровни склонности к агрессии, и также, исследовать эмоциональный интеллект в данной группе. Что способствует осуществлению контроля динамики проявлений агрессии и по результатам полученных данных, далее, разработки психокоррекционной программы тренинговых занятий. В группе испытуемых, по механизмам совершения ООД, преобладают продуктивно – психотический, негативно – личностный. По характеру совершенных правонарушений: против жизни и здоровья (ст.105 по 119 УК РФ), против собственности (ст. 158 по 168 УК РФ). В возрасте от 20 до 64 лет, средний показатель по группе – 41 год (по отделениям: №7 – 47 лет, № 3 – 40,5 лет, № 11 – 35 лет), пре-

обладающее большинство пациентов с диагнозом «Шизофрения» (F 20).

Исследование проведено методиками: опросник склонности к агрессии А. Басса – М. Перри, ВРАQ – 24 (отечественная адаптация С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского) для диагностики склонности к физической агрессии, враждебности и гневу. Опросник эмоционального интеллекта ЭИИ (Д.В. Люсина) для измерения эмоционального интеллекта, который трактуется как способность к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими. В структуре эмоционального интеллекта (ЭИ) выделяется межличностный эмоциональный интеллект (МЭИ) – понимание эмоций других людей и управление ими, внутриличностный эмоциональный интеллект (ВЭИ) – понимание собственных эмоций и управление ими, способность к пониманию своих и чужих эмоций (ПЭ), способность к управлению своими и чужими эмоциями (УЭ).

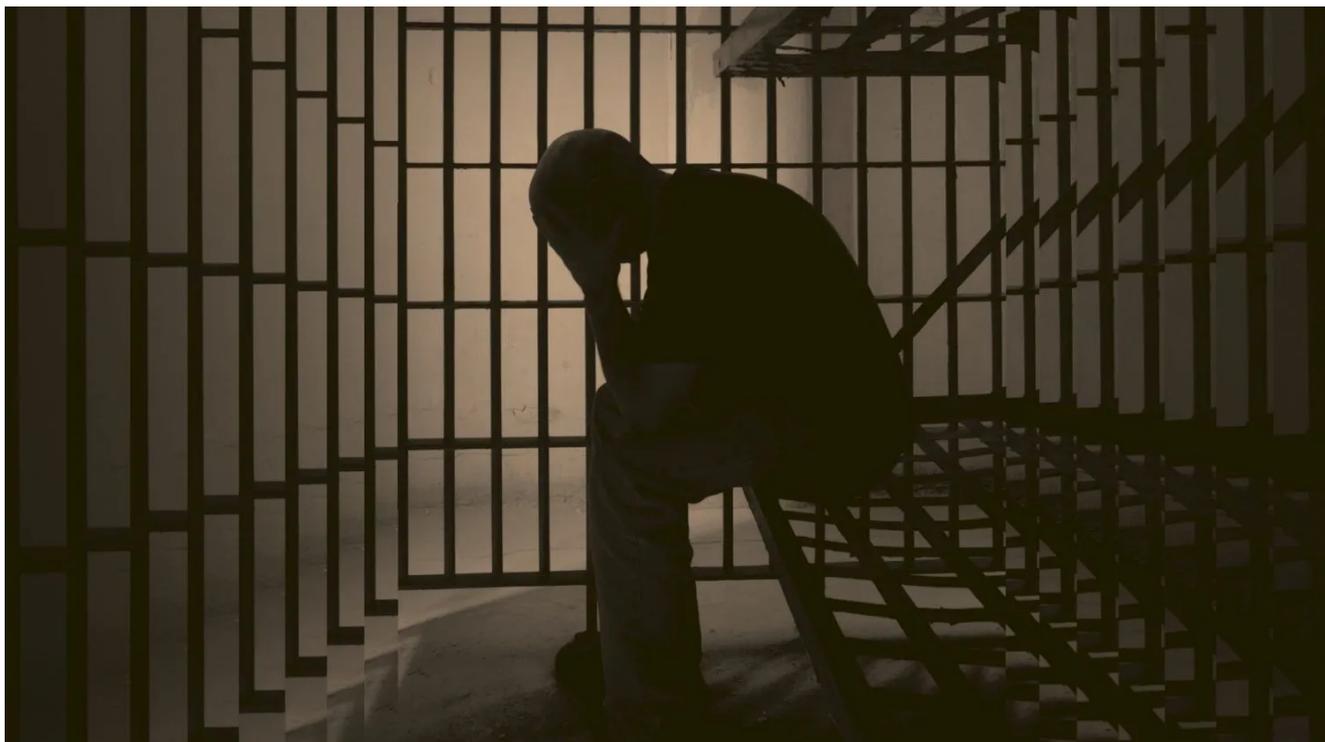
В исследуемой группе лиц, находящихся на принудительном лечении, преобладает средний уровень агрессивности (49%), умеренно выраженная тенденция к деструктивным реакциям в области межличностных отношений, средний показатель направленности на устранение и разрушение препятствий, противодействующих процессу индивидуального развития. Низкий уровень (43%), высокий (8%). По компонентам агрессии преобладают средние уровни «Физическая агрессия» (62%) склонности к использованию физической силы против другого лица, «Гнев» (51%) готовности к агрессии, проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении, «Враждебность» (49%) тенденция к переживанию чувства несправедливости, ущемленности, неудовлетворенности желаний. Умеренно выраженная склонность к реакциям, развивающим негативные чувства и негативные оценки людей и событий.

По выраженности общего показателя эмоционального интеллекта в данной группе преобладает низкий уровень (у 51%) трудности распознавания, идентификации, установления причинно – следственной связи возникновения и управления своих эмоций и других. Низкие уровни межличностного интеллекта (60%), понимание эмоций (54%) способности понимать свои и чужие эмоции, эмоциональное состояние других людей на основе внешних проявлений и способности снижать интенсивность нежелательных эмоций снижены. По показателям внутриличностного эмоционального интеллекта преобладает средний (38%), низкий (32%) уровни, высокий уровень ВЭИ у 30% пациентов. По показателю управление эмоциями также преобладает средний (51%), высокий (27%) уровни и низкий уровень управление эмоциями имеют (22%) пациентов.

В ходе корреляционного анализа (при помощи программы SPSS Statistics, методом ранговой корреляции Спирмена) выявлены высокие значимые обратные связи (на уровне 0,01) между общим показателем агрессии, компонентами агрессии (физическая агрессия, гнев, враждебность) и общим показателем эмоционального интеллекта (ОЭИ), компонентами ЭИ (ВЭИ, ПЭ, УЭ). Между межличностным эмоциональным интеллектом (МЭИ) и общим показателем агрессии и ее компонентами связи не обнаружено. В данной группе исследуемых по возрастному показателю (средний 41 год) взаимосвязей не обнаружено с общим уровнем агрессии и ее компонентов, также, общим уровнем эмоционального интеллекта и его компонентов, кроме компонента ВЭИ, отмечена значимая обратная связь (на уровне 0,05), в связи, с чем дополнительно проведен корреляционный анализ группы пациентов, находящихся на принудительном лечении общего типа (11 человек) и специализированного типа 3го отделения (13 пациентов) (в этих группах возрастной показатель выше и составляет средний возраст 43,5 года). По результатам данных выявлены: прямые значимые связи (на уровне 0,05) возраста и показателя общей агрессии, возраст и враждебность, высокая значимая обратная связь (на уровне 0,01) с показателем общего эмоционального интеллекта, с компонентами управление эмоциями и внутриличностный эмоциональный интеллект значимые обратные связи (на уровне 0,05).

Таким образом, предположительно, при повышении возрастных показателей (с 43 лет и выше), уровень эмоционального интеллекта снижается, снижаются способности к пониманию своих эмоций, распознаванию и идентификации, управлению собственным эмоциональным состоянием, снижению интенсивности нежелательных и внешних эмоциональных проявлений, повышаются тенденции к переживанию чувства несправедливости, ущемленности, неудовлетворенности желаний, обидчивости, субъективизма в оценке других людей, что в свою очередь, повышает общий уровень агрессивности.

По результатам данных и корреляционного анализа выявлена высокая значимая обратная связь уровня эмоционального интеллекта и склонности к агрессии. По результатам, полученных данных по компонентам агрессии «Физическая агрессия», «Гнев», «Враждебность», предоставляется возможным определить мишени психологической коррекции. И с учетом результатов данных по уровням развития компонентов эмоционального интеллекта и возрастных особенностей, возможна разработка психокоррекционной программы тренинговых занятий с пациентами, находящимися на принудительном лечении, в целях профилактики и снижения уровня агрессии, повышения эмоциональной устойчивости, контроля своего социального поведения.



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЫСЛИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

К.Н.Астахова, Н.В.Федорова

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

tashafed@mail.ru

Аннотация. В статье в ходе проведения ряда психологических методик выявляются, а затем анализируются особенности развития таких мыслительных операций как обобщение, конкретизация, сравнение, классификация, анализ и синтез у младших школьников с нарушением слуха и речи.

Ключевые слова. Дизонтогенез, нарушение слуха, нарушение речи, мыслительные операции, младшие школьники, обобщение, конкретизация, сравнение, классификация, анализ, синтез.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THINKING OPERATIONS OF JUNIOR SCHOOLCHILDREN WITH DIFFERENT TYPES OF DYSONTOGENESIS

K.N.Astakhova, N.V.Fedorova

Abstract. In the article, in the course of conducting a number of psychological methods, the features of the development of such mental operations as generalization, specification, comparison, classification, analysis and synthesis in primary school children with hearing and speech impairments are identified and then analyzed.

Keywords. Dysontogenesis, hearing impairment, speech impairment, mental operations, primary school children, generalization, specification, comparison, classification, analysis, synthesis.

Мышление как познавательный процесс представляет собой один из наиболее важных процессов формирования личности. За относительно небольшой период времени мышление ребенка проходит развитие от наглядно-действенного до словесно-логического, позволяющего рассуждать и делать умозаключения в соответствии с законами логики.

В школе умственные способности обычно формируется так, как ни в какое другое время. Исследователи выявили, что при различной организации учебно-воспитательного процесса, при изменении содержания способов обучения, методик, организации познавательной деятельности, можно получить совсем различные свойства мышления детей младшего школьного возраста.

У ребенка должны быть развиты все виды мышления. Только лишь формирование абсолютно всех видов мышления может гарантировать верное и достаточно полное отражение действительности. Но каждый ребенок имеет свои индивидуальные анатомо-физиологические и психические особенности, и вследствие этого - индивидуальный путь развития мыслительных процессов.

В работе рассмотрены особенности мыслительных операций детей младшего школьного возраста. На данном возрастном этапе происходят значительные изменения в этом познавательном процессе. В младшем школьном

возрасте начинается постепенный переход от наглядно - образного мышления к словесно - логическому. Формируются мыслительные операции. Аналитико-синтетическая деятельность в начале младшего возраста еще элементарна и находится в основном на стадии наглядно-действенного анализа. Со временем такая деятельность улучшается. Младшие школьники усваивают причинно-следственные связи и отношения. В процессе обобщения ребенок начинает опираться на более существенные признаки. Совершенствуются и умения школьников формулировать суждения и производить умозаключения.

Особенности развития мыслительных операций на данном возрастном этапе у каждого ребенка разные. Недостаточное их развитие отрицательно сказывается на успеваемости школьника. Большое количество затруднений возникает по той причине, что ребенок не умеет анализировать, сравнивать и обобщать.

У детей с разными типами дизонтогенеза, имеются трудности с овладением мыслительных операций. У младших школьников с нарушением слуха, словесная речь формируется позже, чем у их слышащих сверстников, и поэтому в развитии мыслительной деятельности наблюдается значительно больше специфических особенностей, чем в других познавательных процессах. Синтез возможен лишь в результате предварительного анализа, однако,

для глухих детей младшего школьного возраста представляется проблемой анализировать тексты, зачастую они никак не выделяют важные детали. Формирование словесно - логического мышления у слабослышащего резко отстает от слышащего сверстника, а это влечет за собой и общее отставание в познавательной деятельности.

Нарушение речи у младших школьников также может влиять на формирование познавательной деятельности. Поскольку мышление и речь тесно связаны между собой, очень важно уделять в младшем школьном возрасте внимание на формирование мыслительных операций. Одним из проявлений нарушений является несформированность таких мыслительных операций как анализ, синтез, сравнение, конкретизация и обобщение. Дети испытывают затруднения при классификации предметов, обобщении явлений и признаков. Нередко их суждения и умозаключения бедны, отрывочны, логически не связаны друг с другом.

В своем исследовании мы опирались на комплекс теоретических и эмпирических методов, включающих анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, а также тестирование.

В состав психодиагностического комплекса входили методики:

- «Диагностика сформированности мыслительной деятельности» Ульенковой У.В. (три задания на обобщение, конкретизацию и сравнение) [3].

- «Разрезанные картинки» Левченко И.Ю., Киселева Н.А. (оценка сформированности мыслительных операций анализа и синтеза) [1].

- «Классификация предметов Собчик Л.Н. (исследование операции классификации) [2].

Для выявления особенностей мыслительных операций младших школьников с нарушением речи и слуха было обследовано 10 младших школьников с нарушением слуха в возрасте девяти лет, а также 10 младших школьников с нарушением речи аналогичного возраста.

Обратимся к результатам методики «Диагностика уровня сформированности мыслительной деятельности» У.В. Ульенковой, из которой мы взяли три задания, направленные на изучение уровня сформированности мыслительных операций обобщения, сравнения и конкретизации.

Для диагностики уровня сформированности мыслительной операции обобщения в методике У.В. Ульенковой первым было предложено задание на обобщение 14 рядов конкретных понятий малого объема при помощи знакомых родовых терминов.

Высокий уровень продемонстрировали 10% младших школьников с нарушением слуха и 60% младших школьников с нарушением ре-

чи, дети выполнили задание без помощи психолога и педагога, быстро поняли суть задания и сами подбирали слово – обобщение.

Уровень сформированности мыслительной операции обобщения выше среднего выявлен у 20% детей с нарушением слуха и 30% младших школьников с нарушением речи. Дети продемонстрировали достаточный запас родовых понятий, необходимых для правильного подбора слова – обобщения, но им трудно было сосредоточиться на задании, быстро его записать.

Средний уровень сформированности мыслительной операции обобщения выявлен у 60% младших школьников с нарушением слуха и только у 10% младших школьников с нарушением речи. Данным детям оказывалась помощь в виде повторения и объяснения условий задания. Планирование хода решения задачи проводилось с помощью наглядного примера решения похожей задачи с помощью членения задачи на отдельные части и поэтапное ее выполнение с постоянным возвращением к ее условиям. Такое поведение ребенка, нельзя объяснить только тем, что ему трудно сосредоточиться на задании, сами задачи трудны для него своим содержанием. Дети с нарушением слуха отказывались от решения задачи, поскольку не владели нужными общеупотребительными родовыми понятиями, а своих придумать не могли, другие пытались решить задачу, предлагая в качестве родового понятия рядоположенный с обобщаемыми (башмаки, галоши, валенки – «ботинки»), также дети писали названные слова, не понимая как их обобщить (караси, окуни, щуки – они писали по очереди эти слова, без обобщения).

Приведенные примеры свидетельствуют о том, что у детей недостаточно сформирована мыслительная операция обобщения: они мысленно не расчленяют образы, не абстрагируют нужные признаки, не группируют их в соответствии с задачей, а вспоминают более или менее подходящее слово, или ситуацию.

Низкий уровень сформированности мыслительной операции обобщения продемонстрировали 10% детей с нарушением слуха, у младших школьников с нарушением речи низкий уровень зафиксирован не был, у школьников не возникли трудности с выполнением задания. Дети с нарушением слуха смотрели на сверстников, пытались уловить суть задания, но выполнить его в итоге они не смогли.

Таким образом, у большинства младших школьников с нарушением слуха 60% по результатам проведения методики «Диагностика уровня сформированности мыслительной деятельности», преобладает средний уровень развития мыслительной операции обобщения, а у детей с нарушением речи преобладает высокий уровень развития операции обобщения, 60% младших школьников с нарушением речи.

Также, у меньшего количества младших школьников с нарушением слуха 20% и у младших школьников с нарушением речи 30%, был выявлен уровень сформированности операции обобщения выше среднего. Эти дети допускали незначительные ошибки, как правило, они указывали слова близкие по значению к основному ответу. Средний уровень также был отмечен у 10% младших школьников с нарушением речи. Наименьшее количество детей с нарушением слуха, всего 10% детей продемонстрировали высокий уровень сформированности обобщения. Низкий уровень отмечается у небольшого количества испытуемых с нарушением слуха 10%, а у детей с нарушением речи низкого уровня выявлено не было.

Для выявления уровня развития операции конкретизации мы использовали задание из методики У.В. Ульенковой «Диагностика сформированности мыслительной деятельности детей» на конкретизацию понятий, в которой необходимо назвать объекты, входящие в понятие более широкого объема.

Высокий уровень сформированности операции конкретизации продемонстрировали 50% младших школьников с нарушением речи, у младших школьников с нарушением слуха высокий уровень выявлен не был. Дети безошибочно назвали достаточное количество объектов, входящих в понятие более широкого объема. Также испытуемые быстро отвечали на вопросы, конкретизировали понятия и проявляли интерес к заданию. Школьники также быстро записывали эти ответы и не допускали ошибок.

Уровень выше среднего выявлен у 10% младших школьников с нарушением слуха и у 30% испытуемых с нарушением речи. Дети справились с заданием только после повторного объяснения задания и наводящих вопросов («Обувь - это ботинки, резиновые сапоги? Что еще можно назвать обувью?»).

Средний уровень выявлен у 30% школьников с нарушением слуха и у 20% детей с нарушением речи. Дети смогли назвать объекты, входящие в понятие более широкого объема с нашей помощью, но справились только с самой простой частью задания и не смогли объяснить свое решение.

Низкий уровень сформированности данной операции продемонстрировали 60% детей с нарушением слуха, у младших школьников с нарушением речи низкого уровня конкретизации зафиксировано не было. Испытуемые не понимали, что от них требуется, пытались назвать свойства предметов («Цветы красивые, желтые»), называли не все конкретные понятия, не с каждым понятием вообще смогли работать. Следует отметить, что диагностируя детей с нарушением слуха, мы применяли специальное приложение для мобильного телефона «Сурдо-

фон», чтоб донести до детей суть задания и помочь им с разъяснением поставленной задачи.

Итак, согласно результатам диагностики, у 60% младших школьников с нарушением слуха преобладает низкий уровень сформированности мыслительной операции конкретизации, а у 60% младших школьников с нарушением речи преобладает высокий уровень мыслительной операции - конкретизация. У меньшего количества детей с нарушением слуха 10% и у детей с нарушением речи 30% выявлен уровень выше среднего. Средний уровень конкретизации мы выявили как у младших школьников с нарушением слуха 30%, так и у младших школьников с нарушением речи 20%.

Для выявления уровня сформированности операции сравнения, мы использовали задание из методики Ульенковой У.В. на сравнение пяти пар объектов.

Высокий уровень сформированности мыслительной операции сравнения обнаружен у 20% младших школьников с нарушением речи, у младших школьников с нарушением слуха данного уровня сформированности операции сравнения выявлено не было. Дети справились с поставленной задачей, работали с удовольствием.

Уровень сформированности мыслительной операции выше среднего продемонстрировали 10% младших школьников с нарушением слуха и 20% испытуемых с нарушением речи. Дети выделили в целом меньше признаков различия и сходства, испытывали небольшие трудности при решении заданий с последними двумя парами слов («Звери и люди», «Животные и растения»). Выделив один - два признака, дети отвлекались.

Средний уровень мыслительной операции сравнения был выявлен у 10% младших школьников с нарушением слуха и у 50% испытуемых с нарушением речи. Все поставленные задачи им были трудны, они пытались их решать, но самостоятельно не смогли выделить ни одного признака, причем даже в первых трех задачах наиболее легких по содержанию. Школьники не смогли сформулировать полный ответ на один ряд понятий (например, в паре «животные и растения», дети сказали только то, что у животных есть лапы, пара «ромашки и одуванчики» вызвала у школьников затруднения, они отвечали, что это цветочки, а различия определить не смогли). Также, дети отвлекались на сверстников, разговаривали и смеялись. Такое поведение детей указывает на отсутствие интереса к решению задач на сравнение.

Низкий уровень мыслительной операции сравнения был выявлен у большинства младших школьников с нарушением слуха, 80% испытуемых не смогли справиться с заданием, у 10% детей с нарушением речи также был диагностирован низкий уровень данной операции.

Дети не выделили ни признаков сходства, ни признаков различия. Школьники постоянно смотрели на присутствующего во время проведения диагностики учителя, ожидая подсказки. Также дети давали бессмысленные ответы («Животные и люди – зоопарк»). Длительное время они просто смотрели на нас, не понимая, как сравнить данные им понятия. Часто дети ограничивались выделением только одного признака – находя его, переставали думать о второй части задания.

Таким образом, мы определили, что для младших школьников с нарушением слуха 80%, характерен низкий уровень владения мыслительной операцией сравнения, а для младших школьников с нарушением речи 50% испытуемых характерен средний уровень развития операции. Высокий уровень сравнения диагностирован только у детей с нарушением речи 10%. Небольшое количество младших школьников с нарушением слуха, 10% испытуемых и 20% с нарушением речи продемонстрировали уровень выше среднего. У наименьшего числа испытуемых с нарушением слуха (10%) выявлен средний уровень развития операции сравнения. Низкий уровень был зафиксирован также и у меньшего числа испытуемых с нарушением речи, всего 10% испытуемых.

Обратимся к результатам диагностики по методике «Разрезанные картинки» И.Ю. Левченко, Н.А. Киселевой, направленной на изучение уровня сформированности мыслительных операций анализа и синтеза.

Высокий уровень сформированности мыслительных операций анализа и синтеза обнаружен у 60% младших школьников с нарушением слуха и у 90% младших школьников с нарушением речи. Дети сразу поняли, что от них требуется, быстро выполнили задание. Некоторые дети даже старались собирать картинки на скорость, присутствовал интерес.

Уровень выше среднего продемонстрировали 40% испытуемых с нарушением слуха и 10% сверстников с нарушением речи. Они смотрели, как собирают рисунок другие дети, и после непродолжительных раздумий выполняли задание. В целом также можно отметить интерес испытуемых к заданию. Уровни средний и низкий, при которых целостный образ предмета не узнавался, не был выявлен.

Таким образом, мы определили, что у 60% младших школьников с нарушением слуха и у 90% младших школьников с нарушением речи преобладает высокий уровень развития мыслительных операций анализа и синтеза. Меньше половины испытуемых с нарушением слуха 40% и минимальное количество с нарушением речи 10% продемонстрировали уровень выше среднего. Среднего и низкого уровня у младших школьников с разными типами дизонтогенеза зафиксировано не было.

Для диагностики мыслительной операции классификации мы использовали методику «Классификация предметов» Л.Н. Собчик.

Высокий уровень сформированности мыслительной операции классификации продемонстрировали 20% младших школьников с нарушением речи, у младших школьников с нарушением слуха высокий уровень не зафиксирован. Дети легко справлялись с распределением картинок на группы, правильно интерпретировали свои действия, употребляя при этом нужные родовые понятия. Они успешно классифицировали картинки и по второму признаку «живые и неживые». Хотелось бы отметить, что методика допускала некоторую помощь детям при классификации картинок по второму принципу, это было наведение на нужные действия вопросами типа: «Подойдет ли мебель к рыбам? Как же нужно разложить?».

Уровень сформированности мыслительной операции классификации выше среднего продемонстрировали 10% младших школьников с нарушением слуха и 30% младших школьников с нарушением речи. В действиях и ответах детей было меньше самостоятельности. Нами также оказывалась небольшая помощь в виде словесного обозначения оснований для классификации. Дети должны были применить предложенный принцип классификации самостоятельно и объяснить свои действия, но иногда они формулировали очень размыто: «У птиц есть хвосты и у рыбок тоже». Признаки живого указать не смогли.

Средний уровень сформированности классификации был выявлен у 50% младших школьников с нарушением слуха и у 40% младших школьников с нарушением речи. Дети сразу после прочтения инструкции к заданию не приступали. Они чувствовали себя растерянно, без практической помощи в выполнении задания и использования нами мобильного приложения «Сурдофон» понять не могли. Мы, оказывая помощь в выполнении задания, выделяли одну группу картинок в качестве примера, помогали вычленивать признаки их сходства и сделать обобщение через ближайшее родовое понятие. Такая помощь обычно подхватывалась, остальные картинки правильно раскладывались на три группы. Когда дети даже при оказании помощи не могли разложить картинки, мы раскладывали их сами, и только после этого они называли родовые понятия.

Низкий уровень сформированности мыслительной операции классификации продемонстрировали 40% младших школьников с нарушением слуха и 10% младших школьников с нарушением речи. Они не понимали задания и раскладывали картинки в случайном порядке. Раскладывали по принципу аккуратности, просто так, просто разглядывали картинки. Наша помощь в данном случае была безрезультатной.

Таким образом, из результатов диагностики по методике «Классификация предметов» Л.Н. Собчик, видно, что для 50% младших школьников с нарушением слуха и для 40% младших школьников с нарушением речи характерен средний уровень сформированности операции классификации. Высокий уровень операции классификации мы выявили лишь у 20% младших школьников с нарушением речи, а у младших школьников с нарушением слуха высокого уровня зафиксировано не было. Наименьший процент испытуемых с нарушением слуха 10% и нарушением речи 30% показали уровень сформированности данной операции выше среднего. Низкий уровень продемонстрировали дети с нарушением слуха 40% и дети с нарушением речи 10%. Для большинства из них характерна бедность представлений, отсутствие иерархии признаков объектов, а также недостаточный запас обобщающих видовых и родовых понятий, которые явились основными причинами неудач.

Итак, анализ результатов диагностики по методике «Диагностика формирования мыслительной деятельности у детей» У.В. Ульенковой позволил заключить, что для большинства младших школьников с нарушением слуха (60%) уровень сформированности мыслительной операции обобщения не превосходит уровень среднего, а конкретизация (у 60% испытуемых) и сравнение (у 80% испытуемых) не превосходят низкого уровня. Дети испытывали трудности при включении одного и того же предмета в разные системы обобщений, при обозначении его одним понятием. Не понимали иерархической зависимости между предметами и не могли объяснить своего решения. Не смогли обозначить признаки различия и сходства сравниваемых пар объектов и сравнивали объекты по несопоставимым признакам. У большинства их сверстников с нарушением речи, при выполнении этой же методики, был зафиксирован высокий уровень развития обобщения

(у 60% испытуемых) и конкретизации (у 50% испытуемых), а также средний уровень операции сравнения (у 50% детей). Младшие школьники с нарушением речи с интересом выполнили задания, обобщали и конкретизировали предметы, при сравнении понятий, опирались на свои догадки, после наших подсказок быстро и правильно находили ответы на поставленные задачи.

Диагностика с применением методики «Разрезанные картинки» Ю.И. Левченко позволила выявить особенности операции анализа и синтеза у младших школьников с нарушением речи и слуха. Согласно результатам диагностики, у испытуемых с нарушением слуха (60%) и речи (90%) преобладает высокий уровень сформированности анализа и синтеза. Дети не испытывали трудности при дифференциации признаков предметов и явлений при выполнении задания. Испытуемые узнавали целостный образ предмета и собирали картинки без нашей помощи.

Из результатов диагностики по методике «Классификация предметов» Собчик Л.Н. можно констатировать, что для большинства младших школьников с нарушением слуха (50%) и для младших школьников с нарушением речи (40%) характерен средний уровень сформированности мыслительной операции классификации. Хотелось бы отметить, что, несмотря на практически одинаковые результаты сформированности классификации, большая оставшаяся часть испытуемых с нарушением речи показали уровень выше среднего (30% испытуемых) и высокий (20% испытуемых), а большинство их сверстников с нарушением слуха (40%) - низкий. Это говорит о том, что младшие школьники с нарушением слуха не смогли правильно распределить предметы и обозначить выделенную группу верным понятием, а также испытывали трудности при объяснении хода своего решения, нежели их сверстники с нарушением речи.



Новости психиатрии

МИНЗДРАВ ОПРЕДЕЛИЛ КРИТЕРИИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ О НИХ ПОЛИЦИИ

Минздрав России опубликовал проект критериев наличия склонности психиатрического пациента к совершению общественно опасных действий — если человек с хроническим или затяжным расстройством будет иметь тяжелые или частые обострения и попадать под эти критерии, медработники должны будут сообщать о нем полиции. Документ размещен на портале regulation.gov.ru.

В список критериев вошли:

антисоциальная структура личности (эмоционально неустойчивая, возбудимая, диссоциальная личностные структуры) в стадии декомпенсации;

нарушения поведения с агрессивностью, антисоциальными тенденциями;

эмоционально-волевые нарушения: эксплозивность, дисфории, эмоциональная неадекватность с жестокостью, парадоксальностью эмоционального реагирования с агрессивными поступками;

психотическая симптоматика: императивные галлюцинации, депрессивные и маниакальные состояния, бредовые расстройства, импульсивные действия, сумеречное состояние сознания;

сочетание психического расстройства с употреблением психоактивных веществ, сопровождающееся антисоциальным поведением.

В июле 2024 года президент Владимир Путин подписал закон, согласно которому медучреждения по запросу МВД будут раскрывать

сведения, составляющие врачебную тайну, о представляющих опасность пациентах с психическими расстройствами, алкоголизмом или наркоманией. Поправки внесены в законы «Об основах охраны здоровья граждан», «О полиции» и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», сообщил «МВ».

Полицейские начнут по запросу получать персональные медицинские данные в рамках надзора за гражданами, освобожденными из мест лишения свободы, и с психическими расстройствами, которым суд назначил принудительное лечение. Согласно закону, сотрудники правоохранительных органов теперь смогут участвовать «в наблюдении за пациентами», а также обмениваться данными о них с медорганизациями. Медицинская информация будет передаваться через систему межведомственного взаимодействия по аналогии с нынешним механизмом обмена сведениями о владельцах оружия.

Кроме этого, прописывается, что полиция теперь будет помогать медперсоналу доставлять в клиники людей, уклоняющихся от явки в медучреждения.

Ранее в пресс-службе Минздрава заявляли, что из общего количества людей с психическими расстройствами число тех, кто представляет опасность для себя и окружающих, «минимально», но они требуют «особого внимания» со стороны медработников и правоохранительных органов.

Источник: <https://medvestnik.ru/>

МВД БУДЕТ ПОЛУЧАТЬ ДАННЫЕ О ЛЮДЯХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Президент РФ Владимир Путин подписал закон, согласно которому медучреждения по запросу МВД будут раскрывать сведения, составляющие врачебную тайну, о представляющих опасность пациентах с психическими расстройствами, алкоголизмом или наркоманией. Поправки внесены в законы «Об основах охраны здоровья граждан», «О полиции» и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Полицейские начнут по запросу получать персональные медицинские данные в рамках надзора за гражданами, освобожденными из мест лишения свободы, и с психическими рас-

стройствами, которым суд назначил принудительное лечение. Помимо этого, сотрудникам МВД теперь будут доступны данные о пациентах с хроническими и затяжными расстройствами с тяжелыми и частыми обострениями, диспансерное наблюдение за которыми установлено на фоне склонности к совершению общественно опасных действий.

Согласно закону, сотрудники правоохранительных органов теперь смогут участвовать «в наблюдении за пациентами», а также обмениваться данными о них с медорганизациями. Медицинская информация будет передаваться через систему межведомственного взаимодей-

ствия по аналогии с нынешним механизмом обмена сведениями о владельцах оружия.

Кроме этого, прописывается, что полиция теперь будет помогать медперсоналу доставлять в клиники людей, уклоняющихся от явки в медучреждения.

Ранее в пресс-службе Минздрава заявляли, что из общего количества людей с психическими расстройствами число тех, кто представляет опасность для себя и окружающих, «минимально», но они требуют «особого внимания» со стороны медработников и правоохранительных органов.

За последние годы в России были приняты несколько инициатив, которые позволяют силовым ведомствам получать доступ к врачебной тайне. В конце 2022 года Минздрав обязал психиатров из диспансеров сотрудничать с полицией, тогда же в Кремле поддержали проект о доступе МВД к медицинским данным водителей. В конце 2023 года председатель Комитета Госдумы по обороне Андрей Картаполов заявил,

что медорганизации (в том числе частные) обязаны передавать в военкоматы сведения о гражданах, которые пользуются их услугами. Это якобы позволит снять нагрузку с военкоматов и избежать ошибок. Ранее «МВ» сообщал, что Минобороны планирует получить доступ к Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, чтобы использовать содержащиеся в ней данные для формирования электронных личных дел призывников. На их основании будет выноситься решение, годен или не годен гражданин к военной службе.

В июле 2024 года правительство внесло в Госдуму законопроект, расширяющий права на получение доступа к врачебной тайне еще одной структурой – Федеральной службой исполнения наказаний (ФСИН). Если документ примут, медорганизации смогут передавать инспекциям ФСИН такие данные конкретно для контроля за принудительными медицинскими мерами, назначаемыми педофилам.

Источник: <https://medvestnik.ru/>

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ COVID-19 ПРИВЕЛИ К СМЕНЕ ПРОФЕССИИ У ЧЕТВЕРТИ ПАЦИЕНТОВ

Ученые из Оксфордского университета и Королевского колледжа Лондона оценили распространенность когнитивных нарушений спустя два-три года после госпитализации по поводу COVID-19, а также определили их влияние на профессиональную деятельность. Результаты исследования C-Fog опубликованы в журнале The Lancet.

Анализ показал, что спустя два-три года после перенесенной коронавирусной инфекции участники набрали значительно более низкие, чем ожидалось, баллы по всем когнитивным тестам. Средний дефицит был эквивалентен 10 баллам IQ. У каждого девятого пациента были выявлены объективные признаки серьезных когнитивных нарушений, которые соответствовали разнице в 30 баллов IQ.

Спустя два-три года большинство участников сообщили о наличии легкой тревожности (74,5%), усталости (53,5%) или субъективном снижении когнитивных способностей (52,1%). Больше 20% пациентов столкнулись с тяжелыми формами тревожности и когнитивных нарушений. Причем тяжесть депрессии, тревожности и усталости через два-три года оказалась более выраженной, чем спустя полгода и год после

заболевания. Выраженность симптомов зависела не от тяжести перенесенного COVID-19, а от степени восстановления в течение первого полугода после коронавирусной инфекции.

Более четверти участников (26,9%) сменили профессию после перенесенного COVID-19, причем самой распространенной причиной стали объективные и субъективные когнитивные дефициты.

Анализировали данные 2469 участников исследования PHOSP-COVID, из которых 475 человек предоставили данные при 2–3-летнем наблюдении. Участники выполнили восемь когнитивных тестов, заполнили опросники на предмет оценки депрессии, тревожности и усталости, а также прошли опросник индекса когнитивных изменений (CCI-20) для оценки субъективного снижения когнитивных способностей.

Авторы заключили, что психиатрические и когнитивные симптомы усиливаются в течение первых двух-трех лет после госпитализации по поводу COVID-19. Таким пациентам необходимо дополнительное медицинское наблюдение и помощь в восстановлении когнитивных способностей.

Источник: <https://medvestnik.ru/>

«ЛИБОЛВИ»: НЕЙРОЛЕПТИК, КОТОРЫЙ НЕ ВЫЗЫВАЕТ УВЕЛИЧЕНИЯ ВЕСА

Ирландская «Алкермес» (Alkermes) построила «Либолви» вокруг широко используемого и эффективного нейролептика оланзапина (olanzapine), добавив к нему самидорфан (samidorphan) в целях сдерживания увеличения массы тела, вызываемого оланзапином.

В случае биполярного расстройства I типа «Либолви» может применяться равно как для купирования острых маниакальных или смешанных эпизодов (монотерапевтически или как добавочный препарат к литию или вальпроату), так и в рамках поддерживающей монотерапии.

Пероральный «Либолви» назначается один раз в день.

Регуляторное разрешение на «Либолви» выдано Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) в конце мая 2021 года.

В Европе «Либолви» не одобрен.

В России «Либолви» регистрацию не получал, хотя должны были клинические испытания проводились. Очевидно, изменившаяся геополитическая обстановка закрыла для него двери.

Для незастрахованных американских пациентов или тех, чья медицинская страховка не покрывает расходы на «Либолви», стоимость 30-дневного курса лечения составляет 1600 долларов.

Шизофрения, которая считается одной из десяти ведущих причин инвалидизации населения во всём мире, характеризуется нарушением психических процессов. Это психическое расстройство, которое начинается в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте и распространённость которого в течение жизни составляет 1%, связано с огромным экономическим бременем и сравнительно меньшей продолжительностью жизни.

Для лечения шизофрении предложено большое разнообразие антипсихотических препаратов. К ним относятся антагонисты дофаминовых D2-рецепторов, блокаторы серотониновых 5HT_{2A}-рецепторов с D2-антагонизмом, частичные D2-агонисты.

Все эти нейролептики вызывают эндокринологические и метаболические побочные эффекты, такие как увеличение веса, гиперлипидемия, гипергликемия, гипертония. Они являются факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также вносят основной вклад в раннюю и повышенную смертность пациентов, страдающих тяжёлыми психическими заболеваниями и принимающих антипсихотики [5].

«Либолви» (Lybalvi, ALKS 3831) представляет собой сочетание атипичного антипсихоти-

ка оланзапина (olanzapine) и опиоидного антагониста самидорфана (samidorphan).

Механизм действия оланзапина, антипсихотика второго поколения, точно не установлен. Он эффективен в устранении как позитивных, так и негативных симптомов. Считается, что его нейролептические свойства опосредованы антагонизмом дофаминовых и серотониновых рецепторов. Дополнительное преимущество оланзапина заключено в нормализации работы поражённых областей головного мозга (связанных с когнитивными функциями и эмоциональной обработкой) и обеспечении более длительного времени до прекращения лечения, что способствует лучшей приверженности пациентов, особенно хронически больных.

Оланзапин, в сравнении с другими распространёнными атипичными антипсихотиками, характеризуется низким риском экстрапирамидальных побочных эффектов, включая тардивную дискинезию: ввиду того, что он проявляет усиленную аффинность к серотониновому рецептору 5-HT_{2A} относительно дофаминового рецептора D₂.

Частым нежелательным явлением (НЯ) всех атипичных нейролептиков — и в особенности оланзапина — являются метаболические нарушения, выражающиеся существенной прибавкой массы тела с сопутствующим ростом риска развития гипергликемии и сахарного диабета 2-го типа (СД₂). Увеличение веса связано, как предполагается, с антагонизмом гистаминового рецептора H₁, вызывающим седацию, и антагонизмом 5-HT_{2C} и D₂, приводящим к стимулированию аппетита. Кроме того, оланзапин проявляет сильный антагонизм мускаринового рецептора M₃, что, возможно, объясняет его диабетогенный эффект.

Самидорфан, структурно похожий на налтрексон (naltrexone), работает главным образом как антагонист μ -опиоидного рецептора, попутно проявляя частичный агонизм в отношении κ - and δ -опиоидных рецепторов

Уместно напомнить, что оланзапин, дебютировавший в сентябре 1996 года под брендом «Зипрекса» (Zyprexa), породил сонм судебных исков к оригинатору в лице «Илай Лилли» (Eli Lilly), которая зарабатывала на нем многие миллиарды долларов. К примеру, в пятилетний период 2003–2007 гг. продажи оланзапина составили \$22 млрд, или треть от общего дохода, а с момента своего появления до 2020 года включительно «Зипрекса» заработал свыше \$60 млрд.

В январе 2009 года «Илай Лилли» была признана виновной в мошеннической реализации оланзапина не по назначению. Согласно обвинительным документам, с сентября 1999 года

по как минимум конец 2005 года «Зипрекса» преступным образом продвигался (особенно среди пожилых людей) как лекарство против ажитации, агрессии, враждебности, депрессии, генерализованного расстройства сна, а также деменции, в том числе вызванной болезнью Альцгеймера.

Руководство «Илай Лилли» создавало маркетинговые материалы, рекламирующие применение «Зипрексы» не по показаниям (офф-лейбл), а по симптомам, обучало своих торговых представителей игнорировать закон, инструктировало сотрудников всячески и нелегально поощрять врачей выписывать рецепты на оланзапин. Для этого были потрачены значительные финансовые ресурсы, в том числе на программы непрерывного медицинского образования, «затуманивающие» и «дезинформирующие», в целях улучшения финансовых результатов компании.

Поскольку основным лекарственным компонентом «Либолви» является оланзапин, который давно и успешно применяется в терапии шизофрении и биполярного расстройства I типа, для регуляторного одобрения нового препарата

авторства «Алкермес» было необходимо подтвердить, что его клиническая эффективность не уступает оланзапину.

Длительное использование сочетания оланзапина с самидорфаном на протяжении 2 и 4 лет кряду показало, что пациенты (n=232 и n=109) оставались симптоматически стабильными, тогда как их масса тела всё же увеличивалась, но совсем незначительно: за указанное время прибавка составила в среднем 0,84 и 2,65 кг — с исходных 77,4 кг. Окружность талии также изменилась: с изначальных 90 см она уменьшилась на 0,6 см, а затем выросла на 1,4 см. Уровни метаболических показателей, таких как холестерин, триглицериды, гликированный гемоглобин, глюкозы в крови, изменились несущественным образом [4].

«Алкермес» надеется расширить популяцию пациентов, пригодных для назначения «Либолви», и для этого проводит клиническое исследование ENLIGHTEN-Youth (NCT05303064) фазы III в педиатрической возрастной группе с шизофренией (13–17 лет) или биполярным расстройством I типа (10–17 лет).

Источник: <https://mosmedpreparaty.ru>



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

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

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
 2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
 3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
 4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
 5. Перед названием статьи указывается УДК.
 6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
 7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
 8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
 9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
 10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.
- Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.