

Материалы Всероссийской
междисциплинарной
научно-практической
конференции
25 мая 2018

**КРИЗИСНЫЕ
СОСТОЯНИЯ:
МЕДИЦИНСКИЕ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ**

ТАМБОВ 2018

to

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ТАМБОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Г.Р. ДЕРЖАВИНА»**

**«КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ:
МЕДИЦИНСКИЕ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»**

Материалы Всероссийской междисциплинарной
научно-практической конференции

25 мая 2018 г.

Тамбов 2018
**MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE
RUSSIAN FEDERATION FEDERAL STATE BUDGET**

**EDUCATIONAL INSTITUTION
HIGHER PROFESSIONAL EDUCATION
"TAMBOV STATE UNIVERSITY NAMED AFTER GR
DERZHAVIN"**

**"CRISIS STATES: MEDICAL AND
PSYCHOLOGICAL ASPECTS"**

**Materials All-Russian Interdisciplinary
scientific and practical conference**

May 25, 2018

Tambov 2018

УДК 159.9.07
ББК 88.48.1

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Юрьева Т.В. - кандидат психологических наук (отв.ред.);

Сорокина Л.В. - кандидат биологических наук;

Мириуца Е.В. - кандидат философских наук;

Полушкина И.В. - кандидат психологических наук;

Дьячкова Е.С. - кандидат психологических наук.

- П86 **Кризисные состояния: медицинские и психологические аспекты:** материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции. 25 мая 2018 г.; М- во обр. и науки РФ, ФГБОУ ВПО "Тамб. го. ун-т им. Г.Р. Державина / (отв. ред. Юрьевой Т.В.). Тамбов: Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2018.
В сборнике представлены материалы Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции, посвященной проблеме кризисных состояний, их медицинским и психологическим аспектам: диагностике, профилактике и лечению. Сборник содержит статьи специалистов в области психологии, медицины, психиатрии и других областей знания, посвященные решению актуальных проблем психологии кризисных состояний и психических расстройств.

УДК 159.9.07

ББК 88.48.1

© ФГБОУ ВПО "Тамбовский государственный университет имени Г.Р. Державина", 2018

UDC 159.9.07

ВБК 88.48.1

EDITORIAL TEAM

Yurieva T.V. - Candidate of Psychology (otv. ed.);

Sorokina L.V. - Candidate of Biological Sciences;

Miriutsa E.V. - Candidate of Philosophy;

Polushkina I.V. - Candidate of Psychology;

Dyachkova E.S. - Candidate of Psychological Sciences.

P86 Crisis states: medical and psychological aspects: materials of the All-Russian interdisciplinary scientific-practical conference. May 25, 2018; M-in arr. and science of the Russian Federation, FSBEI HPE "Tamb. Go. University named after GR Derzhavin / (responsible editor Yurieva TV). Tambov: Publishing House of TSU named after GR Derzhavin, 2018.

The collection contains materials of the All-Russian Interdisciplinary Scientific and Practical Conference dedicated to the problem of crisis conditions, their medical and psychological aspects: diagnosis, prevention and treatment. The collection contains articles of experts in the field of psychology, medicine, psychiatry and other areas of knowledge solving urgent problems of psychology of crisis conditions and mental disorders

UDC 159.9.07

BBK 88.48.1

© FGBOU VPO "Tambov State University named after G.R. Derzhavina ", 2018

Содержание

1. Кризисные состояния современного общества как вызов современности

Дьячкова Е.С. Кризис рождения особого ребёнка - кризис длиною в жизнь

Евдокимова Е.М., Максимчук Н.А., Рахлеев Ю.Л. Кризисные состояния и суицидальное поведение

Кудинова Е.В., Гордиенко М.С. Деструктивное поведение при некоторых психических расстройствах в различных возрастных группах у женщин

Маркова О.Н. Некоторые особенности отношения старшеклассников к самоповреждающему поведению

Овчаренко Л.Б. Психический инфантилизм как кризисное состояние подростков

Резепова Е.И. Внутренняя картина болезни и переживание кризиса у соматических больных

Сычева А.В., Сорокина Л.В. Влияние ведущей модальности восприятия информации у подростков на специфику проявления школьной тревожности

Баранов А.В., Казакова Е. Ю. Садовникова М.В. Деструктивное поведение военнослужащих

2. Медицинская реабилитация и социально-психологическая помощь пациентам с психическими расстройствами в трудных жизненных и кризисных ситуациях

Баранов А.В., Старых С.А., Громакова Н.В., Дмитриева Г.А., Абашина В.В. Медицинская реабилитация и социально-психологическая помощь пациентам с психическими расстройствами

3. Психическая болезнь близкого человека, как кризис

Удод А.Ю. Гущина Е.Е. Особенности проявлений суицидального риска у пациентов с пограничными аффективными психическими расстройствами.

Юрьева Т. В., Черкасов А. А., Баженова А. С., Четет А.А. Комплаентность родственников психически больных

4. Кризисные состояния: клиника, диагностика, психотерапия

Евдокимова Е.М., Максимчук Н.А., Рахлеев Ю.Л. Вопросы организации и клинико-психологической диагностики кризисных состояний у больных с алкогольной зависимостью

Кудинова Е.В. Особенности клиники и динамики острых депрессивных реакций у женщин, оказавшихся в кризисных и трудных жизненных ситуациях.

5. Современные подходы оказания психологической помощи людям, оказавшимся в кризисных и трудных жизненных ситуациях

Бызова В.М., Ловягина А.Е. Особенности психосоматических жалоб в трудных жизненных ситуациях у студенток с разными метакогнитивными оценками

Гажа А.К., Глазкова Т.Н., Тулупова О.В. Применение духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного лечения

Николюкина Н.Б. Геронтопсихологическая специфика обслуживания в учреждениях для пожилых людей

Шигорева Н.И. Страхи приёмных родителей

6. Злоупотребление ПАВ и другие формы аддиктивного поведения, как причина и последствие кризисных состояний;

Мириуца Е.В. Психологические особенности старших школьников, склонных к кибераддикции

Горкина М.Г., Максимова Ю.Л., Удальцова И. А. Факторы риска суицидального поведения у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

Заболотский Д.Н., Честюнина Ю.В. Интернет-зависимость как фактор снижения производительности труда

Можаров Н.С., Кожанов А.В., Мещеряков В.О., Ванюшина Е.А. Личностные особенности подростков, склонных к побегам из дома

Content

1. Crisis conditions of modern society as a challenge of modernity

Dyachkova E.S. The crisis of the birth of a special child - a life-long crisis

Evdokimova, E.M., Maksimchuk, N.A., Rakhleev, Yu.L. Crisis states and suicidal behavior

Kudinova E.V., Gordienko M.S. Destructive behavior in certain mental disorders in different age groups in women

Markova O.N. Some features of the attitude of high school students to self-damaging behavior

Ovcharenko L.B. Mental infantilism as a crisis state of adolescents

Rezepova E.I. Internal picture of the disease and experiencing a crisis in somatic patients

Sycheva A.V., Sorokina L.V. The influence of the leading modality of perception of information in adolescents on the specifics of school anxiety

Baranov A.V., Kazakova E. Yu. Sadovnikova M.V. Destructive behavior of military personnel

2. Medical rehabilitation and socio-psychological assistance to patients with mental disorders in difficult life and crisis situations

Baranov A.V., Starikh S.A., Gromakova N.V., Dmitrieva G.A., Abashina V.V. Medical rehabilitation and socio-psychological assistance to patients with mental disorders

3. Mental illness of a loved one, like a crisis

Udod A.Yu. Guschina E.E. Features of the manifestations of suicidal risk in patients with borderline affective mental disorders.

Yurieva T.V., Cherkasov A.A., Bazhenova A.S., Chechet A.A. Compliance of relatives of the mentally ill

4. Crisis states: clinic, diagnosis, psychotherapy

Evdokimova, E.M., Maksimchuk, N.A., Rakhleev, Yu.L. Issues of organization and clinical and psychological diagnosis of crisis conditions in patients with alcohol dependence

Kudinova EV Features of the clinic and the dynamics of acute depressive reactions in women in crisis and difficult life situations.

5. Modern approaches to the provision of psychological assistance to people in crisis and difficult life situations

Byzova V.M., Lovyagina A.E. Features of psychosomatic complaints in difficult life situations for female students with different metacognitive assessments

Gazha A.K., Glazkova T.N., Tulupova O.V. The use of spiritually-oriented psychotherapy in the conditions of compulsory treatment

Nikolyukina N.B. Gerontopsychological specificity of service in institutions for the elderly

Shigoreva N.I. Fears of adoptive parents

6. Abuse of surfactants and other forms of addictive behavior, as the cause and effect of crisis conditions;

Miriutsa E.V. Psychological features of senior schoolchildren prone to cyberraddication

Gorkina MG, Maksimova Yu.L., Udaltsova I.A. Risk factors for suicidal behavior in persons suffering from alcohol dependence

Zabolotsky D.N., Chestyunina Yu.V. Internet addiction as a factor in reducing productivity

Mozharov N.S., Kozhanov A.V., Meshcheryakov V.O., Vanyushina E.A. Personal characteristics of adolescents prone to escapes from home

1. КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА КАК ВЫЗОВ СОВРЕМЕННОСТИ

КРИЗИС РОЖДЕНИЯ ОСОБОГО РЕБЁНКА - КРИЗИС ДЛИННОЮ В ЖИЗНЬ CRISIS OF THE BIRTH OF A SPECIAL CHILD - THE CRISIS LONGER IN LIFE

Е.С. Дьячкова

Тамбовский государственный университет имени Г.Р.
Державина, elenastanislovovnadyachkova@gmail.com

Аннотация: Статья посвящена кризису рождения в семье особого ребёнка. Описаны стадии принятия диагноза родителями: шоковая реакция, отрицание, гнев («Почему я?»), депрессия, стадия конструктивных действий. В статье говорится о перестройке семьи, ее ценностей и жизненных целей, о проблемах семьи, воспитывающей ребёнка с особенностями развития и о семьях с конструктивным и деструктивным отношением к проблеме.

Summary: The article is devoted to the crisis of the birth of a special child in the family. The author describes the stages of acceptance of the diagnosis by the parents: shock reaction, denial, anger ("Why me?"), depression, a stage of constructive actions. The article is devoted to the family restructuring, its values and life goals, the problems of the family raising a child with developmental peculiarities and families with a constructive and destructive attitude to the problem.

Ключевые слова: кризис рождения особого ребенка, семья особого ребёнка, стадии принятия диагноза ребёнка

Key words: crisis of the birth of a special child, the family of a special child, the stage of the child's diagnosis

Рождение ребёнка, пожалуй, самое счастливое событие любящих друг друга людей. К этому событию готовится вся семья, его с трепетом ждут. Трудности психологического и материального порядка, появляющиеся с рождением ребёнка, окупаются позитивно окрашенными эмоциональными переживаниями, которые он доставляет. Популяризация психологии вообще и перинатальной психологии, в частности, пересматривает отношение к внутриутробному развитию ребёнка. Отчасти и поэтому в настоящее время несколько иначе относятся к беременности. Родители разговаривают со своим ребёнком, когда он находится ещё в животе матери, ощущают его реакцию на голос отца и матери, на волнительные для матери события, на обследования. Зная пол ребёнка, родители называют его по имени, читают сказки перед сном, поглаживая живот матери. Исследования доказали, что ребёнок в утробе матери чувствует, что его любят и что он долгожданный или, наоборот, что его не любят и он ещё не рождённый, но уже не нужный. Достижения современной медицины позволяют увидеть своего будущего ребёнка на экране монитора и даже получить первую фотографию ребёнка еще в утробе матери. Родители возлагают определенные надежды на ребёнка, представляют его в будущем своей опорой. Поэтому рождение в семье ребёнка с особенностями в развитии является кризисом. В момент установления диагноза ребёнку семья переживает тяжелейший стресс. Для некоторых семей этот стресс становится хроническим, особенно когда семья сталкивается с непониманием и недоброжелательным отношением со стороны окружающих людей, далеких от подобных проблем.

Большинство семей, в которых появляется ребёнок с особенностями в развитии, вначале переживает шоковую реакцию. Часто родители отрицают происходящее и не хотят признавать очевидный факт. Далее могут следовать вопросы «За что?», «Почему именно со мной/с нами это произошло?». Хотя рождение особого ребёнка имеет вероятностный характер и зачастую является случайностью, родители могут ощущать сильное чувство вины. И это не единственное деструктивное

чувство. По данным ряда авторов [1-4 и многие другие], родители особых детей часто переживают негативно-окрашенные чувства подавленности, безысходности, бессилия, чувства утраты, гнева, разочарования, тоски и др. Принятие диагноза может занять годы. На стадии конструктивных действий родители меняют свой образ жизни и жизненные ценности. У них формируется новая важная цель – воспитание ребёнка так, чтобы он был адаптирован в обществе, вырос счастливым человеком, полноценной личностью.

Таким образом, рождение особого ребёнка в семье – тяжёлый опыт и новый путь, часто длиною в целую жизнь.

По мнению Л.В. Усовой [5] семьи особых детей условно можно разделить на две группы. В одних семьях отношение к различным проблемам носит конструктивный характер. Супруги не углубляются в длительные переживания, а пытаются приспособиться к новым условиям, наладить семейный быт, общение и изменить отношение – это результат эмоциональной адаптации всех членов семьи: они принимают проблему. В критические моменты такие семьи вырабатывают позитивные установки по отношению к себе, своему ребёнку, что позволяет им формировать у него навыки, которые помогут адаптироваться и семье, и ребёнку. В других – отношения носят деструктивный характер, который может выражаться в виде игнорирования проблемы, жестокого обращения и эмоционального отвержения ребёнка; акцентуации на проблеме семьи. Деструктивное отношение к проблеме в сочетании с нарушением детско-родительских коммуникаций препятствует процессу адаптации ребёнка и ведёт к появлению у него поведенческих отклонений.

Многочисленные исследования и жизненные примеры показывают, что кризис рождения ребёнка вообще, и ребёнка с особенностями в развитии, в частности, настолько серьёзный, что зачастую приводит к нарушениям отношений супружеской пары и разводу. Нужно оставаться сильными личностями, чтобы день за днем преодолевать психологические, соматические, материальные, социальные трудности.

Уровень осознания проблем таких семей в обществе крайне низок. Родители, воспитывающие ребёнка с особенностями в развитии, в решении своих проблем сталкиваются с непониманием и пренебрежением окружающих, ощущают равнодушие и безразличие. Между тем, оказавшись перед фактом особых потребностей ребенка, семья сталкивается с многочисленными испытаниями, и, чтобы справиться с ними, она нуждается в поддержке ближайшего окружения, специалистов, общества в целом. Поэтому сталкиваясь с эгоистически настроенным социумом, семье нужно продолжать жить с пониманием, что самое главное – абилитация ребёнка и что никто, кроме родителей, не сможет лучше всего помочь ребёнку в социализации. Ведь семья – основная, определяющая жизнь ребёнка среда, от которой зависит его судьба.

Литература

1. Арбатская К.И., Устинова Н.А. Психологические особенности семей, воспитывающих ребенка с особыми образовательными потребностями // Педагогическое образование в России. – 2017. – № 8. – С. 85-89.
2. Reichman N. E., Corman H., Noonan K. Impact of Child Disability on the Family Matern // Child Health J. – 2008. – № 12 (6). – P. 679–683.
3. Петрученя Т.Е. Психологические особенности отношения родителей к детям с особыми возможностями здоровья // Проблемы внедрения результатов инновационных разработок: сборник статей Международной научно-практической конференции (3 ноября 2016 г, г. Челябинск). В 2 ч. Ч.2 / - Уфа: МЦИИ ОМЕГА САЙНС. – 2016. – С. 149-151.
4. Ибрагимова А.Н., Киреева С.А. Особенности психоэмоционального состояния родителей в ситуации болезни ребенка // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Том 5. – № 12.
5. Усова Л.В. Проблемы семьи «особого» ребенка // Проблемы демографии, медицины и здоровья населения

России: история и современность: сборник статей VII Международной научно-практической конференции / МНИЦ ПГСХА. – Пенза: РИО ПГСХА, 2009. – С. 191 - 194.

**КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ И СУИЦИДАЛЬНОЕ
ПОВЕДЕНИЕ
CRISIS STATES AND SUICIDAL BEHAVIOR**

Евдокимова Е.М., Максимчук Н.А., Рахлеев Ю.Л.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областная наркологическая больница», info@onb46.ru

Аннотация: В данной статье изучались клинико-психологические проявления кризисных состояний и суицидальной активности. Установлено, что наибольшей суицидальной активностью характеризуются пациенты с аффективным расстройством (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство) и смешанным тревожным и депрессивным расстройством. Суицидальное поведение при соматизированном расстройстве и паническом расстройстве не сопровождается психологическими факторами риска, выявляемыми при экспериментально-психологическом исследовании.

The summary in English: In this article clinical and psychological manifestations of crisis states and suicidal activity were studied. It is established that patients with affective disorder (depressive episode, recurrent depressive disorder) and mixed anxiety and depressive disorder are characterized by the greatest suicidal activity. Suicidal behavior in somatization disorder and panic disorder is not accompanied by psychological risk factors identified in the experimental psychological study.

Ключевые слова: кризисные состояния, депрессивное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, суицидальное поведение.

Key words: crisis states, depressive disorder, mixed anxiety and depressive disorder, suicidal behavior.

Кризисные состояния – психологическое состояние максимальной дезинтеграции (на внутриспсихическом уровне) и дезадаптации (на социально-психологическом уровне) личности, выражающееся в потере основных жизненных ориентиров (ценностей, базовой мотивации, поведенческих паттернов) и возникающее в результате препятствий в привычном течении жизни субъекта [1],[2]. В ряде случаев, кризисные состояния приобретают патологический характер, сопровождаясь не только психологическими проблемами и трудностями, но и развитием клинически оформленных психических расстройств [3],[4]. К таким расстройствам, выделенным в международной классификации болезней (10-й пересмотр) относят “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства” и “Расстройства настроения (аффективные расстройства)” [4]. Опасность патологических кризисных состояний заключается в том, что они являются одним из основных и непосредственных условий суицидогенеза. С другой стороны суицидальное поведение является диагностическим маркером патологического кризисного состояния, требующего проведения специальных психотерапевтических и медикаментозных мероприятий. Суицидальное поведение имеет сложную структуру, представляя собой совокупность внутренних и внешних проявлений. Внутреннее суицидальное поведение включает в себя пассивные суицидальные мысли, замыслы и намерения, а также соответствующий им эмоциональный фон - суицидальные переживания. Внешнее суицидальное поведение проявляется в форме суицидальных высказываний или суицидальных действий различных типов (суицидальная попытка, завершённый суицид).

С целью изучения структуры суицидального поведения при кризисных состояниях нами в 2017 г. на базе 2-го отделения областной наркологической больницы было проведено комплексное исследование 38 больных с признаками кризисных состояний, имеющими в клинической структуре те или иные элементы суицидального поведения. Методами исследования явились клинико-психопатологический и экспериментально-психологический. Клинико-психопатологическое исследование представляло собой диагностическую беседу, дополненную результатами собственного наблюдения и объективными данными из медицинской документации. Экспериментально-психологическое обследование включало представленную в научной литературе карту-схему для диагностики суицидального поведения, структурированное интервью для шкалы депрессии Гамильтона, оценку суицидального риска с помощью методики СМИЛ. Карта – схема для диагностики суицидального поведения включала установление групповых (социально-психологические; хронологические) и индивидуально-психологических (условия семейного воспитания; частая смена места жительства, работы, учебы; употребление алкоголя и других психоактивных веществ и т.д.) факторов риска[5]. Определение степени суицидального риска проводилось с помощью шкалы суицидальных действий по 4-х бальной системе (0 баллов - отсутствие угрозы суицидальной попытки; 1 балл - возможность суицидальной попытки; 2 балла - опасность суицидальной попытки; 3 балла - суицидальная попытка совершена, при этом наблюдается сохранение суицидальных мыслей и намерений) и осуществлялось с учетом сопоставления про- и антисуицидальных предпосылок (устойчивое позитивное отношение к жизни и негативное - к смерти, широта диапазона знаемых и субъективно приемлемых путей разрешения конфликтных ситуаций, высокий уровень социализации личности и т.д.). В структурированном интервью для шкалы депрессии Гамильтона оценивался пункт «суицидальные тенденции». Оценка суицидального риска с помощью методики СМИЛ основывалась на диагностике профилей типа 24'-/9, отражающих повышенный суицидальный

риск (депрессивный тип реагирования (2-ая шкала) с повышенной импульсивностью (4-я шкала) и/или снижением уровня жизнелюбия, пессимистической оценкой будущего (9-я шкала)).

В зависимости от клинико-психопатологических проявлений, сопровождающих кризисные состояния, все обследованные пациенты были разделены на две основные группы: 1) с аффективными расстройствами; 2) с невротическими, связанными со стрессом, расстройствами. В группу больных с аффективной патологией вошли 18 больных (47,37%) в возрасте от 26 до 56 лет (средний возраст составил 48,22 лет) с диагнозами (F 32.1) депрессивный эпизод средней степени тяжести (10 человек – 55,56%) и (F 33.1) рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести (8 человек–44,44%). Из них 12 человек (66,67%) являлись жителями села и столько же (12 человек–66,67%) не имели постоянной работы или находились на пенсии по возрасту. В группу невротических, связанных со стрессом, расстройств были включены 20 человек. Они включали 10 человек (50%) со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2), 8 человек (40%) с соматизированным расстройством (F 45.0) и 2 человека (10%) с паническим расстройством (F 41.0). Возрастной диапазон этой группы испытуемых варьировал от 37 до 53 лет (среднее значение составило 45,9). Постоянную работу в этой группе пациентов имели 8 человек (40%), жители села составили 10 человек (50%).

Во всех группах обследованных больных (с аффективными и невротическими, связанными со стрессом, расстройствами) отмечались те или иные проявления суицидального поведения как в рамках клинико-психопатологического обследования, так и при экспериментально-психологическом исследовании. Однако структура суицидального поведения при различных нозологических формах отличалась.

При клинико-психопатологическом обследовании у всех обследованных больных отмечались проявления пассивного суицидального поведения в виде: 1) суицидальных переживаний

отсутствия интереса к жизни, ощущения безразличия, переживания тягостности, невыносимости существования, малообоснованного чувства вины, сожаления о своем существовании, исчезновения страха перед смертью, желания смерти; 2) суицидальных мыслей (неконкретизированных размышлений на тему своей смерти). В 10 случаях (35,71%) отмечалось наличие суицидальных замыслов, проявляющихся в продумывании способа, места и времени совершения суицида, указывающих на наличие активных форм суицидальности. Суицидальные попытки в анамнезе отмечались у 5 человек (17,86%). Следует отметить, что у пациентов с невротической патологией (F 41.2 и F 41.0) суицидальные переживания отличались особым неоднозначно-противоречивым отношением к смерти (по сравнению с группой «аффективных» больных). На фоне преобладающих танатофобических переживаний (страх смерти, страх различных заболеваний(кардиофобии, канцерофобии и т.д.), навязчивые опасения в отношении своего здоровья) у этих больных, на высоте эмоциональных реакций появлялось ощущение «тягостности, невыносимости жизни», достигающее желаний смерти с формированием суицидальных замыслов.

В группе больных с аффективными расстройствами (F 32, F 33) при экспериментально-психологическом исследовании выраженность угрозы суицидальных действий в среднем составила 1,2 балла, в целом, соответствуя возможности суицидальной попытки. У 15 пациентов (83,33%) отмечались суицидальные тенденции в структурированном интервью Гамильтона («чувство, что жить не стоит», «желание смерти»). В 7 случаях отмечался повышенный суицидальный риск за счет характерного сочетания профилей 24'-/9, отражающих повышенный суицидальный риск при анализе методики СМИЛ.

При невротических, связанных со стрессом, расстройствах, наибольшей суицидальной активностью характеризовались больные со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2). В этой подгруппе выраженность угрозы суицидальных действий в среднем

составила 1,3 балла, так же соответствуя возможности суицидальной попытки. У всех пациентов (10 человек – 100 %) отмечались суицидальные тенденции в структурированном интервью Гамильтона. В 4 случаях (40%) отмечался повышенный суицидальный риск за счет характерного сочетания профилей 2'4'в методике СМИЛ.

При соматизированном (F 45.0) и паническом (F 41.0) расстройстве выраженность угрозы суицидальных действий в среднем составила 1 балл, соответствуя возможности суицидальной попытки. Суицидальные тенденции в структурированном интервью Гамильтона отмечались всего лишь у 4 пациентов (40%). Повышенного суицидального риска по результатам анализа методики СМИЛ не отмечалось.

Таким образом, суицидальное поведение при кризисных состояниях отмечалось как при аффективных, так и при невротических, связанных со стрессом, расстройствах. Но в рамках различных диагностических категорий оно характеризовалось различной степенью суицидальной активности. Наибольшей суицидальной опасностью отличались больные с аффективными расстройствами (F 32.1; F 33.1), а так же пациенты со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 42.1) в рамках невротических, связанных со стрессом, расстройств. Суицидальное поведение при этих состояниях, помимо клиничко-психопатологических проявлений, сопровождалось более глубокими психологическими изменениями. При соматизированном (F 45.0) и паническом (F 41.0) расстройствах суицидальная активность носила более внешний, ситуационный характер, без психологических факторов риска, выявляемых при экспериментально-психологическом исследовании.

Литература

1. Амбрумова, А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. - 1985.-Т.6. - №6. – С.107-115.
2. Колошина, Т.Ю. Арттерапия в терапии кризисных состояний личности и группы: автореф. дис. ...канд. псих.наук. – Ярославль, 2002. – 26 с.
3. Дмитриева, Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обозр. психиатр.и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1994. - №2.- С. 39-49.
4. Юрьева, Л.Н. Кризисные состояния. – Арт-Пресс, Днепрпетровск, 1998. – 155 с.
5. Абдурахманов, Р.А., Анцупов А.Я., Бархаев Б.П. и др. Военная психология. Методология, теория, практика/Учебно-методическое пособие. – М.: Военный университет,1996. – 260 с.

**ДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ
НЕКОТОРЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В
РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ У ЖЕНЩИН
DESTRUCTIVE BEHAVIOUR IN SOME
PSYCHIATRIC DISORDERS IN DIFFERENT AGE GROUPS
IN WOMEN**

Кудинова Е.В., Гордиенко М.С.

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая
больница», z4@ogbuztpkb.ru

Аннотация: В данной статье рассмотрены особенности деструктивного поведения у пациентов женского пола при некоторых психических расстройствах на примере острого женского психиатрического отделения № 4 ОГБУЗ «ТПКБ». Определена связь деструктивного поведения с подростковым возрастом, патологической ролью

биологических периодов женского организма, внешними причинами.

Annotation: This article describes the features of destructive behavior in female patients with some mental disorders on the example of acute female psychiatric Department № 4 of the OGB "ТРКВ". The relationship of destructive behavior with adolescence, pathological role of biological periods of the female body, external causes.

Ключевые слова: деструктивное поведение, особенности деструктивного поведения от типа психических расстройств и возраста, психологическое исследование, прогнозирование и предупреждение деструктивного поведения.

Keyword: destructive behavior, features of destructive behavior from the type of mental disorders and age, psychological research, forecasting and prevention of destructive behavior.

Многолетний опыт лечения пациентов острого женского психиатрического отделения позволил провести анализ особенностей деструктивного поведения при некоторых психических расстройствах.

Формирование деструктивного поведения у женщин является результатом сложного взаимодействия психопатологических, ситуационно-психологических, биологических, социальных параметров. Анализ психических расстройств при различных нозологических формах, возрасте выявил особенности деструктивного поведения от типа психических расстройств и связи с подростковым возрастом, патогенной ролью биологических периодов женского организма, такими как декомпенсирующим влиянием послеродового и климактерического периода. Наиболее частыми причинами развития деструктивного поведения у женщин с психическими расстройствами являются различные

по своему характеру, силе, остроте, длительности воздействия психические травмы: неполные семьи, сложная семейная обстановка, бытовая неустроенность, алкоголизм мужа или родителей, болезнь ребенка, супружеская измена, смерть близких, неприятности на службе, внебрачная беременность, одиночество.

Расстройство адаптации с депрессивной симптоматикой является одной из наиболее частых причин суицидального поведения у подростков, что обуславливает особое внимание к выявлению аутоагрессивных тенденции. Более чем у 90% подростков с суицидальным поведением были выявлены признаки аффективного расстройства. Наиболее подвержены суициду подростки старшей возрастной группы. Умение вовремя и грамотно диагностировать аффективное расстройство приводит к своевременной коррекции поведения и избеганию нежелательных последствий.

Психотерапевтические и психологические техники являются предпочтительными для коррекции аффективных расстройств у подростков, особенно при легких формах, требующей коррекции взаимоотношений в семье, школе, ближайшем окружении.

При проведении психологической диагностики подростков отделения с суицидальными тенденциями у 71,4% подростков был выявлен высокий уровень тревожности, у 28,6% подростков – умеренный уровень по шкале Спилберга – Ханина (по критерию шкалы личностной тревожности).

В большинстве ситуаций на данных пациентов оказывались стрессовые воздействия, что вызывало у них выраженную тревогу, но они пытались подавить ее для того, чтобы ликвидировать угрозу понижения самооценки.

При психологическом исследовании по шкале депрессии Бека у 94,7% подростков было выявлено депрессивное состояние, повышенная скрытая агрессия. Выявление этого расстройства в подростковом возрасте является значимым предиктором выраженных психических расстройств в более старшем возрасте. В дальнейшем у

пациентов женского пола в случае возникновения длительных психотравмирующих переживаний отмечалось нарастание аффективного напряжения, подавленность, бессонница, повышенная утомляемость, явления раздражительной слабости, сужение круга интересов с концентрацией внимания на психотравмирующей ситуации. На этом этапе формировалась депрессия, которая протекала на невротическом уровне, характеризовалась лабильностью симптоматики, сопровождалась разнообразными вегетативными и функциональными соматическими расстройствами. Затяжное течение психотравмирующей ситуации способствовало у женщин формированию сложных по структуре аффективных синдромов, снижению порога психической и физической толерантности, порой предшествовало развитию острой психотической депрессии и возникновению деструктивного поведения.

При наличии органического психического расстройства у пациентов женского пола с деструктивным поведением отмечалось преобладание истеро-эксплозивного варианта психопатоподобного синдрома в момент совершения аутоагрессивных и суицидальных действий.

При расстройствах личности чаще наблюдались брутальность аффективных реакций и эксплозивные формы реагирования, которые усиливались в неблагоприятных микросоциальных условиях, а также в связи со злоупотреблением алкоголем. При формировании синдрома зависимости от алкоголя происходило значительное заострение патохарактерологических особенностей с изменениями личности по алкогольному типу, асоциальные формы поведения. Деструктивное поведение часто проявлялось во время алкогольных эксцессов по ситуационно-импульсивным мотивам.

При шизофрении аутоагрессивному и суицидальному поведению способствовало развитие острых психотических состояний, в основном на фоне депрессивных расстройств, выраженные психопатоподобные и эмоционально-волевые

нарушения. Аутоагрессивные тенденции у пациентов с шизофренией являются не просто следствием психического заболевания, а связаны с ним причинно-следственными отношениями. При шизофрении имеется тенденция к многообразию аутоагрессивных проявлений и нередко они предшествуют совершению общественно-опасного деяния, что подтверждается изучением анамнестических данных при проведении психообразования с пациентами из группы активного диспансерного наблюдения. Своевременное лечение и выявление их имеет большое значение в профилактике общественно-опасных действий.

Динамика психических расстройств у женщин с деструктивным поведением при всех нозологических формах связана с периодами эндокринных сдвигов, особой восприимчивостью и сенсibiliзацией к неблагоприятным психогенным факторам в эти периоды.

Прогнозирование и предупреждение деструктивного поведения пациентов женского пола с психическими расстройствами осуществляется комплексами лечебных, психотерапевтических, социальных мероприятий, направленных на своевременное распознавание психических расстройств, повышение уровня адаптации, психологическую коррекцию: выявление тревоги, депрессии, агрессии и заниженной самооценки, особенно у подростков, обучении пациентов контролировать себя, свои эмоции, учиться сдерживаться, чтобы не причинить вред себе и окружающим, своевременно обращаться к специалистам - психиатру, психотерапевту и психологу.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ К САМОПОВРЕЖДАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ

SOME FEATURES OF THE ATTITUDES OF HIGH SCHOOL STUDENTS TO SELF-HARMING BEHAVIOR

О.Н. Маркова

Тамбовский государственный университет им.

Г.Р. Державина, Тамбов, РФ

markova2005@mail.ru

Аннотация: Данная работа посвящена изучению отношения старшеклассников к различным модификациям тела как проявлению склонности к самоповреждающему поведению. В работе самоповреждающее поведение рассматривается как форма аутоагрессивного поведения, целью которого выступает не лишение себя жизни, а достижение какого-либо иного результата. Для оценки отношения старшеклассников к самоповреждающему поведению была разработана анкета, направленная на выявление отношения к различным модификациям тела (бодимодификации) и наличию самоповреждающего поведения, а также оценку удовлетворенности отношениями с друзьями и родителями и частоты возникновения негативных эмоций.

Annotation: The research is aimed to studying features of the attitude of high school students to various modifications of the body as a manifestation of a tendency to self-injurious behavior. In this work, self-injurious behavior is considered as a form of autoaggressive behavior whose purpose is not to deprive oneself of life, but to achieve some other result. To assess the attitude of high school students to self-injurious behavior was developed a questionnaire aimed at identifying attitudes to various body modifications and the presence of self-injurious behavior, as well as assessing the satisfaction of relationships with friends and parents and the frequency of negative emotions.

Ключевые слова: самоповреждение, самоповреждающее поведение, бодимодификации, самоотношение.

Key words: self-mutilation, self-injurious behavior, body modifications, self-attitude (self-concept).

С начала 2000-х среди научных публикаций появилось большое количество материалов исследования различных форм аутоагрессивного поведения (Амбрумова А.Г., Ениколопов С.Н., Левина С.Д., Польская Н.А. и др.). Аутоагрессивное поведение объединяет сознательные и неосознанные суицидальные действия, действия аутодеструктивного характера (ведущие к саморазрушению) и умышленные самоповреждения [1]. Последние отличаются от суицидальных действий отсутствием направленности на прекращение жизни, поэтому их относят к несуйцидальным проявлениям аутоагрессивного поведения, целью которых выступает не лишение себя жизни, а достижение какого-либо иного результата.

Актуальность исследования самоповреждающего поведения обусловлена рядом причин. Во-первых, самоповреждающее поведение, связанное с направленностью агрессии на себя, не всегда выражает суицидную попытку. Во-вторых, по данным некоторых исследователей, 65% российских респондентов хотя бы однажды совершали преднамеренное самоповреждающее действие, 41,5% – более одного раза, 13,8% – многократно (А.Г. Ефремов, З.А. Егиазарян и С.Н. Ениколопов, 2008).

Самоповреждающее поведение (СП) представляет собой осознаваемое или не всегда осознаваемое намерение личности причинить себе вред, которое выражается в психическом или физическом разрушении нормальной жизнедеятельности. Самоповреждающее поведение ошибочно связывают с попыткой самоубийства и привлечением внимания, потому что большинство людей, которые склонны к самодеструкции, не показывают свое поведение другим и

стараятся скрыть или иначе объяснить причину своих шрамов и ран [4].

Что касается причин, то умышленное причинение себе вреда, по мнению исследователей, может иметь различные механизмы в своей основе, как патологические, так и непатологические, являться самостоятельным симптомом или следствием течения заболевания [5]. Например, в DSM-IV и МКБ-10 самоповреждающее поведение является одним из диагностических критериев пограничного расстройства личности. Кроме того, самоповреждающее поведение может быть сопутствующим диагнозом таких классов заболеваний, как расстройства пищевого поведения, диссоциативные, соматоформные расстройства, депрессии и тревожные расстройства, посттравматические стрессовые расстройства, шизофрения, а также встречаться при злоупотреблении алкоголем и другими психоактивными веществами. Так, М. В. Зверева и Л. С. Печникова провели оценку общих и особенных факторов риска развития самоповреждающего поведения при разных видах психической патологии (шизофрения и психопатоподобные расстройства). Их исследование показало, что подростки, страдающие психической патологией, более склонны к самоповреждающему поведению, чем их здоровые сверстники. При этом одним из значимых факторов риска самоповреждения для подростков с шизофренией является низкий уровень эмоционального интеллекта [3].

Самоповреждающее поведение часто связано с ощущением невозможности чувствовать или действовать, направлено на уменьшение или освобождение эмоций, которые трудно вынести (так человек надеется справиться с душевной болью) [2].

Е.В. Корень отмечает, что диагностическими признаками самоповреждающего поведения можно считать:

- умышленное желание нанести себе физический вред;
- невозможность противостоять импульсу повредить себя;

- повреждение, но не смерть, является желаемым конечным результатом.

Одним из вариантов самоповреждающего поведения Е.А. Галкина и А.В. Дегтярев считают бодимодификации, поскольку довольно трудно провести грань между самоповреждающим отношением к телу и модой на модификации тела, которые связаны с повреждениями, причинением боли, экстремальными изменениями и разрушениями тела [2].

Бодимодификации (или телесные модификации) являются различными способами и формами видоизменения своего тела путем повреждения кожного покрова (шрамирование, нанесение порезов, прокалывание, клеймение, татуировка, имплантации, ампутации и другие вмешательства), которые осуществляются добровольно, с помощью специалистов по бодимодификациям или самостоятельно, ради достижения эстетических, духовных, психологических и идеологических целей.

Е.А. Галкина и А.В. Дегтярев провели исследование на подростках, имеющих модификации тела. Результаты показали, что у подростков с модификациями тела выше уровень аутодеструкции, уровень склонности к отклоняющемуся и аддиктивному поведению, более высокий уровень коммуникативной агрессии и ниже уровень самооценки, по сравнению с подростками без модификаций [2].

Учитывая быстро распространяющуюся моду на бодимодификации среди молодежи, мы разработали анкету для изучения отношения молодых людей к модификации тела и наличия у них самоповреждающего поведения. Анкета включала несколько вопросов, касающихся образа жизни школьников (режим дня, режим питания, занятия спортом), субъективной оценки удовлетворенности отношениями с друзьями и родителями, основная часть вопросов направлена на выявление особенностей отношения к различным модификациям тела (бодимодификации), частоте

возникновения негативных эмоций, наличие самоповреждающего поведения.

В анкетировании приняло участие 35 школьников 10-11 классов (профильные классы ТГУ им. Г.Р. Державина), из них 27 девушек и 8 юношей. Возраст респондентов 16-17 лет.

Результаты анкетирования показали следующее. Большинство опрошенных старшеклассников имеют постоянный режим дня с 16-часовым бодрствованием (есть экстремальные режимы в виде 12- и 19-часового дня), при этом нерегулярно и редко питаются (57% питаются 1-2 раза в день, 74% указали, что время принятия пищи постоянно меняется). Спортом и регулярными физическими нагрузками (гимнастика, бег, фитнес и т.п.) занимаются 29% старшеклассников, а 37% вообще не занимаются спортом, указывая, что недостаточно времени.

14% старшеклассников отметили, что их не устраивают взаимоотношения с друзьями, и 11% не устраивают отношения с родителями.

Обращает на себя внимание, что 43% школьников часто испытывают усталость и раздражение в результате интенсивной учебной нагрузки, реже – в ситуации общения.

Сильную злость часто испытывают 17% старшеклассников, при этом основной причиной называют ситуации, когда не получается достигнуть желаемого (11%), реже - в ситуации недопонимания с близкими или учителями (14%), несправедливости (14%), а 9% старшеклассников отметили, что испытывают сильную злость, когда трогают их личные вещи дома.

Отношение большинства старшеклассников к различным видам бодимодификациям часто негативное (57-83%), но 1-3 небольших татуировки на теле и множественные проколы ушей воспринимаются наименее негативно (31% и 43% соответственно). Наиболее негативно воспринимаются проколы губ (71%), бровей и языка (63%) и шрамирование (83%). Вместе с тем, эти виды бодимодификации уже

присутствуют у 6% опрошенных старшеклассников (у 3% - шрамирование).

Стоит отметить, что только треть старшеклассников считает, что бодимодификация наносит вред здоровью (29%), а большая часть старшеклассников воспринимает бодимодификацию как «украшение для тела» (31%), как «возможность самоутвердиться» или «выделиться среди сверстников» (29% и 11%), а также как модную тенденцию (14%). Среди прочих ответов старшеклассников можно отметить следующее: «самовыражение», «выражение своих целей, желаний, мировоззрения», «выбор человека», «просто нравится» (по 3%).

На вопрос «Была ли хоть раз в жизни ситуация, когда Вы *намеренно* нанесли себе повреждения (царапины, порезы и т.п.)?» 14% старшеклассников ответили утвердительно, причем 80% из них повторяли это неоднократно. Практически никто из этих школьников не знает примеров самоповреждающего поведения среди своих друзей, тогда как 43% старшеклассников, давших отрицательный ответ на наличие у них самоповреждающих действий, указали, что знают пример подобного поведения среди своих друзей.

Приведем примеры самоповреждающего поведения, которое используют старшеклассники.

Девушка (16 лет), использует порезы на ногах, руках, прижигание кожи сигаретой, проколы кожи ножом из-за чувства ненависти к себе («просто противно от своего тела»), при этом она контролирует свое поведение, отмечает, что это «не суицид».

Другая девушка (16 лет) указала, что часто устает от учебы, кроме того, ей пришлось испытать сильное переживание, стресс, и чтобы снять напряжение, она царапала руки, ноги, большие пальцы на руках. Этот способ реализации переживаний она использовала неоднократно, хотя среди знакомых таких примеров нет.

Юноша (17 лет) использует порезы в эзотерических целях («люблю мистику, а некоторые ритуалы требуют крови»). Наносит повреждения осознанно, скрывает их от окружающих,

не стремится к суициду (применяет лезвие бритвы, т.к. оно «оставляет неглубокие порезы и не оставляет шрам»), испытывает азарт, считает себя «слегка фанатиком». Подобное поведение у знакомых не встречал. По поводу усталости и негативных эмоций дает следующий комментарий: «Да не особо устаю или раздражаюсь. Я более предпочитаю сон, а его вызывает общение с большим количеством людей». Объектом злости (отметил, что испытывает нечасто) считает только себя: «Я сам, т.к. в итоге не вижу смысла злиться на других, в итоге ведь все равно будешь чувствовать вину».

Еще одна девушка (16 лет) царапала мизинец вместе с подругой с целью клятвы в дружбе. Не повторялось после, но есть примеры среди знакомых. На некоторые вопросы анкеты, касающиеся самооотношения, не стала отвечать.

Проведенное анкетирование показывает, что проблема самоповреждающего поведения очень актуальна среди тамбовских школьников, поскольку даже небольшое анкетирование смогло выявить у них наличие аутоагрессивных действий. Такжестораживает, что многие старшеклассники указали на примеры самоповреждающего поведения у своих друзей. С одной стороны, это может служить негативным примером в сложной жизненной ситуации для молодых людей, с другой стороны, таким образом, некоторые школьники могли скрыть или косвенно указать аутоагрессию, что увеличило бы показатель распространенности самоповреждающего поведения у старшеклассников.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Ратинова Н.А. Аутоагрессивное поведение подростков с различными формами социальных девиаций. 6-й Всерос. съезд психиатров, Томск, 24–26 октября 1990. Т. 1. М., 1990; с. 105–106.

2. Галкина Е.А., Дегтярев А.В. Отклоняющееся поведение и аутоагрессия у несовершеннолетних с модификациями тела [Электронный ресурс] // Психология и право. 2015. № 1. URL:

http://psyandlaw.ru/journal/2015/n1/Galkina_Degtyarev.phtml

(дата обращения: 15.11.2016)

3. Зверева М.В., Печникова Л.С.

Самоповреждающее поведение у подростков в норме и при психической патологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2013. № 4. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n4/Zvereva_Pechnikova.shtml

(дата обращения: 25.11.2016)

4. Польская Н.А. Особенности самоповреждающего

поведения в подростковом и юношеском возрасте // Известия Саратовского университета. 2010. Т.10. Сер. Философия. Педагогика. Психология. Вып.1. С. 92-97.

5. Сергеев И.И., Левина С.Д. Несуицидальные

самоповреждения при расстройствах шизофренического спектра. М, 2009.

ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ КАК КРИЗИСНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОДРОСТКОВ MENTAL INFANTILISM AS A CRISIS STATUS OF ADOLESCENTS

Л.Б. Овчаренко

ТОГБУЗ «ССМП г. Тамбова», ovcharenko-lub@mail.ru

Аннотация: в статье описывается феномен психического инфантилизма, как актуальная проблема в современном обществе, проводится клинико-психологический анализ проблемы. Одним из предрасполагающих факторов в развитии невротических расстройств в целом является психический инфантилизм. Психический инфантилизм рассматривается как незрелость личности с преимущественным отставанием эмоционально-волевой сферы.

The summary in English: the article describes the phenomenon of mental infantilism as an actual problem in the modern society, a clinical and psychological analysis of the problem is being carried out,

psychological infantilism is one of the predisposing factors in the development of neurotic disorders." Mental infantilism is viewed as the immaturity of the individual with a predominant lag in emotional-volitional sphere.

Ключевые слова: психический инфантилизм, переходный возраст.

Key words: mental infantilism, transitional age.

На текущем этапе формирования психолого-психиатрических знаний проявления психического инфантилизма должным образом не анализировались, ограничиваясь традиционным постулированием незрелости или несформированности неких психических функций, например, чувства долга, самостоятельности. Неудовлетворенность его прежним пониманием связана с тем, что, имея дело с описанным феноменом, специалисты в области психологии и врачи-психиатры неизбежно включали в психический инфантилизм самые часто встречаемые его проявления. К инфантилизму, в частности, относили такие проявления не критичности как поверхностность суждений, или такой вариант эмоциональной дефицитарности, как отсутствие заинтересованности в установлении семейно-супружеских взаимоотношений. В таком случае все эти признаки можно объяснить как определенную предрасположенность к развитию психиатрических заболеваний, которые весьма часто встречается в популяции.

Начиная со школьного и подросткового возраста можно говорить, о психическом инфантилизме, когда присущие психическому инфантилизму особенности и признаки начинают выступать более отчетливо. Поведение становится примитивным и предсказуемым, от любых дисциплинарных требований ребенок еще больше уходит в свой мир игры и фантазии. Границы нормы и патологии в личностном сознании подростков становятся размытыми, что усиливает смещение ценностных ориентаций в сторону асоциальной и противоправной

деятельности. Со временем это может привести к росту различных форм девиантного поведения, а так же совершению противоправных деяний у большего числа несовершеннолетних.

Как считает психиатр-Гиндикин В.Я., психический инфантилизм, заключается в психической незрелости конституционального, эндокринного, органического, социокультурного или процессуального генеза [2]. В личностных особенностях, при достаточно развитом интеллекте, присутствуют черты эмоциональной лабильности, обидчивости, неустойчивости внимания при сниженных способностях к адаптации. В поведении ребенка в период пубертатного криза, при психическом инфантилизме, могут наблюдаться психопатоподобные формы поведения.

Психический инфантилизм, обнаруженный в пубертатный период, является кризисным вариантом. В этом варианте инфантилизма, в структуре доминирует явное выделение признаков «подросткового комплекса» с нарушением поведения и социальной дезадаптацией.

Инфантильные личности нередко имеют предрасположенность к психосоматическим заболеваниям.

Подросткам характерны инфантильность, преобладание истероидных и тревожно-мнительных черт характера. Так, в основе нервной анорексии и нервной булимии лежат дисморфофобические или дисморфоманические переживания избыточной полноты в целом или его отдельных частей тела [4].

Дифференциальный диагноз всех форм инфантилизма проводится, прежде всего, с умственной отсталостью и расстройствами поведения различного характера. У детей с проявлением инфантилизма отмечается более высокий уровень абстрактно-логического мышления, в отличие от умственно отсталых. Дети с признаками инфантилизма способны переносить усвоенные понятия на новые конкретные задачи и объекты, использовать помощь в мыслительной деятельности, они более продуктивны в самостоятельных видах деятельности. Выраженность признаков личностной эмоционально-волевой

незрелости с возрастом имеет тенденцию к регрессу или становится определенной долей синдромов преимущественно пограничной психопатологии.

Инфантилизм довольно распространен и в недостаточно выраженных формах встречается у 10% детей и подростков, согласно данным детского психиатра- Г.В. Скобло [3].

В описаниях признаков невропатии, можно подчеркнуть характерные компоненты инфантильности: грацильность, эмоциональную неустойчивость, миниатюрность тела, черты детской наивности, впечатлительность, легкую ранимость, склонность к истерическим реакциям [1]. Это говорит о том, что существуют такие формы невропатии, где признаки психического инфантилизма играют несомненную, важную роль.

Исходя из вышесказанного, следует признать, что проблема психического инфантилизма продолжает оставаться для детской психиатрии и клинической психологии достаточно актуальной и недостаточно разработанной. На сегодняшний день любое теоретическое и практическое исследование в этой области, имеет огромное значения не только для психологов, но и психиатров. Прежде всего, потому что правильное распознавание, своевременное лечение нарушений психологического развития у детей – это важное условие профилактики и коррекции психических расстройств в дальнейшем онтогенетическом развитии ребенка.

Литература

1. Бенько, Л.А. Анализ психотерапевтической работы в семьях с детьми, имеющими психосоматические расстройства / Л.А. Бенько // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – № 5 (48). – С. 74-75.

2. Психиатрия для клинических психологов и психотерапевтов (В. Я. Гиндикин) М. : Высшая школа психологии, 2001- С. 95.

2.Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М. : Медицина, 1974. 320 с.

3. Скобло, Г.В. Инфантилизм / Г.В. Скобло // Справочник по психологии и психиатрии детского возраста / под ред. С.Ю. Циркина. – СПб. : Питер, 1999. – С. 301-302.

4. "Основы психосоматической медицины", разработки к семинарским занятиям для студентов 6 курса лечебного и спортивного факультетов"/ Пол ред. У.В. Лебедевой, Н.Г. Незнанова, Л.И. Вассермана. – СПб: Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, 2008.

**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И
ПЕРЕЖИВАНИЕ КРИЗИСА
У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AND
SOMATIC PATIENTS' EXPERIENCE OF THE CRISIS**

Е.И. Резенова

Центр медицинской профилактики Тамбовской области,
ElenRez@yandex.ru

Аннотация: В статье рассмотрены аспекты внутренней картины болезни – одного из важных факторов, влияющих на течение заболевания. Обозначена необходимость коррекции неадекватного отношения к болезни, которое препятствует адаптации, мешает эффективному лечению, профилактике, реабилитации.

The summary in English: The article considers the aspects of internal picture of the disease – one of the important factors influencing the course of the disease. This article also discusses the need for correction of the inadequate attitude to the disease, because it hinders adaptation, effective treatment, prevention and rehabilitation.

Ключевые слова: болезнь как стрессогенный фактор и кризисная ситуация, психологическая реакция личности на заболевание, внутренняя картина болезни.

Keywords: disease as a stressful factor and a crisis situation, psychological reaction of the person to the disease, the internal picture of the disease.

В ходе лечебного процесса имеет большое значение факт врачебного внимания к личности человека, когда доктор видит в пациенте не только носителя больного органа, но воспринимает его целостно. Эта необходимость детерминирована психосоматическим и соматопсихическим взаимовлиянием - поскольку большинство соматических заболеваний сопровождается изменением психического состояния либо вследствие прямого повреждающего действия патологического процесса на функционирование головного мозга, либо вследствие психологического реагирования на сам факт заболевания.

Психогенное влияние обусловлено восприятием ситуации болезни как личностного кризиса и стрессогенного фактора. Физиология же протекания стрессового реагирования (нейрогуморальные изменения), в свою очередь, дополнительно влияет на клиническую картину. Таким образом происходит формирование порочного круга: соматическое неблагополучие – стрессовая реакция – усугубление соматического неблагополучия.

Уровень же стрессогенности того или иного события в жизни человека определяется в первую очередь качествами, характеризующими психологическую устойчивость личности: внутренний локус контроля, наличие целей в жизни, ее осмысленность и эмоциональная насыщенность; а также позитивные внутренние установки и активность жизненной позиции.

На основании этого можно сделать вывод о том, что особенности личности играют значительную роль в сопротивлении болезням.

Таким образом, определяется проблема роли психологических факторов в симптомогенезе при соматических заболеваниях.

В рамках этой темы рассматривается такой психосоматический феномен, как внутренняя картина болезни (ВКБ) – термин, предложенный Р.А. Лурия. Под внутренней картиной болезни понимается комплекс ощущений, переживаний и представлений человека, связанных с его заболеванием; формирующийся у него образ болезни, на основе которого он строит свое поведение, направленное на преодоление заболевания (или приспособление к нему). Являясь психологическим образованием, ВКБ, тем не менее, имеет определенный нейрофизиологический базис (формирование доминанты и условных рефлексов). [1]

Во ВКБ различают две составляющие: ятрогенная и аутогенная. Ятрогенная составляющая формируется под влиянием медицинского персонала, аутогенная же включает в себя собственные представления о болезни.

В структуре ВКБ выделяют также сенсорный или сензитивный (совокупность соматических ощущений), рационально-информативный или интеллектуальный (знания о болезни и ее прогнозе, собственный опыт заболевания), волевой (мотивация к выздоровлению) и эмоциональный (эмоции и чувства, вызванные болезнью) компоненты.

В рамках концепции ВКБ рассматривается также понятие соматонозогнозии, под которым понимается процесс восприятия заболевания, оценка его тяжести и прогноза, и формирование на основе этого эмоционального и поведенческого стереотипа.

Между представлением больного о болезни и объективным ее характером зачастую не бывает соответствия. В связи с этим выделяют 4 типа соматонозогнозии: нормонозогнозия (адекватный тип восприятия),

анозогнозия(отрицание заболевания), гипозогнозия (недооценка значимости заболевания) и гипернозогнозия (переоценка тяжести заболевания) (классификация А. Б. Смулевича). [2]

В зависимости от соматонозогнозии и особенностей внутренней картины болезни, а также от способа адаптации пациента к заболеванию, от используемых им механизмов психологической защиты и копинг-стратегий - в большей или меньшей степени существует вероятность возникновения нозогении - психогенных реакции, при которых соматическое заболевание выступает в роли психотравмирующего фактора.

В настоящее время существует множество различных классификаций нозогений. Выделяют гипер- и гипозозогнозические невротические, аффективные, психопатические реакции.

Стоит отметить также еще одну классификацию, согласно которой выделяют пять типов синдромов в рамках нозогений: астено-депрессивный, психастенический, ипохондрический, истерический, эйфорический, анозогнозический. [3]

Психогенное влияние болезни отражается на внутренних установках пациента (переадресация ответственности за лечебный процесс другим лицам, либо принятие личной ответственности за свое здоровье), на его мотивации к выздоровлению (активное или пассивное совладание, либо капитуляция), степени приверженности к лечению (сотрудничество, безразличие или противодействие), а также на его поведении во взаимодействии с медицинским персоналом (уровень конфликтности).

Таким образом, определение особенностей психологического реагирования больного на заболевание ведет к более полному пониманию тех или иных поведенческих проявлений пациента, что в свою очередь способствует снижению конфликтности медицинского общения и профилактике синдрома эмоционального выгорания у врача.

Широко известно, что чем более доверительные и доброжелательные отношения между врачом и пациентом, тем благоприятнее идет процесс выздоровления.

Если человек видит большинство событий как результат случайности, ему сложнее принять факт заболевания и настроится на борьбу с ним. Люди же с выраженным внутренним локусом контроля воспринимают негативные события как результат в той или иной степени личных действий и, таким образом, потенциально контролируемые. Такие люди имеют более выраженную тенденцию разрабатывать конкретные планы действия и, таким образом, это позволяет им более успешно справляться со стрессовыми ситуациями.

У пациентов, обладающих низким уровнем самоактуализации, негативно оценивающих свою жизнь в целом, больше ориентированных на прошлое и на оценки других людей, а также неспособных опираться в преодолении трудностей на самих себя, факт заболевания чаще становится психотравмирующим. В связи с этим возрастает и вероятность неадаптивного восприятия заболевания, а также риск развития различных нозогений.

Наличие же неадекватной ВКБ может опосредованно отрицательно влиять на течение и исход заболевания, создавать семейные и социальные трудности (снижение качества жизни и адаптационных возможностей пациента, инвалидизация), а иногда и способствовать изменению личности.

Поэтому своевременная диагностика и коррекция внутренней картины болезни, а также возникших нозогений, могут помочь оптимизировать лечебный процесс и профилактику осложнений как медицинского, так и социального характера. [4]

Помимо этого, формирование у больного адекватного восприятия болезни может помочь сделать союз врача и пациента более эффективным, способствующим психологическому благополучию обоих участников лечебного процесса, а также коррекции субъективных переживаний, нередко являющиеся гораздо более тяжелыми, чем объективная картина болезни.

Таким образом, в лечебном процессе выступает необходимость психокоррекционного воздействия, которое должно быть направлено на формирование у пациента адекватной внутренней картины болезни – через воздействие на каждый из ее компонентов: сенсорный - борьба с болью, отделение личности от болезненных ощущений, рациональный - разъяснение диагноза и прогноза заболевания, волевой – формирование сознательности, ответственности и мотивации, эмоциональный - купирование тревожных и депрессивных реакций.

Перечисленные воздействия должны подкрепляться также сглаживанием крайних вариантов и патологических форм личностных реакций, выработкой копинг-стратегий и изменением внутренних установок: формирование активной жизненной позиции, реалистичных целей и планов, а также жизненных смыслов.

Итак, гармоничное эмоциональное реагирование на болезнь будет союзником в борьбе за выздоровление, надежным основанием для успешного преодоления заболевания или адаптации к нему. И это гармоничное отношение заключается в трезвой оценке своего состояния, активном содействии лечению, а также в переключении интересов на доступные сферы жизни.

Литература

1. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. - СПб.: Питер, 2006.
2. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. - М.: Медицина, 1984.
3. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. - М.: МЕДпресс, 2001.
4. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага: Авиценум, 1983.

**ВЛИЯНИЕ ВЕДУЩЕЙ МОДАЛЬНОСТИ
ВОСПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИИ У ПОДРОСТКОВ НА
СПЕЦИФИКУ ПРОЯВЛЕНИЯ ШКОЛЬНОЙ
ТРЕВОЖНОСТИ
THE INFLUENCE OF LEADING MODALITY OF
INFORMATION PERCEPTION ON THE SPECIFICS OF
SCHOOL ANXIETY SYMPTOMS AMONG TEENAGERS**

Сычева А.В., Сорокина Л.В.

Тамбовский государственный университет имени Г.Р.
Державина, psy@tmb.ru

Аннотация: данная статья посвящена исследованию специфики проявления школьной тревожности у подростков в зависимости от ведущей модальности восприятия информации. Полученные данные указывают на необходимость учета ведущей модальности восприятия информации учащихся для снижения проявлений тревожности и успешной адаптации к условиям обучения.

Abstract: this article is devoted to the study of the specific manifestations of school anxiety among adolescents, depending on the leading modality of information perception. The obtained data indicate the importance to take into account the leading modality of students ' perception of information to reduce the manifestations of anxiety and successful adaptation to the learning environment.

Ключевые слова: школьная тревожность, ведущая модальность, восприятие информации

Keywords: school anxiety, leading modality, perception of information

Особую обеспокоенность психологов вызывает процесс формирования школьной тревожности у детей и подростков в условиях современной школы. По данным Всемирной

организации здравоохранения отмечается неуклонный рост числа тревожных школьников, характеризующихся комплексом переживаний, ведущих к эмоциональной неустойчивости, повышенному беспокойству, неуверенности в себе и своих возможностях. Особое внимание тревожность привлекает еще и потому, что она выступает одним из факторов скрытой школьной дезадаптации.

Среди множества причин школьной тревожности следует отметить повышенную интеллектуальную нагрузку в рамках урока, без учета соответствующего психофизиологического профиля развития ребенка. Учителю сегодня необходимо обеспечить ребенку индивидуальный образовательный маршрут в соответствии с его возможностями и способностями, целями и устремлениями. Реализация образовательного маршрута должна осуществляться с учетом, как личностных особенностей ученика, так и специфики его процессов восприятия и обработки информации. Только в этом случае происходит формирование компетенций, необходимых для самореализации обучающегося в современном обществе.

В этой связи нами было проведено исследование особенностей проявления школьной тревожности с учетом ведущей модальности восприятия информации учащихся.

Целью исследования стало изучение специфики проявления школьной тревожности в зависимости от ведущей модальности восприятия информации у подростков. В исследовании приняли участие 35 учащихся 8 классов средней общеобразовательной школы г. Тамбова.

Для достижения поставленной цели нами использовался опросник школьной тревожности Филлипса и тест на определение доминирующего типа восприятия информации (48 утверждений).

Проведенный анализ полученных результатов по доминирующему типу восприятия информации показал, что у большинства подростков (57,1%) преобладающим каналом восприятия информации является аудиальный (рис.1). У 28,65%

учащихся ведущим каналом восприятия является визуальный и у 14,25% – кинестетический.

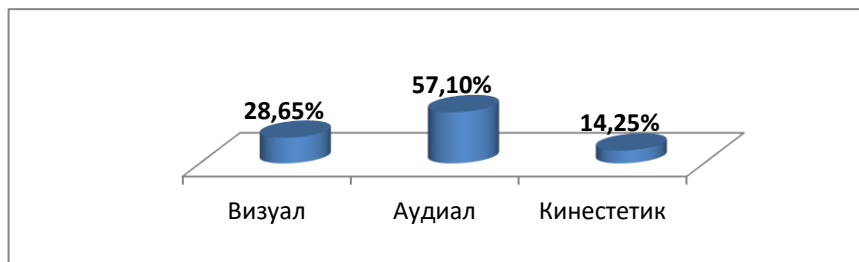


Рис. 2. Средние значения результатов по методике «Доминирующий тип восприятия информации» у подростков.

Как следует из полученных результатов, большая часть подростков имеют высокую способность к запоминанию учебного материала через его прослушивание. Для такой категории учеников объяснение учителем нового материала является необходимым условием для успешного усвоения учебной программы. Перемену аудиалы используют для активного общения с одноклассниками. Для учащихся, у которых доминирующим типом восприятия информации является зрительный, необходимо, чтобы объяснение учителя сопровождалось просмотром соответствующих презентаций или демонстрацией наглядного материала. Такие ученики охотно и много читают. На перемене визуалам могут помешать шумные диалоги аудиалов или подвижные игры кинестетиков. В этом случае, они предпочитают выйти в коридор, где будут наблюдать за другими детьми или рассматривать имеющуюся информацию.

Обучающиеся с преобладанием кинестетического типа получения информации лучше усваивают учебный материал через движения и осязание. Таких учеников отличает эмоциональность и непоседливость, невнимательность и

отвлекаемость на уроке. Перемену кинестетики используют для двигательной активности и снятия мышечного напряжения.

Анализ школьной тревожности у исследуемых нами подростков выявил особенностей ее проявления зависимости от ведущей модальности восприятия информации учащихся (рис. 2).

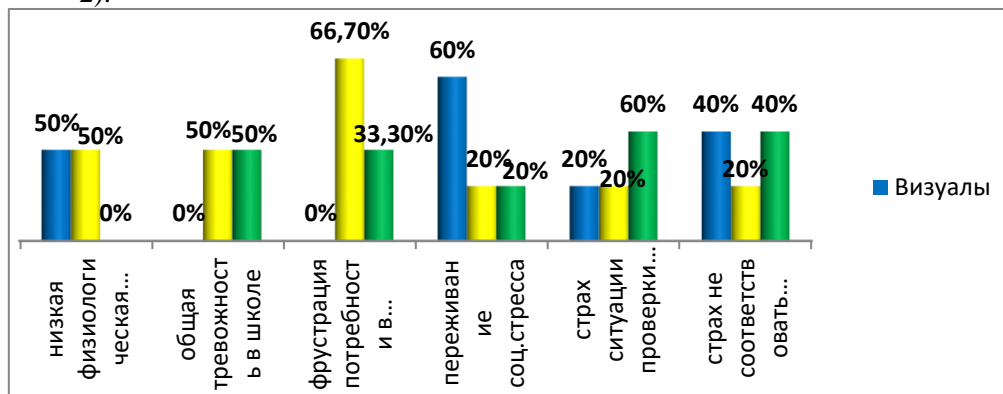


Рис. 2. Особенности проявления тревожности в зависимости от типа восприятия сенсорной информации у подростков

Так, было установлено, что у визуалов показатели школьной тревожности выше нормативных показателей по таким шкалам как «переживание социального стресса» (60%) и «страх несоответствия ожиданиям окружающих» (40%).

У подростков-аудиалов выявлен высокий уровень «фрустрации потребности в достижении успеха» (66,7%), «низкая физиологическая сопротивляемость стрессу» (50%) и «общая тревожность в школе» (50%).

Для кинестетиков характерно проявление высокого уровня тревожности в случаях «ситуации проверки знаний» (40%) и «страха не соответствовать ожиданиям окружающих» (40%).

Таким образом, у подростков отмечается специфика проявления школьной тревожности в зависимости от ведущей модальности восприятия информации.

Проведенное нами исследование уровня школьной тревожности у школьников-подростков показало, что у большинства учащихся отмечается повышенный уровень школьной тревожности, обусловленный повышенной интеллектуальной нагрузкой во время учебного процесса без учета соответствующего психофизиологического профиля развития ребенка, его личностных особенностей. Большинство подростков испытывают социальный стресс, что также обуславливает повышенный уровень тревожности.

Исследование специфики проявления школьной тревожности с учетом ведущего канала получения сенсорной информации показало, что у большинства подростков «визуалов» и «аудиалов» характерен повышенный уровень тревожности. Данный факт может быть обусловлен не только личностными особенностями учащихся, но и спецификой восприятия информации. Необходимость усваивания больших объемов информации посредством ведущих сенсорных каналов так же определяет психофизическое напряжение учащихся – «визуалов» и «аудиалов». Ученики с кинестетическим каналом восприятия сенсорной информации в меньшей степени подвержены тревожности, так как их направленность на общение со сверстниками и высокая двигательная активность позволяют им снимать накопленное психоэмоциональное напряжение.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что существуют особенности проявления школьной тревожности у подростков в зависимости от типа восприятия сенсорной информации.

Полученные результаты указывают на необходимость учета ведущей модальности восприятия информации учащихся для снижения проявлений тревожности и успешной адаптации к условиям обучения.

ДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВОЕНОСЛУЖАЩИХ (АНАЛИЗ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА)

Баранов А.В., Казакова Е. Ю, Садовникова М.В.

*ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»
г. Тамбов, Россия*

Аннотация: в статье рассмотрены результаты изучения предикторов общественно-опасного (криминального) поведения военнослужащих, проходящих срочную службу и службу по контракту, с выявлением наиболее значимых ситуационных, психологических и клинических факторов на основании анализа судебно-психиатрического материала.

The summary in English: the article examines the results of the study of predictors of socially dangerous (criminal) conduct of servicemen who are in the service and contract service, identifying the most significant situational, psychological and clinical factors on the basis of an analysis of forensic psychiatric material.

Ключевые слова: общественно-опасное поведение, предикторы, клиничко-психопатологический фактор

Key words: socially dangerous behavior, predictors, clinical-psychopathological factor

Актуальность: Преступность в Вооруженных Силах опасное явление, деструктивно влияющее на престижность военной службы и поэтому в целом на интересы безопасности государства. В связи с чем, изучение данного феномена требует всестороннего и междисциплинарного подхода, не только криминологического и юридического, но и социально-психологического, и клинического. В судебно-психиатрической литературе весьма мало работ посвящено данной теме, что и обуславливает актуальность исследования. Судебно-

психиатрическая экспертиза по уголовным делам о преступлениях военнослужащих хотя и составляет небольшое количество в общем объеме экспертной работы, однако имеет ряд особенностей, которые связаны со значительной специфичностью воздействия факторов несения военной службы. Безусловно, в общей структуре преступности военнослужащих, судебно-психиатрический материал представляет собой некую выборку т. к. не смотря на достаточную распространенность этого явления, объём экспертиз относительно небольшой. Наряду с этим изучение данной выборки как раз и представляет большой интерес, поскольку согласно УПК экспертиза назначается при наличии сомнений по психическому состоянию осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими, т.е. сомнения в их вменяемости. Соответственно анализируемый контингент будет включать лиц, имеющих предпосылки к такому сомнению – т.е. подозрение на наличие психического расстройства. Это в свою очередь позволит наиболее точно определить, какие из возможных (социальных, ситуационных, личностных или клинических) факторов будут выступать в качестве доминирующих предикторов такого поведения.

Цели и задачи исследования: включали в себя изучение предикторов общественно-опасного (криминального) поведения военнослужащих, проходящих срочную службу и службу по контракту, с выявлением наиболее значимых ситуационных (обусловленных специфическими факторами военной службы), психологических (личностных) и клинических факторов. Кроме того, ставилась задача с большей степенью достоверности оценить значение клинико-психопатологического фактора, что возможно только на основании анализа судебно-психиатрического материала.

Материал и методы исследования: проведено исследование военнослужащих проходивших амбулаторные и стационарные судебно-психиатрические экспертизы в Тамбовской психиатрической больнице, назначенные по

уголовным делам судебными органами Тамбовского гарнизона. Общее количество наблюдений составило 45 случаев. Для систематизации полученных данных использовалась специально разработанная карта, для статистической обработки полученных данных использовался программный пакет SPSS 11.5, с помощью, созданной в программе базы данных, анализировалось частотное распределение признаков. Разделение по группам не производилось ввиду однородности контингента.

Результаты исследования и обсуждение: Возраст подэкспертных на момент обследования от 18 до 40 лет, преобладающее большинство (69%) составили военнослужащие возрастной группы 18 - 21 лет (средний возраст 22 года). По характеру военной службы контингент подэкспертных распределился следующим образом: подавляющую долю составили рядовые срочной службы (71%) и офицеры, поступившие на службу по контракту (13,3%), другие категории военнослужащих встречались реже.

Таблица 1. Распределение контингента по характеру Военной службы.

	N	%
1 Рядовые срочной службы	32	71,1
2 Рядовые контрактной службы	2	4,4
3 Офицеры контрактной службы	6	13,3
4 Кадровые офицеры в т.ч. младшие офицеры ВС	1	2,2

5 Сержанты и старшины контрактной службы	2	4,4
6 Курсанты	2	4,4
Всего:	45	100,0

Преступления в Вооруженных Силах обычно делятся на две большие группы: общеуголовные и воинские. В связи с этим структура преступности военнослужащих специфична. И эта специфика главным образом связана с наличием воинских преступлений, которых нет в гражданском обществе. В структуре противоправных действий тематической группы преобладали воинские преступления (ст. 331-352 УК РФ), которые отмечались в 82,2%. При этом в 69% фигурировало оставление военной части и дезертирство (ст 337 ч.1 - 8,9%, ст. 337 ч.4 – 55,6%, ст. 338 – 4,4%), половина из которых - совершенные неоднократно. Среди правонарушений данной категории 73,5% были совершены военнослужащими в первый год службы. Нарушение уставных правил взаимоотношений встречалось достаточно редко (8,9%), и только один случай уклонения от исполнения обязанностей военной службы путем симуляции болезни. В 6-ти случаях воинское правонарушение сочеталось с общеуголовными (имущественными и преступлениями против личности), которые, как правило, совершались после оставления воинской части.

Таблица 2. Характер совершенного правонарушения военнослужащих

Статьи УК РФ	n	%
335 ч 1 (неуставные взаимоотношения)	3	6,7
335 ч 4 (с тяжкими последствиями)	1	2,2
337 ч 1 (самовольное оставление части)	4	8,9

4	337 ч 4 (продолжительностью свыше одного месяца)	25	55,6
5	338 ч 1 (Дезертирство)	2	4,4
6	339 ч 1 (Уклонение от исполнения обязанностей военной службы путем симуляции)	1	2,2
7	105 ч.1; 111 ч4 (убийства тяжкий вред повлекший смерть)	5	11,1
8	Имущественные (кражи, грабежи, мошенничество)	1	2,2
9	Иные	3	6,7
Всего		45	100,0

Преступления, не относящиеся к категории воинских (общеуголовные) составили только 18%. В основном совершены они были военнослужащими по контракту, на втором и более годах службы (8,9% из них были так или иначе сопряжены со службой (самоуправство), и практически столько же, бытовые не имеющие прямого отношения к службе). Статистика воинских преступлений, согласно литературным данным показывает, что удельный вес воинских преступлений в структуре всей преступности военнослужащих колеблется в пределах 50-70%. Внутри них наибольшее распространение (до 70% и более) имеют преступления против порядка прохождения военной службы (самовольные отлучки, самовольные оставления части, дезертирство и членовредительство). Таким образом, структура преступности, полученная в выборке прошедших экспертизу, и общая среди военнослужащих в целом, сопоставима.

Анализ ряда социальных, психологических и клинических параметров военнослужащих, касающихся периода до поступления на службу и криминальной активностью во время службы, достоверной взаимосвязи между ними не установил. Так, большая часть военнослужащих характеризовалась удовлетворительной социально-психологической адаптацией до поступления в вооруженные силы и не обнаруживало признаков психических расстройств по заключению ВВК.

Большая часть подэкспертных воспитывались в полных семьях и удовлетворительных семейно-бытовых условиях (73,3%). Более 90 % не имело, каких либо нарушений в процессе раннего развития. При хорошей и удовлетворительной успеваемости 81,8% получили достаточный уровень образования (15% высшее и незаконченное высшее, 66,8% - среднее и средне специальное). Нарушения поведения в подростковом возрасте (в виде хулиганства, нарушений дисциплины, побегов из дома и употребления психоактивных веществ) имело только пятая часть обследованных (23 %). Агрессивное поведение в анамнезе не наблюдалась ни у кого, и только в 8,9% проявлялись аутоагрессивные действия в виде причинения самоповреждений и суицидальных тенденций. Наличие криминального опыта, так же в целом не характерно для обследованного контингента, судимости (в основном условные сроки) до призыва на военную службу имело только 22%, преимущественно за нетяжкие имущественные правонарушения. Отношение к предстоящей службе, более чем у половины подэкспертных было положительное, в 62% из них охотно пошли служить.

Исследованием доказано, что совершение военных правонарушений достоверно не было связано с психопатологическими механизмами, ни с дефектом военно-врачебных комиссий, которыми все они были признаны годными к службе, ни с возможностью возникновения заболевания в период службы. Судебно-психиатрическими экспертными комиссиями у 88% подэкспертных признаков психических расстройств выявлено не было, из которых

только 20 % обнаруживало дисгармонию черт личности, но не выходящую за рамки акцентуации. У остальных были выявлены органическое поражение головного мозга (4,4%), расстройства личности (2,2%), аффективные расстройства (2,2%) и зависимость от психоактивных веществ (2,2%).

Таблица 3. Диагноз, установленный при судебно-психиатрической экспертизе

	N	%
Психическим расстройством не страдает	31	68,9
Психическим расстройством не страдает (акцентуированные черты характера)	9	20,0
Органические заболевания головного мозга	2	4,4
Расстройства личности	1	2,2
Аффективные неорганические расстройства	1	2,2
Синдром зависимости от алкоголя	1	2,2
Всего	45	100,0

В рамках судебно-психиатрической экспертизы вопросы о годности к военной службе в основном (84,4%) не ставились, только в одном случае выносилось решение об ограниченной годности («В») к военной службе. Полученные данные позволяют сделать вывод о преимущественном влиянии на формирование вектора криминальной активности военнослужащих факторов обусловленных военной службой. При этом не связанных с органическими вредностями. Только 13% принимало участие в боевых действиях и ещё 2% переносило травмы головы. В основном подэкспертные с первых месяцев испытывали трудности в адаптации к военной

службе (55,5%), что в последующем сказывалось на качестве несения службы и проявлялось в нарушениях дисциплины. В основном нарушения касались недобросовестного отношения к своим обязанностям и требованиям командования, а в конфликтных отношениях участвовало не более трети (28,9%). Среди сослуживцев взаимоотношения, как правило, не складывались, в основном это были индифферентные (64%) взаимоотношения, в которых подэкспертный не пользовался авторитетом. Открыто конфликтные отмечались только в 9%. Большая часть военнослужащих (78%) за период службы ни разу не обращались за медицинской помощью к психиатру. Из оставшихся 22 %, поводами для обращения к психиатру служили невротические (6,7%), депрессивные (2,2%) и психопатоподобные расстройства (6,7%), прочие составили плановые осмотры психиатра по инициативе командования.

Поскольку самым частым видом воинского правонарушения явилось - оставление военной службы, то мотивация данного деликта была проанализирована детально. В качестве основных мотивов оставления службы доминировало три: невыносимость нахождения в части вследствие конфликтов или неуставных взаимоотношений (26,7%), нежелание служить (17,8%) и неприятности дома (13,3%). Негативное отношение к службе на момент экспертизы носило достаточно устойчивый характер (более 50%), хотя те же самые подэкспертные при поступлении на службу в 62% испытывали желание служить.

В целом мотивация воинских правонарушений проиллюстрирована в таблице 4.

Таблица 4. Ведущие мотивы совершения воинского преступления

	N	%
Не удовлетворенность условиями службы / контракта	3	6,7
Не желание служить	8	17,8

Личная неприязнь, месть	1	2,2
Самоутверждение, доминирование над средой	3	6,7
Стремление избежать наказания	1	2,2
Невыносимость продолжения службы вследствие неуставных взаимоотношений и конфликтов с сослуживцами	12	26,7
Тоска по дому	2	4,4
Неприятности дома, в т.ч. болезнь близких, любовные отношения	6	13,3
Совершили не воинское преступление	9	20,0
Всего	45	100,0

В период прохождения судебной экспертизы большинство военнослужащих не испытывало глубокого сожаления и раскаяния в совершенном деянии. 9 % отрицало инкриминируемое им деяние (это касалось только общеуголовных преступлений), 17,8 % считали, что поступили правильно, и 49% высказывали лишь формальное сожаление, связанное с тем, что теперь придётся нести наказание. Среди военнослужащих, привлекавшихся за оставление воинской части или дезертирство, желание продолжить службу имело только 2%, ещё 20% были не против продолжить службу, но только в другой части.

Заключение: исследованием доказано, что в качестве предикторов общественно-опасного (криминального) поведения военнослужащих, проходящих срочную службу и службу по контракту, среди комплекса факторов наиболее значимыми явились ситуационные (обусловленные спецификой военной службы), очевидно большое значение принадлежит так же и психологическим (личностным) особенностям, которые требуют более детального изучения. При этом клинито-

психопатологический фактор не имеет существенного значения. Полученные результаты показывают, что при построении программ профилактики преступлений военнослужащих необходимо в большей мере учитывать микросоциальные и индивидуально-психологические факторы.

2. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ И КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ MEDICAL REHABILITATION AND SOCIO- PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

*А.В. Баранов, С.А. Старых, Н.В. Громакова,
Г.А. Дмитриева, В.В. Абашина*

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая
больница», z3@ogbuztpkb.ru

Аннотация: В данной статье рассмотрены основные этапы психосоциальной реабилитации пациентов с

психическими расстройствами. Определено, что такое «психосоциальная терапия и реабилитация». На примере отделения № 3 ОГБУЗ «ТПКБ» составлен отчет за последние 5 лет о проделанной работе по социально-психологической помощи и медицинской реабилитации пациентов.

The summary in English: This article describes the main stages of psychosocial rehabilitation of patients with mental disorders. It is defined what is psychosocial therapy and rehabilitation". On the example of the Department № 3 of "ТКРВ" THE report for the last 5 years on the work done on socio-psychological care and medical rehabilitation of patients.

Ключевые слова: психосоциальная терапия, реабилитация, этапы реабилитации, уровни реабилитации, виды психосоциальных воздействий, 3 отделение, отчет за 5 лет.

Key words: psychosocial therapy, rehabilitation, rehabilitation stages, levels of rehabilitation, types of psychosocial effects, 3 department, report for 5 years.

Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация, наряду с фармакотерапией, представляют собой необходимые и дополняющие друг друга терапевтические мероприятия.

Психосоциальная терапия и реабилитация – восстановление и формирование недостаточных или утраченных (в условиях, нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности), знаний, умений взаимодействовать и решать проблемы у психически больных с изъятиями социальной адаптации, обеспечивающих их интеграцию в общество.

Выделяют следующие этапы психосоциальной реабилитации:

1. Этапы активных психосоциальных воздействий

Данный этап может начинаться на любом периоде оказания психиатрической помощи. Обычно это этап наиболее активных мероприятий. Чаще всего используются групповые, а также индивидуальные формы работы. К ним относятся тренинги общения, социальных навыков, независимого проживания, психообразовательные программы.

2. Этап практического освоения ролевых функций и социальных позиций.

Это функция «промежуточных» (между психиатрическими учреждениями и обществом) звеньев реабилитационной направленности, приближающих пациента к жизни среди населения. Задачами данного этапа для пациентов направленных в ЛПТМ является формирование мотивации на труд, овладение новой профессией, обучение взаимодействию в трудовом коллективе. Для больных в «жилье под защитой» - обучение независимому проживанию, тренинг социальных навыков, трудоустройство, психосоциальная поддержка.

3. Этап закрепления и поддержки социального восстановления.

Поддерживающая психосоциальная терапия с более редким проведением занятий, являющихся продолжением программ, используемых на этапе интенсивных психосоциальных воздействий и направленных на поддержание комплайенса и соблюдения режима терапии. Интервалы между занятиями могут варьироваться в зависимости от стойкости достигнутых результатов. Оказание социальной поддержки осуществляется в зависимости от нуждаемости в ней, особенно при отсутствии естественной социальной поддержки у одиноких. Часто оказывается важным поощрением включения больных в группы самопомощи – общественные организации больных и их родственников. Помощь в трудоустройстве. [В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича, С.Н.Мосолова, А.Б.Шмуклера / Психиатрическая помощь больным шизофренией / 2007г].

3-е отделение ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» на 50 сметных коек, является острым районированным отделением, которое обслуживает 16 районов

области. Общая численность обслуживаемого населения – 503,9 тыс. чел. при общей численности области 1088,8 тыс. чел.

Психосоциальная реабилитация в 3-ем отделении осуществляется на основании «Положения об организационных формах и методах психосоциальной реабилитации в ОГБУЗ «ГПКБ». С момента первичного обращения пациента в отделение он попадает под наблюдение всей полипрофессиональной бригады, состоящей из психиатра, психотерапевта, психолога и специалистов по социальной работе.

Основными уровнями социальной работы в отделении являются:

1. Индивидуальная работа с пациентом и его конкретными проблемами.
2. Микросоциальный уровень (работа с родственниками, соседями больного)
3. Макросоциальный уровень (взаимодействие с государственными, общественными и частными организациями в т.ч с пенсионным фондом, бюро МСЭК, паспортным столом, управлением труда и социальной защиты).

На всех этих уровнях предоставляется два основных вида помощи: инструментальная и эмоциональная поддержка.

К инструментальной поддержке относится социально-бытовая и материальная помощь (помощь в организации дополнительного питания, приобретение одежды, средств личной гигиены). Основным разделом инструментальной поддержки являются мероприятия по восстановлению социального положения пациентов, которые включают в себя: паспортизацию, помощь в оформлении пенсионного обеспечения, помощь в получении льгот, осуществление социально-правовой защиты пациентов, помощь в трудоустройстве, восстановление на работе или в учебном заведении.

Каждому пациенту в отделении оказывается эмоциональная поддержка, которая включает в себя индивидуальные беседы с больными и их родственниками.

Пациенту разъясняется, где и как оформить пенсию, затребовать нужные документы, справки. Родственникам разъясняется, какие документы необходимы для оформления группы инвалидности и для постановки на очередь в инвалидный дом.

За период с 2013 по 2017гг в 3-м отделении были проведены следующие мероприятия по психосоциальной реабилитации:

	2013г	2014г	2015г	2016г	2017г
Регистрация по месту проживания	5	4	6	8	8
Оформление пенсии	5	7	8	6	2
Помещение одиноких, социально неадаптированных пациентов в реабилитационные отделения, АНО	9	8	9	2	2
Оформление в инвалидный дом	4	3	6	2	1
Направление на МСЭ	2	8	7	4	4

Конс ультация родственник ов и пациентов по социальным вопросам	47	2	43	2	40	2	50	2	60	2
Восс тановление документов (паспорт, полис, СНИЛС)	2	5	7	4	7	4	7	3	8	3
Рабо та, проводимая с лицами БОМЖ		3		4		5		6		4

Ежеквартально в отделении проводится анкетирование пациентов и родственников по оценке качества оказания медицинской помощи.

Показа тель среди пациентов	013	2	014	2	015	2	016	2	017	2
Удовл етворенность обстановкой в стационаре	6%	8	9%	8	1%	9	3,3%	9	4,6%	9
Удовл етворенность качеством питания	3%	9	5%	9	5%	9	8,3%	9	8,7%	9

Удовл етворенность работой лечащего врача	00%	00%	00%	00%	00%	00%
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Показа тель среди родственников	013	014	015	016	017
Удовле творенность обстановкой в стационаре	2%	5%	3%	5%	5,8%
Удовле творенность качеством питания	3%	6%	4%	6,6%	7,3%
Удовле творенность работой лечащего врача	7%	00%	7%	8,3%	00%

Кроме того пациенты 3 отделения активно занимаются трудотерапией:

В ид деятельн ости	013	014	015	016	017
Л ПТМ	0	5	0	7	4
Р абота внутри отделени я	8	0	0	5	9

Работа на территории больницы	41	81	62	03	53
-------------------------------	----	----	----	----	----

Врач-психиатр совместно с психологом и социальным работником больницы проводит работу, которая направлена на изменение отношения пациента его окружения к заболеванию и месту в социуме, что на практике включает развитие, а чаще восстановление умений и навыков у пациентов. Это групповые и индивидуальные формы психосоциальной реабилитации. В рамках данной работы используются следующие технологии:

- тренинг социальных навыков
- коммуникативные тренинги
- психообразовательные тренинги
- разнообразные групповые занятия

Вид занятий	013	014	015	016	017
Психообразование с первичными пациентами	9	3	2	8	0
Психообразование с пациентами, состоящими в группе АДН	4	8	2	1	7
Психообразование с частопоступающими пациентами	1	9	4	7	5
Клубный дом	6	8	7	8	1

Тренинг коммуникативных навыков	1	2	0	2	5
Групповая работа	4	5	5	7	0
Кружковая работа	5	8	5	05	12

В сравнении с другими мужскими отделениями ОГБУЗ «ТПКБ» данные показатели составили:

2013-2017год

Название группы	1отд	3отд	10отд	Всего
Психообразование с частопоступающими пациентами	162	166	147	475
Психообразование с первичными пациентами	130	122	110	362
Психообразование с пациентами, состоящими в группе АДН	135	152	126	413

В заключение следует отметить, что проблема социального функционирования и качества жизни психически больных является одной из наиболее актуальных и активно разрабатываемых на современном этапе. Все большее внимание уделяется комплексному подходу к диагностике и лечению психической патологии с привлечением не только клинко-психопатологических, но и социально-средовых, психологических показателей. Акцент оказания психиатрической помощи всё в большей степени смещается в сторону партнерства с пациентом; больной становится

полноправным участником терапевтического процесса, что требует все возрастающего внимания к его оценке как самих лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, так и происходящих в связи с ними изменений в его жизни. Предполагается, что подобные подходы позволят качественно улучшить оказание психиатрической помощи, создав ее всеобъемлющую модель.

3. ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ БЛИЗКОГО ЧЕЛОВЕКА, КАК КРИЗИС

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. FEATURES OF MANIFESTATIONS OF SUICIDAL RISK IN PATIENTS WITH BORDERLINE AFFECTIVE MENTAL DISORDERS.

Удод А.Ю. Гуцина Е.Е.

*Тамбовская психиатрическая клиническая больница.
E-mail: arakranar@gmail.com*

Аннотация: В данной статье рассматриваются особенности проявлений суицидального поведения у пациентов с пограничными аффективными расстройствами. Производится сравнение частоты и выраженности высказываемых жалоб суицидального характера у таких пациентов с имеющейся у них степенью суицидального риска. Делается вывод о том, что, несмотря на незначительное количество явных проявлений суицидальных тенденций, степень суицидального риска у подобной группы пациентов достаточно высока.

The summary in English: This article examines the features of suicidal behavior in patients with borderline affective disorders. A comparison is made between the frequency and severity of the

expressed suicidal complaints in these patients with the degree of suicidal risk they have. It is concluded that, despite a small number of apparent manifestations of suicidal tendencies, the degree of suicidal risk in such a group of patients is quite high

Ключевые слова: суицид, суицидальный риск, пограничные аффективные расстройства, суициды при пограничных аффективных расстройствах.

Key words: suicide, suicide risk, borderline affective disorders, suicide in borderline affective disorders.

Актуальность проблемы: Незначительное количество пациентов, обращающихся в кабинет медико-социально-психологической помощи с жалобами, касающимися непосредственно суицидальных тенденций, вызывает закономерный вопрос о том, насколько высока его роль в профилактике суицидального поведения. Актуальность данного исследования состоит в том, что бы дать обоснованный ответ на этот вопрос.

Литературная справка о проблеме: Несмотря на то, что суицид далеко не всегда является прямым следствием психического расстройства [1], не вызывает сомнений наличие связи между наличием аффективного психического расстройства и повышением суицидального риска [2], даже если клиническая выраженность этого расстройства невелика [3]. Особенно сильное влияние на степень суицидального риска оказывают психические расстройства, сопровождающиеся наличием депрессивной симптоматики [4].

Цель работы: Определить, является ли отсутствие жалоб суицидального характера и внешних видимых проявлений суицидальной активности у пациентов с пограничными аффективными расстройствами, действительным показателем низкого суицидального риска.

Задачи работы:

1. Оценить количество пациентов кабинета медико-социально-психологической помощи с явными проявлениями суицидальных тенденций.

2. Оценить количество пациентов медико-социально-психологической помощи с повышенным суицидальным риском по объективным методам обследования.

3. Сделать вывод о взаимосвязи данных параметров.

Материалы и методы: Была оценена деятельности кабинета медико-социально-психологической помощи за 3 года – с 2015 по 2017. Всего в исследовании приняло участие 1440 человек с различными психическими аффективными расстройствами пограничного характера. Основным методом оценки состояния пациентов являлся респондент, оценка суицидологического анамнеза, опросник суицидального риска модификация Разуваевой Т. Н. шкала оценки риска суицида (thesadpersonsseale, pattersonetal. 1983).

Результаты и обсуждения: Согласно Приказу Управления здравоохранения Тамбовской области от 22.10.2012 г. № 1509 «Об организации работы кабинета медико-социально-психологической помощи» в ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» на базе поликлиники № 5 был открыт кабинет медико-социально-психологической помощи (далее - кабинет МСПП).

Деятельности кабинета МСПП направлена на оказание анонимной, добровольной, психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи, пациентам с пограничными психическими расстройствами, в том числе кризисными и суицидоопасными состояниями.

По нозологиям, преобладающими диагнозами являются депрессивные и тревожно-депрессивными расстройства, чаще всего на фоне психоорганического синдрома той или иной степени выраженности.

Среди жалоб пациентов преобладают жалобы связанные с нарушением состояния эмоциональной сферы: тревога,

плаксивость, тоска, эпизодическое или постоянное снижение настроения. Причём, данные жалобы в той или иной степени присутствуют почти у всех пациентов, вне зависимости от их диагноза (более чем у 85 %) и в большинстве случаев именно они служат поводом для обращения к психиатру – около 60% от всех обратившихся.

Реже (около 30% случаев) на первый план выходят жалобы невротического и соматоформного характера – ощущение «сердцебиения», «жжения», чувство «удушья», тошнота, боли различной локализации, не имеющие определённой связи с тем или иным соматическим заболеванием.

Совсем редко (около 7%) встречаются жалобы на психотические расстройства – зрительные и слуховые галлюцинации, бредовые идеи имущественного ущерба, ревности, слезки, преследования, и так далее. Причём, причиной обращения в подобных случаях, обычно служит инициатива родственников пациента, тогда как самого пациента чаще тяготят сопутствующие жалобы на снижение настроения и тревогу.

При этом обращает на себя внимание тот факт, что при достаточно высоких показателях общей обращаемости (таблица №1), и значительном количестве пациентов с аффективными расстройствами – около 80% от общего числа, количество пациентов с явными суицидальными тенденциями (суицидальными мыслями, суицидальными замыслами, аутоагрессивными действиями, или суицидальной попыткой в анамнезе), стабильно остаётся крайне незначительным (таблица №2) – порядка 1-2% .

Таблица №1

Показатели	2015	2016	2017
Число пациентов за год	435	507	498

Число посещений за год	900	1228	2224
-------------------------------	-----	------	------

Таблица №2

	2015	2016	2017
Пациенты с суицидом в анамнезе	5	2	2
Пациенты с суицидальными тенденциями	6	1	10
Самоповреждения без суицидальных намерений.		3	2
После суицидальной попытки		1	1

Для уточнения ситуации, были использованы дополнительные методы обследования, такие как опросник суицидального риска модификация Разуваевой Т. Н. и шкала оценки риска суицида (TheSADPERSONSScale, Pattersonetal. 1983) , выявившие повышенный риск суицида у значительного числа пациентов кабинета МСПП (30- 40%).

Таблица №3

	2015	2016	2017
Пациенты с высоким суицидальным риском, без суицидальных тенденций.	124 (28%)	217 (43%)	223 (44%)

Наибольшее количество пациентов с повышенным суицидальным риском ожидаемо выявляется среди лиц страдающих депрессивными расстройствами - 45%-50%.

Несколько меньшее их количество выявляется у пациентов с невротическими расстройствами - около 30%.

Значительное количество пациентов с повышенным суицидальным риском выявляется и среди тех, кто страдает различными формами психических расстройств связанных с органическим поражением головного мозга - 15-20%.

Выводы: Можно сделать вывод, что значительное количество пациентов с аффективными, пограничными расстройствами, находятся в группе суицидального риска, хотя явные суицидальные тенденции и, как следствие, степень суицидальной опасности, в данной группе обычно бывают незаметны как медицинскими работниками, так и родственниками пациентов и даже самими пациентами.

Суицидальные тенденции и их непосредственные причины в виде стойкого снижения настроения, тоски, одиночества и пессимистического отношения к будущему, у данной группы пациентов чаще всего приобретают скрытный, маскированный характер, скрываясь за жалобами на тревогу, беспокойство, множественными проблемами соматического здоровья и так далее.

Своевременное обращение пациента за психиатрической помощью при наличии подобных жалоб, является важным аспектом в предотвращении дальнейшего развития у них суицидальных тенденций, и, как следствие – суицидальных попыток.

Литература

1. Руженкова В. В., Руженков В.А. Проблема стигмы в психиатрии и суицидологии // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. — 2012. — Т. 17, № 4
2. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: Монография, 2006.

3. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии, 2003.

4. Ефремов В. С. Основы суицидологии, 2004.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ РОДСТВЕННИКОВ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
COMPLIANCE OF RELATIVES OF MENTALLY ILL PERSONS

Т. В. Юрьева, А. А. Черкасов, А. С. Баженова, А. А. Чет

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»

Тамбовский государственный университет им. Г. Р.

Державина, alina.bazhen@mail.ru

Аннотация: В статье описывается явление комплаентности как основы эффективности лечения многих заболеваний. Представлены результаты исследования уровня комплаентности родственников психически больных пациентов.

The summary in English: The article describes the phenomenon of compliance as the basis for the effectiveness of treatment of many diseases. Results of a study of the level of compliance of relatives of mentally ill patients are presented.

Ключевые слова: комплаентность, родственники психически больных.

Key words: compliance, relatives of mentally ill persons.

В настоящее время, несмотря на внедрение высоких технологий в медицину, до сих пор эффективность лечения многих заболеваний остается невысокой, причиной чего является, казалось бы, простая проблема, такая как соблюдение пациентом назначений врача.

В российской медицине интерес к проблеме несоблюдения больными полученных рекомендаций возник несколько десятилетий назад и не теряет своей актуальности до настоящего времени и остается в центре внимания, как исследователей, так и работников практического здравоохранения. Отрицательные последствия этого явления — клинические, экономические — ни у кого не вызывают сомнений.

Наиболее распространенным понятием, употребляемым для обозначения правильности выполнения рекомендаций врача, является комплаентность. Термин комплаентность означает точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения[1]. Это относится как к приему лекарственных средств, так и к изменению образа жизни: устранение вредных привычек, правильное питание, физическая активность, соблюдение режима труда и отдыха.

В настоящий момент проблема комплаентности стоит очень остро. По данным отечественных и зарубежных источников, комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57%. Отмечается что, приверженность терапии при сахарном диабете максимально составляет 53,3%. Еще ниже уровень комплаенса среди наркологических пациентов – 20–25% . Высоким уровнем комплаентности отличаются ВИЧ-инфицированные и больные артритом: в этих группах уровень комплаенса достигает 88 и 81% соответственно.

Наиболее диагностически сложной и наименее изученной является проблема комплаентности у психически больных пациентов. Многие авторы сходятся в том, что степень соблюдения режима терапии у больных с соматическими заболеваниями выше, чем у больных с психическими расстройствами, особенно если имеется необходимость длительного поддерживающего лечения. Связано это с тем, что у психически больных отсутствует критика к своему состоянию. Попытки оказания медицинской помощи воспринимаются ими как насилие и вызывают активное противодействие.

Среди множества факторов, влияющих на комплаентность, рассматривается и отношение родственников к назначенной терапии. Известно, что семья может оказывать различное влияние на отношение больного к лечению. При благоприятных вариантах близкие родственники оказывают пациенту финансовую, социальную и психологическую поддержку, настраивая пациента следовать предписаниям врача. В других случаях семья прямо или косвенно может препятствовать лечению, формируя у пациента негативное отношение к лекарствам и к психиатрической помощи в целом.

Следовательно, в рамках изучения психологической стороны лечебно-диагностического процесса важным аспектом становится готовность родственников психически больных пациентов к сотрудничеству с врачом и выполнению его рекомендаций. Можно сказать, что при лечении таких больных эффективность терапии во многом будет зависеть непосредственно от участия родственников больного, от того насколько они будут готовы выполнять все его рекомендации и назначения.

Таким образом, в психиатрической клинике на первый план выходит именно комплаентность родственников психически больных как залог успешной и эффективной терапии.

Следовательно, целью настоящего исследования явилось изучение комплаентности родственников психически больных. Базой проведения исследования выступила ОГБУЗ «Гамбовская психиатрическая клиническая больница», выборку испытуемых составили 105 человек-родственников пациентов всех нозологических групп, 75 женщин и 30 мужчин. Было проведено анонимное анкетирование без предварительной выборки пациентов с помощью структурированного интервью для родственников.

Испытуемым помимо непосредственных вопросов интервью предлагалось ответить на вопросы, касающиеся вероятной причины возникновения заболевания. Так, 3% считают, что сглаз, порча, 50%-психологические факторы и 47% другое. Среди данной категории ответов наиболее часто

встречающимися были варианты: проблемы во время беременности; свобода, дружба; неблагоприятные события в семье.

Так же предлагалось оценить болезнь родственника - 31% испытуемых ответили, как случайность, 26%- как крах, 43% - другое. Среди данной категории наиболее часто встречающимися были варианты: как должное; как особенность развития; безысходность; как чудо; как незначительная трудность.

Гипотеза нашего исследования состояла в том, что родственники психически больных отличаются высокой комплаентностью.

Нами было выявлено, что 69% испытуемых относятся к поддерживающему типу отношений, т.е. являются комплаентными. Для них характерно положительная оценка действий лечащего врача, а также деликатный контроль приема лекарственных средств и соблюдения рекомендаций, готовность в сотрудничестве с лечащим врачом-психиатром содействовать решению личностной проблематики больного. Подобное поведение близких свидетельствует об осознанном понимании собственной роли и принятие ответственности за благополучие больного.

У части испытуемых – 25% отмечается некомплаентный манипулирующий тип - проявляющийся в том, что, родственники устраниются от ответственности, возлагая ее на лекарства и/или врача.

Также отмечается враждебно настроенные и отстраненные родственники (4% и 2 % соответственно), которые прямо обесценивают, препятствуют выполнению полученных от врача рекомендаций, либо способствуют прерыванию лекарственной терапии. [2]

Нами был проведен сравнительный анализ уровня комплаентности в зависимости от профиля психиатрического отделения пациента, родственник которого участвовал в исследовании.

Было выявлено, что поддерживающий тип преобладает у

родственников пациентов общепсихиатрического отделения (51%), при этом самый низкий показатель наблюдается в отделении военной и трудовой экспертизы (1%). Некомплаентный тип отношений проявляется в большей мере у родственников пациентов находящихся на лечении в наркологическом отделении.

Полученные результаты подтверждают выдвинутую гипотезу о том, что родственники психически больных пациентов ОГБУЗ «ТПКБ» отличаются высоким уровнем комплаентности. По нашему мнению, это связано с тем, что такие пациенты в достаточной степени не осознают тяжесть своего заболевания и в нужной мере не могут о себе позаботиться, следовательно, связь с родственниками достаточно сильная и во многом они являются зависимыми от них.

Также, высокий показатель поддерживающего типа свидетельствует и о проводимой психотерапевтической работе с родственниками, которая оказывает, не только эффект улучшения комплаенса с пациентом, но является по сути антикризисной помощью для самого родственника.

Таким образом, мы считаем, что для достижения максимального положительного эффекта от лечения необходимо проводить психотерапевтическую работу не только с пациентом, но и с родственником (психообразование, индивидуальная коррекция, школа родственников и т. д.).

Литература

1. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 9 с.
2. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011, 19с.

4. КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПСИХОТЕРАПИЯ

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И КЛИНИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ QUESTIONS OF ORGANIZATION AND CLINICO- PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS OF CRISIS CONDITIONS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE

Евдокимова Е.М., Максимчук Н.А., Рахлеев Ю.Л.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областная наркологическая больница», info@onb46.ru

Аннотация: В данной статье рассматриваются организационные проблемы и вопросы клинической диагностики кризисных состояний и суицидального поведения у больных с алкогольной зависимостью.

The summary in English: This article discusses the organizational problems and issues of clinical diagnosis of crisis States and suicidal behavior in patients with alcohol dependence

Ключевые слова: кризисные состояния, суицидальное поведение, алкогольная зависимость.

Key words: crisis states, anxiety disorder, suicidal behavior, alcohol dependence.

Понятие «кризисные состояния» охватывает широкий диапазон психических состояний. По определению А.Г.

Амбрумовой (1980), кризисное состояние – «это психическое состояние человека, внезапно пережившего субъективно значимую и тяжело переносимую психическую травму или находящегося под угрозой воздействия психотравмирующей ситуации» [1]. В зависимости от уровня и степени социально-психологической адаптации кризисные состояния разделяют на непатологические и патологические [1],[2]. Примером непатологических кризисных состояний являются возрастные кризисы, проявляющиеся в состояниях конфликтности разной степени выраженности, возникающих в период перехода от одного периода возрастного развития к другому. Возникающие при этом эмоциональные переживания, нивелируются эффективной социально-психологической адаптацией индивида, либо кратковременным психологическим вмешательством (психологическая коррекция, психологическое консультирование). Значительная выраженность эмоциональных, личностных и поведенческих реакций, достигающая уровня клинически очерченных симптомов (синдромов), сопровождающихся социально-психологической дезадаптацией индивида определяет патологический характер кризисного состояния и является показанием для специализированной медико-психологической помощи.

Медицинская помощь лицам с кризисными состояниями оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 1998 года № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисным состоянием и суицидальным поведением». Согласно этому приказу одним из звеньев суицидологической службы является отделение кризисных состояний, обеспечивающее «оказание стационарной лечебно-диагностической помощи при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями».

С клинической точки зрения кризисные состояния не имеют нозологической специфичности и могут иметь различную

клинико-психологическую структуру. Значимым клинико-диагностическим маркером «кризисности» психического состояния является наличие «выраженных суицидальных тенденций». Сроки и особенности лечения, клинико-психологическая диагностика кризисных состояний соответственно определяются стандартами медицинской помощи той нозологической формы психической патологии, при которой оно было диагностировано.

В практической деятельности мы сталкиваемся с тем, что нозологических форм психических и поведенческих расстройств, сопровождающихся развитием патологических кризисных состояний, встречается больше, чем в приведенном списке категорий больных.

Одной из таких категорий являются лица, страдающих зависимостью от алкоголя. Как правило, они попадают в наркологический стационар в связи с необходимостью купирования синдрома отмены алкоголя различной степени тяжести. После нормализации соматического состояния у этих больных часто развиваются тревожные, депрессивные или дисфорические нарушения, связанные с осознанием социально-психологических последствий употребления алкоголя, необходимостью решения возникших проблем (семейные конфликты, потеря работы и т.д.), пессимистической оценкой будущего, ощущением «безвыходности» ситуации. Психологический анализ этих состояний позволяет выделить все ключевые диагностические критерии кризисного состояния: переживание опасности, унижения страха, отчаяния, неполноценности, чувство неконтролируемости происходящего, разрушение привычного хода жизни, неопределенность будущего, обесценивание имеющихся в наличии возможностей и т.д. Игнорирование кризисных состояний у больных с алкогольной зависимостью способствует их возврату к алкоголизации, как единственному выходу из сложившейся ситуации, препятствует формированию устойчивых и полноценных ремиссий при алкогольной зависимости.

Психологическая диагностика кризисных состояний не представляет проблем. Для диагностики депрессии и тревоги у пациентов с алкогольной зависимостью используют шкалу депрессии Бека, госпитальную шкалу тревоги и депрессии, которые валидизированы для пациентов с алкогольной зависимостью[3]. Для диагностики суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью используются шкала суицидального риска у больных алкоголизмом, методика выявления склонности к суицидальным реакциям, опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой и т.д.[1].

Клинико-нозологическая квалификация кризисных состояний (в том числе и суицидального поведения) у пациентов с алкогольной зависимостью затруднительна. Установление коморбидной («сосуществующей») аффективной патологии (например, депрессивного эпизода (F 32.1)) требует детального и объективного анамнестического исследования (что достаточно сложно выполнить у больных алкоголизмом), объективизации эмоциональных нарушений в периоды ремиссий (если таковые присутствуют), наконец, определенного периода времени, в течение которого пациент вел бы трезвый образ жизни. Диагностика невротических состояний в этот период так же невозможна, в связи с тем, что так же присутствует действие токсического фактора. Следует отметить, что исследователи, изучавшие проблему коморбидности наркологических и психических заболеваний, признают, что, несмотря на многочисленные работы в зарубежной и отечественной литературе, общепринятая систематика таких взаимосвязей отсутствует[4].

Кризисные состояния у больных с алкогольной зависимостью после купирования абстинентного состояния можно было бы квалифицировать в рамках резидуального психотического расстройства и психотического расстройства с поздним (отставленным) дебютом (F 10.7), дифференцирующего эти состояния на расстройства личности и поведения (отвечают критериям расстройства личности органического происхождения - F 07.0), резидуальное аффективное расстройство (отвечает

критериям аффективного расстройства личности органического происхождения - F 06.3). Но в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями, медицинская помощь при этих заболеваниях предполагает проведение необходимого клинико-инструментального обследования пациента (например, прием врача-офтальмолога, биомикроскопия глазного дна, РЭГ, рентгенография всего черепа в одной или нескольких проекциях и т.д.) [5], не всегда возможного в рамках специализированного наркологического отделения, а иногда, требующее перевода в профильные психиатрические учреждения.

Специфическими особенностями кризисных состояний у больных алкоголизмом являются наличие в их структуре патологического влечения к спиртным напитками и алкогольной анозогнозии различной степени. Они обуславливают динамичность и колебания выраженности клинических проявлений кризисного состояния, высокую вероятность отказов от лечения и определяют необходимость специального медикаментозного и психолого-психотерапевтического сопровождения данного контингента больных.

Таким образом, недостаточно определенным представляются вопросы о возможности оказания стационарной лечебно-диагностической помощи лицам с кризисными состояниями, страдающими алкогольной зависимостью в отделениях кризисных состояний, их рационального диагностического маркирования. Это затрудняет обоснованное проведение необходимых лечебных и психологических воздействий при формировании кризисных состояний у больных с алкогольной зависимостью, усложняет медицинский и статистический учет и анализ эпидемиологических данных относительно данной патологии.

Литература

1. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации / сост.: зав. отд. суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР (директор института — проф. В. В. Ковалев), рук.

Всесоюзного суицидологического Центра профессором А. Г. Амбрумовой и ст. науч. сотр., к. м. н. В. А. Тихоненко. – Москва, 1980. – 55 с.

2. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. Арт-Пресс, Днепропетровск. – 1998. – 156 с

3. BriereFN, RohdeP, SeeleyJR, etal. Comorbidity between major depression and alcohol use disorder from adolescence to adulthood.// ComprPsychiatry. 2014;55(3):526-33.

4. Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных с эндогенными психозами. – М.: Медпрактика. – М,2002. – С.8.

5. Стандарт специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, органических (аффективных) расстройствах настроения (Приложение к приказу МЗ РФ от 24.12.2012 №1466н). Гарант. Информационно-правовое обеспечение: [Электронный ресурс]. URL: <http://base.garant.ru/70321078/>. (Дата обращения: 13.05.2018).

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИНАМИКИ
ОСТРЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РЕАКЦИЙ У ЖЕНЩИН,
ОКАЗАВШИХСЯ В КРИЗИСНЫХ И ТРУДНЫХ
ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ.
FEATURES OF CLINICAL PICTURE AND
DYNAMICS OF ACUTE DEPRESSIVE REACTIONS IN
WOMEN WHO ARE IN CRISIS AND DIFFICULT
SITUATIONS.**

Е.В.Кудинова

Областное Государственное Учреждение
Здравоохранения «Тамбовская Психиатрическая Клиническая
Больница», z4@ogbuztpkb.ru

Аннотация: В данной статье рассмотрены клиника и динамика острых депрессивных реакций у женщин, оказавшихся в кризисных и трудных жизненных ситуациях, особенности общественно-опасных действий, определяющиеся депрессивными идеями.

Annotation: This article describes the clinic and the dynamics of acute depressive reactions in women who find themselves in crisis and difficult life situations, especially socially dangerous actions determined by depressive ideas.

Ключевые слова: острые депрессивные реакции, их развитие, психо-травмирующие ситуации, психотическая депрессия, «реакция короткого замыкания», общественно-опасные действия.

Keyword: acute depressive reactions, their development, psychotraumatic situations, psychotic depression, "short-circuit reaction", socially dangerous actions.

В развитии острых депрессивных реакций выявляется определенная динамика с последовательной сменой различных психопатологических синдромов.

Развитию острых психогенных депрессивных реакций предшествует длительная, порой многолетняя психогенно-травмирующая ситуации, на высоте которых могут совершаться ООД. Психические травмы отличаются массивным и интенсивным воздействием, неразрешенностью и касаются наиболее значимых для женщин проблем. Чаще всего это сложная внутрисемейная обстановка, вызванная конфликтными отношениями с мужем, его алкоголизмом, изменами, жестоким обращением. По данным ВОЗ, жестокость, направленная против женщин, включая домашнее насилие – большая проблема во всем мире. Наиболее часто наблюдается и сочетанное действие различных психогенных факторов. Большинство женщин, у которых развиваются

острые психотические депрессивные реакции, обнаруживают психопатические черты тормозимого круга с преобладанием астенических и психастенических особенностей. Им свойственны неуверенность в себе, робость, нерешительность, замкнутость, склонность к застреванию на отрицательно окрашенных переживаниях, пессимизм, раздражительная слабость, ранимость.

При этом, несмотря на различное содержание и темп воздействия психогенно – травмирующих факторов, их объединяет такая особенность: психогенные переживания всегда имеют «ключевой характер» в соответствии с преморбидной структурой личности и ее системой ценностей. В условиях хронической психогенно – травмирующей ситуации на фоне нарастающего аффективного напряжения у женщин появляются подавленность, бессонница, повышенная утомляемость, раздражительность, слабость. На этом этапе депрессия протекает на невротическом уровне и принимает волнообразный характер в зависимости от ситуационных факторов. Неврастенический этап депрессивной реакции характеризуется лабильностью симптоматики и разнообразием клинических проявлений с преобладанием астеновегетативных расстройств. На невротическом этапе реактивной депрессии подавленное настроение сопровождается понижением психической активности и нарастанием волевых нарушений с отсутствием всяких попыток разрешения психотравмирующей ситуации, при этом у женщин отмечается постепенное сужение круга интересов и концентрация внимания на психотравмирующей ситуации, мысли о которой принимают доминирующий характер. Женщины с астенической и психастенической структурой личности уже на начальном этапе развития депрессивной реакции склонны к застреванию на отрицательно окрашенных переживаниях, пессимистически оценивают прошлое и будущее; отмечается фиксированность их переживаний на определенной тематике, выявляющей «несостоятельность» личности в данной ситуации, формируются идеи

малоценности, которые, однако, имеют нестойкий характер и могут подвергаться обратному развитию при изменении или разрешении ситуации. На невротическом этапе развития депрессивной реакции психогенно – травмирующая ситуация является стержневой в содержании переживаний женщин, формирующиеся идеи малоценности, отражают реальную ситуацию, носят психологически понятный характер.

Развитию и углублению депрессивного состояния способствует присоединение дополнительных астенизирующих соматических факторов, связанных с мощными вегетоэндокринными сдвигами в организме женщин: беременность, роды, осложнения послеродового периода, расстройства, связанные с наступлением климакса. Таким образом, соматогенный фактор, лежащий в основе изменения реактивности организма, с одной стороны, и ситуационно-психогенный – с другой, являются патологической почвой, способствующей развитию и углублению депрессивного состояния. Присоединение этих неблагоприятных факторов и временное изменение реагирующей почвы способствует неуклонному нарастанию депрессивного аффекта. При воздействии дополнительной острой психической травмы, связанной по содержанию с прежней психогенией, депрессия качественно видоизменяется и приобретает клинически очерченный психотический характер. Психопатологическая картина этого состояния характеризуется наличием тоски с чувством безысходности, тревоги, страха, отчаяния, появлением мыслей о неразрешимости сложившейся ситуации, пессимистической ее оценкой.

На высоте острого депрессивного состояния совершаются общественно опасные действия, часто направленные против близких (убийства детей, внуков, мужей) и отличающиеся жестоким, агрессивным характером, а также попытки самоубийства.

При углублении депрессии у женщин возникает сосредоточенность на узком круге переживаний с элементами

сверхценного отношения к ним, появляются мысли о безнадежности сложившейся ситуации, пессимистическая ее оценка, чувство глубокого отчаяния, острого горя. Тяжелая жизненная ситуация женщинами расценивается как невыносимая. У них возникает ложное умозаключение об отсутствии выхода из создавшегося положения, появляются суицидальные мысли, формируются сверхценные идеи о «бесмысленности, никчемности существования». На этом этапе нередким является возникновение депрессивных идей самообвинения и малоценности, тоска достигает глубокой степени, приобретая витальный характер.

Таким образом, этап развернутой клинической картины реактивной депрессии характеризуется формированием бредовых идей из сверхценных идей, и отражают патологическую переработку психотравмирующей ситуации. В случаях, где совершаются ООД характер правонарушений определяется депрессивными идеями, отчетливо выявляется патологическая мотивация противоправных действий – убийства совершаются из чувства «сострадания» к близким.

На этапе развернутой клинической картины реактивной депрессии в структуру ее включаются симптомы депрессивной дереализации, явления психической анестезии с тягостным переживанием отсутствия чувств и эмоций, соматические эквиваленты депрессии. Указанные психопатологические феномены, тесно связанные с ведущим аффектом тоски, подчеркивают витальный характер психопатологических расстройств и отражают психотический регистр психических нарушений.

Наиболее острый, бурный характер острого депрессивного состояния отмечается в послеродовом периоде. При этом формирование депрессивных идей тесно связано с наличием тематики, свойственной послеродовому периоду – опасение за здоровье новорожденного ребенка, переживания, связанные с началом кормления, мысли о собственной беспомощности, неспособности воспитать ребенка. При

углублении депрессии у женщин появляются мысли о том, что они и их дети никому не нужны, что «не стоит жить», формируются депрессивные идеи. В этих случаях также имеет место патологическая мотивация опасных действий, когда на высоте депрессивного состояния женщины совершают убийства новорожденных с целью «избавить их от дальнейших страданий».

Особенно остро формируются психотические депрессии в случаях «расширенных самоубийств», при которых депрессивные идеи, приобретают стойкий, систематизированный характер и к моменту совершения опасных действий мысли о гибели, никчемности существования достигают апогея. На высоте тоскливого аффекта с депрессивными идеями и чувством безысходности женщины совершают убийства детей и попытки самоубийства, «избавляя» таким образом себя и близких от «дальнейших страданий». В случаях расширенных самоубийств к моменту совершения опасных действий депрессия имеет клинически очерченный психотический характер, развивается острое депрессивное состояние, сопровождающееся тоской с чувством безысходности, по глубине и выраженности достигающей витального уровня, страхом, отчаянием, депрессивными идеями о «неминуемой гибели», достигающими бредового уровня.

Развитие острой депрессивной реакции характеризуется еще более острым нарастанием психотической симптоматики. Психопатологическая картина этого периода характеризуется беспредельной витальной тревогой, сопровождающейся ощущением надвигающейся катастрофы и ожиданием непоправимой беды, тоской с чувством отчаяния и безысходности, ажитацией, двигательным возбуждением, агрессивными и аутоагрессивными действиями.

На высоте острого депрессивного состояния тревога имеет психотический характер, ей сопутствует витальный аффект страха с чувством угрозы жизни. В случае ООД

состояние женщин характеризуется глубоким расстройством сознания, нередко по типу сумеречного, явлениями психической анестезии, тревожным возбуждением, агрессией, сопровождающейся автоматизмом действий с последующей амнезией периода ООД и ощущением чуждости содеянного.

ООД совершаются на высоте острого психотического состояния по механизму «реакции короткого замыкания». В этих случаях наблюдается особый драматизм предшествующей ООД психотравмирующей ситуации, при которой имеют место объективные продолжительные травмирующие воздействия, глубоко затрагивающие достоинство личности.

Это сложная семейная обстановка, связанная с издевательствами, моральными и физическими истязаниями со стороны мужей, их алкоголизацией. Действия мужей имели неправомерный, противозаконный, а порой и аморальный, циничный характер, сопровождалась насилием, тяжкими оскорблениями, террором в отношении женщин и их детей.

Что касается характера ООД, то в данной группе во всех наблюдениях совершались тяжкие криминальные действия, которые были направлены на непосредственных обидчиков, виновников психотравмирующих переживаний. Во всех случаях ООД, совершаемые женщинами на высоте психотических депрессивных реакций, отличались особой жестокостью, агрессивные действия носили чуждый, не свойственный для данной личности характер.

Женщины этой группы скрывали семейную ситуацию от окружающих, терпеливо сносили оскорбления.

Это состояние характеризуется всеми присущими глубокой депрессии признаками, взрывным характером агрессивных действий, нарушением сознания, явлениями двигательного автоматизма с импульсивными действиями, ощущением «двойной силы», полной или частичной амнезией периода ООД.

Важно отметить, что в этих случаях после правонарушения отмечается истощение аффекта,

выражающееся в состоянии психической и физической расслабленности, чувстве облегчения после нестерпимого аффективного напряжения.

Дальнейшая динамика реактивного состояния неразрывно связана с острым психотическим состоянием и отражает, с одной стороны, его глубину и психотический характер, а с другой – психогенную природу. Динамика депрессии отличается прогрессивностью. Острая психотическая депрессия переходит в затяжную фазу, что проявляется в последующей тенденции к углублению, утяжелению психопатологической симптоматики. У женщин наблюдается моторная и идеаторная заторможенность, растерянность, бессонница, суицидальная настроенность, тоска, подавленность. Депрессия нередко сопровождается ажитацией, женщины предпринимают серьезные суицидальные попытки, «расширенные самоубийства».

В случаях, где ООД совершаются в инволюционном периоде, после криминальных действий депрессия носит особенно глубокий, тяжелый, витальный характер, депрессивный синдром более сложен по своей структуре, нередко отмечается формирование и разработка бредовых депрессивных идей виновности и самоуничтожения, появляются бредовые идеи осуждения. При этом реактивные психозы имеют затяжное течение и неблагоприятный прогноз, что связано с необратимостью наступающих в период инволюции изменений реагирующей почвы.

Таким образом, острые депрессивные реакции развиваются у женщин в условиях длительной объективно трудной и субъективно значимой психогенно-травмирующей ситуации при сочетанном воздействии дополнительных психогений и астенизирующих факторов. Эти факторы обусловлены вегетативно-эндокринными сдвигами в связи с генеративными периодами и возрастом обратного развития, определяющими изменение реагирующей почвы.

5. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ОКАЗАВШИМСЯ В КРИЗИСНЫХ И ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЖАЛОБ В ТРУДНЫХ ЖИЗНЕННЫХ СИТУАЦИЯХ У СТУДЕНТОК С РАЗНЫМИ МЕТАКОГНИТИВНЫМИ ОЦЕНКАМИ

FEATURES OF PSYCHOSOMATIC COMPLAINTS IN DIFFICULT LIFE SITUATIONS AMONG STUDENTS WITH DIFFERENT METACOGNITIVE EVALUATION

В.М. Бызова, А.Е. Ловягина

Санкт-Петербургский государственный университет,
psygen66@mail.ru

Исследование поддержано грантом РФФИ 18-013-00256а
"Эффективность метакогнитивных стратегий принятия решений
в условиях неопределенности и трудных жизненных ситуаций"

Аннотация: В статье представлены результаты исследования психосоматических жалоб в трудных жизненных ситуациях у студенток младших курсов высшего учебного заведения. Проанализированы взаимосвязи психосоматических жалоб и метакогнитивных оценок. Предложена анкета для диагностики метакогнитивных оценок в трудных ситуациях. Предложены приемы коррекции и профилактики психосоматических жалоб студенток посредством совершенствования их навыков саморегуляции.

The summary in English: This article presents the results of a study of psychosomatic complaints in difficult life situations among female students of junior courses of higher education. The relationship of psychosomatic complaints and met cognitive evaluations reanalyzed. The questionnaire for the diagnosis of met cognitive

assessments in difficult situations is proposed. Correction and prevention of psychosomatic complaints of female students are suggested to be carried out by improving their self-regulation skills.

Ключевые слова: трудные жизненные ситуации, психосоматические жалобы, метакогнитивные оценки

Key words: difficult life situations, psychosomatic complaints, metacognitive evaluation

Введение: По мнению многих специалистов, причиной психосоматических нарушений, особенно у девушек, являются недостаточно эффективная саморегуляция в трудных жизненных ситуациях [1, 2]. При изучении трудных ситуаций, психологи акцентируют внимание не на объективных факторах данных ситуаций, а на субъективных – как человек воспринимает и оценивает эти ситуации, как к ним относится, как регулирует свое поведение и состояние [3, 4]. В качестве важного условия эффективной саморегуляции рассматривается умение применять метакогнитивные знания в процессе управления собой [5].

Организация исследования. Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязей между уровнем метакогнитивных оценок в трудных жизненных ситуациях и выраженностью психосоматических жалоб. Диагностика метакогнитивных оценок проводилась с помощью разработанной А. Е. Ловягиной анкеты «Трудности самоуправления» (табл.1). Перед заполнением анкеты давалась инструкция: «Вспомните наиболее трудную ситуацию в своей жизни и опишите её. Если Вы не можете выбрать одну ситуацию, то опишите несколько ситуаций. Оцените, что вызывает у Вас затруднения в данной ситуации (ситуациях)». Показатели психосоматических жалоб определялись по Гиссенскому опроснику Е. Брюхлер и Дж. Снер (GiesenerBeschwerdebogen, GBV), адаптированому в 1993 г. В.А.Абабковым, С.М. Бабиным, Г.Л. Исуриной в НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Выборка испытуемых: 92 студентки в возрасте 19-21 года, обучающиеся на 2-3 курсах факультетов психологии

и биологии высших учебных заведений С-Петербурга. Для обработки данных использовался корреляционный анализ (коэффициент корреляции r -Пирсона).

Таблица 1. Анкета «Трудности самоуправления»

Причины затруднений	да, это так	Пожалуй, верно	Иногда верно, иногда неверно	Пожалуй, неверно	нет, это совсем не так
1. Не могу сконцентрироваться на том, что нужно					
2. Постоянно отвлекаюсь					
3. Затрудняюсь вспомнить нужную информацию					
4. Не могу запомнить то, что нужно					
5. Затрудняюсь проанализировать ситуацию, не могу понять в чём проблема.					
6. С трудом соображаю, как лучше поступить в данной ситуации,					

что надо делать и т.п.					
7. Трудно активизироваться, преодолеть лень, апатию					
8. Трудно затормозиться, остановиться					
9. Затрудняюсь сдержать раздражение, злость, гнев					
10. Затрудняюсь справиться с волнением, страхом.					
11. Трудно действовать энергичнее, активнее					
12. Трудно действовать медленнее, спокойнее					
13. Не могу решиться и начать действовать					
14. Не могу проявить настойчивость и довести дело до конца					

Другое <i>Если хотите укажите другую причину затруднений:</i>					
БАЛЛЫ	5	4	3	2	1

Результаты исследования и их обсуждение. В качестве наиболее трудных ситуаций студентки указали: серьезную болезнь или смерть близких людей (21,2%); экзамен и подготовку к нему (32,5 %). Также, по мнению многих студенток, наиболее трудными являются ситуации общения - диалоги, споры и конфликты со значимыми для девушек людьми (31, 7 %). В качестве значимых людей студентки указывали родственников или партнеров противоположного пола или компании друзей. Некоторые девушки, отметили, что наиболее затруднительными для них являются новые или необычные ситуации (5,6 %) и ситуации, когда надо действовать в условиях дефицита времени (4,2 %). Необходимо отметить, что не все студентки конкретно описали трудные ситуации, некоторые (4,8 %) дали ответы, что для них наиболее трудными являются ситуации, когда они испытывают страх, раздражение, гнев, сильно переживают и т.п. Таким образом, на первый план в оценках вышло не содержания ситуации, а эмоции, которые она вызывает. Обращает на себя внимание тот факт, что для некоторых студенток наиболее трудными являются ситуации учебного процесса: выступление на семинаре, сдача норматива по физкультуре и т.п. Полученные данные немного отличаются от описаний трудных ситуаций, полученных в исследованиях А.О. Прохорова [4].Эти различия объясняются возрастными различиями респондентов. По данным А.О. Прохорова женщины среднего возраста в качестве трудных ситуаций чаще указывают болезнь или смерть близких людей (так, как они чаще сталкиваются с такими ситуациями, чем молодые девушки) и очень редко экзамен и подготовку к нему (потому, что их обучение, как правило, уже завершено и экзамены сдавать не нужно).

При анализе метакогнитивных оценок по анкете «Трудности самоуправления» (табл.1) было установлено, что наибольшие затруднения у девушек вызывает контроль волнения и страхов (вопр. 10 $M_{10}= 3,619$, $\sigma= 1,184$ и управление процессами внимания (вопр. 1 $M_1= 3,184$, $\sigma= 1,185$; вопр.2 $M_2= 3,065$, $\sigma= 1,193$). По оценкам студенток меньше всего трудностей они испытывают регулируя мыслительные процессы (вопр. 5 $M_5= 2,271$, $\sigma= 1,100$; вопр.6 $M_6= 2,304$, $\sigma= 1,136$).

Анализ выраженности психосоматических жалоб студенток выявил доминирование жалоб «Истощение» ($M_{и}= 8,271$, $\sigma= 4,854$). Жалобы на недомогания, связанные с сердцем, желудком и суставами у девушки менее выражены ($M_{ж}= 3,173$, $\sigma= 3,243$; $M_{ст}= 5,858$, $\sigma= 3,243$; $M_{ср}= 3,423$, $\sigma= 3,436$). Таким образом, психосоматические нарушения студенток в большей степени связаны с нервно-психическим утомлением и снижением работоспособности.

Выявленные посредством корреляционного анализа взаимосвязи между метакогнитивными оценками и показателями психосоматических жалоб представлены в Табл. 2. У студенток, которым труднее управлять своим вниманием – концентрироваться и сохранять устойчивость, отмечаются более выраженные жалобы на снижение работоспособности и более высокая интенсивность всех психосоматических жалоб. Взаимосвязи между данными показателями, очевидно, объясняются тем, что направленность сознания на самочувствие сопровождается переживаниями, беспокойством, тревогой и т.п. Девушкам трудно «отключиться» от мыслей о своем здоровье и плохом самочувствии и сосредоточиться на какой-то деятельности. Студентки, которые хуже справляются с волнением и страхом чаще жалуются на головную боль, ломоту в суставах, чувство тяжести во всем теле и т.п. По-видимому, данные проявления обусловлены умением волевыми усилиями «вытеснять» тревожные мысли и болезненные ощущения, переключаясь на процесс деятельности.

Таблица 2. Значимые коэффициенты корреляций (критерий r- Пирсона) между метакогнитивными оценками и показателями психосоматических жалоб у студентов

Метакогнитивные оценки	Психосоматические жалобы (недомогания)				Интенсивность всех жалоб
	Ощущение слабости	боли в желудке	Боли в суставах, теле	Боли в сердце	
Концентрация внимания	0,271 p≤ 0,01	–	–	–	0,259 p≤ 0,05
Устойчивость внимания	0,213 p≤ 0,05	–	–	–	0,231 p≤ 0,05
Активизация	0,279 p≤ 0,01	0,234 ≤0,05	0,299 p≤ 0,01	0,268 ≤ 0,05	0,352 p≤ 0,001
Волевание, страх	–	–	0,224 p≤ 0,05	–	0,219 p≤ 0,05
Решительность	–	–	0,249 p≤ 0,05	–	–
Настойчивость	0,303 p≤ 0,01	–	0,262 p≤ 0,05	0,296 ≤ 0,01	0,325 p≤ 0,01

Как видно из табл. 2. самооценки волевых процессов – решительности и настойчивости, также, взаимосвязаны с психосоматическими жалобами. Затруднения в проявлении решительности взаимосвязаны с интенсивностью болезненных ощущений. Чем сильнее выражены боли, тем труднее принять решение и начать действовать. Правомерно предположить, что данная взаимосвязь объясняется подсознательным желанием оградить свой организм от лишних нагрузок. Трудности проявления настойчивости связаны с увеличением всех психосоматических жалоб (кроме, жалоб на расстройства

желудочно-кишечного тракта). Данные взаимосвязи могут быть обусловлены типологическими особенностями – выраженностью силы нервной системы. Для слабого типа нервной системы характерна высокая чувствительность и, соответственно, повышенная восприимчивость к болезненным ощущениям, утомлению и т.п. Сила нервной системы является нейродинамическим компонентом структуры воли. Выраженность силы нервной системы (наряду с мотивационным компонентом) обуславливает проявление волевых качеств. Поэтому, чувствительность нервной системы может обуславливать и усиление психосоматических жалоб, и затруднения в проявлении настойчивости.

Заключение. Полученные данные подтверждают наличие достаточно тесных связей между метакогнитивными оценками самоуправления и психосоматическими жалобами в трудных ситуациях. Особенно сильно психосоматические жалобы взаимосвязаны с умениями активизироваться и проявлять настойчивость. Эти умения, так же как и другие навыки самоуправления, можно совершенствовать с помощью психолого-педагогического консультирования, психотехнических игр, тренингов личностного роста. Таким образом, совершенствование навыков самоуправления–повышение настойчивости, формирование умений активизироваться и преодолевать лень, развитие концентрации и устойчивости внимания – может способствовать снижению психосоматических жалоб, и тем самым, положительно влиять на сохранение здоровья студентов.

Литература

1. Александр Ф. Г. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: Эксмо-Пресс, 2002. 352 с.
2. Бызова В. М. Негативные эмоции и состояния молодежи как фактор риска психосоматических нарушений // Психология человека в условиях здоровья и болезни:

материалы 5-й Междунар. науч.-практ. конф. 5–6 июня 2015. Тамбов, 2015. С. 324–327.

3. Бурлачук Л.Ф., Михайлова Н.Б. К психологической теории ситуации // Психологический журнал, 2002. Т. 23. № 1. С. 5-17.

4. Прохорова А.О. Саморегуляция психических состояний. Феноменология, механизмы, закономерности М.: ПЭР СЭ., 2005 с.32- 38

5. Schraw G., Crippen K.J., Hartley K. Promoting self-regulation in science education: Metacognition as part of a broader perspective on learning // Research in Science Education, 2006. 36. P. 111 – 139.

**ПРИМЕНЕНИЕ ДУХОВНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ
ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ**
**APPLICATION OF SPIRITUAL-ORIENTED
PSYCHOTHERAPY IN CONDITIONS OF FORCED
TREATMENT**

А.К.Гажга, Т.Н.Глазкова, О.В.Тудупова

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая
больница», glazkovatanja@rambler.ru

Аннотация: В статье представлен опыт использования духовно-ориентированной психотерапии, с участием священнослужителя, в отделении принудительного лечения психиатрической больницы. Проанализированы результаты психологического обследования участников группы. Показано, что практическое применение духовно-ориентированной психотерапии в 99% приводит к стойкой ремиссии и снижению социальной опасности пациентов с психическими расстройствами.

Abstract: The article presents the experience of using spiritually oriented psychotherapy, with the participation of a clergyman, in the compulsory treatment department of a psychiatric hospital. The results of the psychological examination of the group members are analyzed. It is shown that the practical application of spiritually oriented psychotherapy in 99% leads to a stable remission and a decrease in the social danger of patients with mental disorders.

Ключевые слова: психотерапия, духовно-ориентированный, принудительное.

Keywords: psychotherapy, spiritually-oriented, compulsory.

В настоящее время большое внимание уделяется созданию специфической психотерапевтической среды для больных, находящихся на принудительном лечении. Преимущественно это связано с тем, что общепринятые реабилитационные методы терапии психических расстройств оказываются неэффективными для пациентов, совершивших общественно опасные деяния. В тоже время принудительное лечение не может быть сведено только к биологической терапии психически больных, так как основной его целью является постепенная коррекция структурных и динамических образований личности пациента с целью адаптации к социальным нормам и эталонам поведения [1].

Внедрение духовно-ориентированной психотерапии в деятельность специализированных психиатрических клиник и отделений в последние годы происходит на волне смены парадигм: «Медикобиологическая парадигма построения и реализации психиатрического лечения уступает место биопсихосоциальной парадигме, связанной с дополнением психофармакотерапии разными формами психологической и психосоциальной помощи больным, что в частности, проявляется, в усилении компонента психосоциальной реабилитации и психотерапии. На этом пути возникает целый ряд проблем. В отечественной психиатрии пока нет единого мнения

о месте и роли психосоциальной реабилитации и психотерапии в системе психиатрической помощи, нет согласованных организационных форм реабилитационной деятельности» [2].

По мнению А.С. Дмитриева, больной, находящийся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, должен выстроить такую систему ценностей и личностных смыслов, которые в дальнейшем станут внутренним регулятором поведения и деятельности пациента в социуме [2].

Известно, что когда человек излишне склонен к самонаблюдению, рефлексии и анализу причин своих проблем или поведения, он перестает адекватно воспринимать реалии своей жизни и замечать имеющиеся у него благоприятные возможности. Так, для больных, проходящих принудительное лечение, изолированная обстановка является внешним толчком, стимулом к повышению саморефлексии (общественно опасные деяния, отрицательный опыт, травмирующие события и др.), которая зачастую противоречит позитивному самоотношению, а нередко и самоуважению. В результате это приводит к тому, что в жизненной позиции человека начинает доминировать пассивность, а психоэмоциональное состояние приобретает негативный оттенок.

Одним из эффективных методов, направленных на то, чтобы противодействовать чрезмерной концентрации на себе, совершенном общественно опасном действии и имеющихся проблемах, является метод духовно-ориентированной психотерапии [3].

Данный метод дает мощный импульс к физиологическому и духовному восстановлению человека, поскольку в его основе заложен не только прочный фундамент в религиозно-культурной традиции, но и обращение к духовному началу в человеке, то есть к тому, что выше психики. Подобная психотерапия является не просто безмедикаментозным вербальным лечением, ориентированным на психофизического человека, его ум, волю и чувства, но, прежде всего, она направлена на невидимые и анатомически нелокализованные в человеке «органы» - дух, совесть и душу.

В настоящее время исследования по применению метода духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного лечения практически отсутствуют. Таким образом, разработка и применение новых методов психотерапевтической работы с пациентами судебно-психиатрического профиля остается важной научно-практической проблемой.

Цель исследования – оценить результаты применения метода духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного стационарного лечения.

Для выполнения исследования был отобран 23 пациента, из числа находившихся на принудительном стационарном лечении. В исследуемой группе 56,5% пациентов имели диагноз шизофрения, 4,3% - шизотипическое расстройство, 4,3% - хроническое бредовое расстройство, у 34,9% пациентов диагностированы смешанные и другие расстройства личности.

Большинство участников группы (16 человек (69,56%)) совершили насильственные общественно опасные действия. Повторно совершали правонарушения 8 человек (34,7%), впервые -15 человек (65,3%).

Психодинамическая группа закрытого типа с духовно-ориентированной направленностью проводилась 2 раза в неделю. Продолжительность каждой сессии не превышала 90 минут, а общее число сессий -15. Группы были гетерогенны по нозологической принадлежности, численностью 11 человек и 12 человек (2 группы). Ведущими были врач-психотерапевт, медицинский психолог, священнослужитель.

Для объективации результатов исследования использовались шкала самооценки личностной тревожности Спилбергера-Ханина и субшкалы теста смысложизненных ориентаций (Леонтьев Д.А.), которые были проведены до и после занятий.

Обработка данных проводилась в программе SPSSforWindows 7.0.

По результатам исследования, у 18 (78,2%) участников групповой психотерапии изначально отмечалось искаженное

представление о прохождении принудительного лечения, что данные пациенты считали себя в «тюрьме», где отбывают срок за общественно опасные действия. В процессе дискуссии участникам предлагалось размыслить над кризисными ситуациями, с позиции Закона Божьего, ответив на вопросы: Что хорошо? Как можно использовать то, что есть? Каким ты должен стать? Что нужно предпринять, чтобы ситуации разрешилась? и др. В результате, за счет уменьшения фиксации на негативном опыте и размышлении о смысле жизни, у пациентов происходило изменение направленности локуса контроля в их личностной организации.

Исследование показало, что до и после применения метода духовно-ориентированной психотерапии отмечается положительная тенденция в сторону увеличения субшкал – «Я» ($19,78 \pm 1,54$ и $27,11 \pm 1,58$) и «Жизнь» ($22,11 \pm 1,43$ и $29,16 \pm 1,51$) и личностной тревожности ($43,18 \pm 1,53$ и $33,87 \pm 1,13$). В связи с чем у пациентов появилась возможность увидеть сильные стороны своей личности, принять новую модель поведения через выполнение заповедей Божьих и постоянной борьбы с грехами через покаяние.

Проведенное исследование показало, что применение метода духовно-ориентированной психотерапии с больными, находящимися на принудительном лечении, помогает уменьшить личностную тревожность, сфокусироваться на позитивных и жизнеутверждающих установках личности, найти способы реализации планов в процессе социализации, узнать и осознать причины своего поведения в аспекте их решения, а также снизить вероятность повторного совершения общественно опасного деяния.

Литература

1. Бабин С.М. Психотерапия психозов: практическое руководство. СПб.: СпецЛит, 2012, 335с.
2. Дмитриев А.С., Морозова М.В. и др. Выписка со стационарного принудительного лечения как стрессовый фактор

и пути его преодоления (психологический аспект)//Российский психиатрический журнал, 2009. №1. С.4-9.

3. Комарова Ю.М. Особенности проведения психотерапии и психокоррекции в условиях психиатрического отделения специализированного типа // Сборник статей и тезисов Межрегиональной научно-практической конференции «Проблемные вопросы теории и практики принудительного лечения». СПб.: Альта Астра, 2015. С.43-46.

ГЕРОНТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СПЕЦИФИКА ОБСЛУЖИВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

GERONTOPSYCHOLOGY SPECIFICS OF CARE IN INSTITUTIONS FOR THE ELDERLY

Н.Б. Николюкина

Тамбовский государственный университет имени.

Г.Р. Державина.

Аннотация: Статья посвящена проблемам пребывания пожилых людей в домах-интернатах и их обслуживании.

The summary in English: The article is devoted to problems of stay of elderly people in boarding houses and their care.

Ключевые слова: старшее поколение, обслуживание, психологическая помощь, зависимость, общение.

Key words: older generation, care, psychological help, addiction, communication.

Современная демографическая ситуация обуславливает необходимость осмысления ряда проблем, связанных с процессом старения населения Земли. Перед каждым человеком рано или поздно возникает вопрос о смысле и образе дальнейшей жизни: как быть старым? Оптимально возможное психологическое самочувствие является, в частности, одним из

главных условий позитивной старости, немаловажная его составляющая - ощущение пожилым человеком собственной необходимости не только для близких ему людей, но и для социума в целом. В спокойные периоды развития истории старшее поколение пользовалось большим уважением, оно символизировало преемственность и стабильность, являлось хранителем культурных ценностей и норм. В современной России процесс старения населения происходит на фоне формирования новых ценностных ориентаций. Изменились природа и структура семейно-родственных отношений, снизился уровень поддержки пожилых людей со стороны молодого поколения, современные российские реалии способствуют отказу детей от родителей, форме отчуждения между самыми близкими людьми.

Одной из самых трудных ситуаций, которую должны преодолеть старые люди, является переселение в учреждения для престарелых (дом-интернат для престарелых и инвалидов). Слом привычного уклада жизни - переломный момент в жизни старого человека. Переселение в учреждение ведет к резкому изменению привычных способов жизнедеятельности. Жизнь в таких учреждениях требует новой адаптации, так как она строго подчинена порядку проживания в данном учреждении. Обитатели должны овладеть общими правилами общежития. Они могут общаться со сверстниками, устанавливать с ними дружеские отношения. Однако, в интернатах отсутствует такой важный фактор продолжения социально-психологического развития пожилых людей, как интенсивное общение между разными поколениями. Каждое поколение с новых, своеобразных позиций рассматривает социальные события, жизненные ситуации, общественно-исторические изменения в социуме. В процессе межпоколенного общения пожилые люди пересматривают свой жизненный опыт, определяют место того, что было ими создано, в аспекте нового уровня развития общества. В данных учреждениях старые люди ощущают себя ненужными, их самооценка резко снижается. Стрессовым толчком является сам факт переезда в подобные учреждения, и в

связи с этим огромное значение приобретает ожидаемая помощь и поддержка пожилым людям со стороны обслуживающего персонала. На этом фоне, отмечает О.В. Краснова, особое значение приобретает направленная работа по социально-психологической адаптации пожилых людей к условиям учреждения и работа по обучению обслуживающего персонала. Переезжая в обозначенные учреждения, люди теряют возможность контролировать события, принимать решения, строить планы собственной жизни.

Геронтологи пытаются разработать приемы психологической помощи людям, проживающим в специализированных учреждениях, найти способы и средства, чтобы повысить их активность. Современные исследования показывают, что когда люди оказываются в сложных ситуациях, негативные воздействия стресса могут быть снижены, если субъекты считают, что имеют возможность отчасти влиять на события, вызывающие напряжение. Специалистам обслуживающим данную категорию граждан необходимо рекомендовать предоставление свободы выбора в повседневной жизни пожилым людям. В реальности же обслуживающий персонал использует различные тактические приемы, чтобы лишить людей свободы выбора [1, с.210].

Вышеизложенное позволяет подчеркнуть, что период старости является уникальным по своей неповторимости накопленного социального опыта и возможности поделиться им с другими поколениями. При обслуживании людей пожилого возраста это необходимо учитывать.

Литература:

1. Я контролирую ситуацию и очень этому рад / Роджерс Хок. 40 исследований, которые потрясли психологию. Секреты выдающихся экспериментов. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.

СТРАХИ ПРИЁМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ THE FEARS OF ADOPTIVE PARENTS

*Н.И. Шигорева, действительный член
Профессиональной Психотерапевтической Лиги*

Муниципальное бюджетное учреждение
«Центр психолого – педагогической, медицинской и
социальной помощи», psi-centertmb@yandex.ru

Аннотация: В данной статье рассмотрены основные законы семейно – родовой системы, влияющие на усыновление детей. Детально раскрыта специфика страхов, возникающих у приемных родителей и работа консультанта при проведении кризисной интервенции в данных случаях. Приведены примеры влияния биологической и приемной семьи на жизнь детей.

The summary in English: In this article the basic rules of the laws of the family - gen system about adoption are considered. The fears of adoptive parents and crisis interventions are in details opened. Examples influences of biological family and adoptive family on children lives are given.

Ключевые слова: страхи, усыновление, биологическая семья, семья усыновителей, кризисная интервенция, законы семейно – родовой системы.

Keywords: fears, adoption, biological family, adoptive family, crisis intervention, the laws of the family –gen system

Воспитание ребенка – это достаточно сложный и длительный процесс, тем более, воспитание приемного ребенка. В жизни приемных родителей могут присутствовать не только положительные, но, и негативные эмоции, в том числе, различные страхи. Причинами их страхов, по – мнению Л.В. Петрановской, являются: - собственный негативный детский опыт, - страх осуждения, оценки со стороны других людей, - наличие в современном обществе противоречивых моделей воспитания.[1]

Как специалист, ориентирующийся на первостепенную роль семейно – родовой системы в жизни каждого человека, в том числе и приемного ребенка, хочу добавить результаты собственных наблюдений. Большинство страхов, относящихся к приемным детям, как правило, носят неосознаваемый характер и связаны с тем, что эти дети принадлежат другой семейно – родовой системе. В некоторых странах нет тайны усыновления, там дети знают, что они приемные, им разрешают общаться с родителями, ведь именно от них они получили величайший дар – жизнь.

В семьях, где тайно усыновили ребенка, у приемных родителей могут быть следующие страхи:

1. Страх того, что вследствие общения с родной семьёй, кровные родители заберут ребенка или он сам уйдет из приемной семьи. Достаточно часто, реакцией на данный страх, к сожалению, выступает обесценивание кровных родителей окружающими людьми, в том числе, приемными родителями. Позиция вычеркивания биологических родителей из жизни ребенка, противопоставление их как «врагов», от которых может исходить только зло, для самого ребенка становится подобно отречению от своей семейно – родовой системы, в которую ребенок входит по факту рождения, и для него жизненно важно знать свои родовые корни, уважать предков. Даже если ребенок заявляет, то, что он сам не желает видеть кровных родителей, на самом деле, за этим стоит его боязнь причинить боль приемным родителям. Очевидно то, что на жизнь приемного ребенка оказывает системное влияние история его родительской семьи, даже если он о ней (на уровне сознания!) ничего не знает, а на его социализацию – история его приемных родителей, причины усыновления, их страхи. В таких случаях особенно большим бывает страх у женщин, так как на уровне бессознательной части своего внутреннего мира, у них есть ощущение, что они отнимают детей у других женщин. Чем более запретна тема родных родителей, тем страх больше. Но, если женщины смогут (хотя бы в своей душе), поблагодарить женщину, родившую приемного ребенка, страх, как правило, исчезает.

Дети всегда любят своих родителей, даже если их оставили в детском доме, жестоко обращались в детстве. В детском сердце может жить любовь к родным и к приемным родителям одновременно. Поэтому, опекунам не стоит опасаться того, что ребенок перестанет их любить, когда узнает о родных родителях.

2. Страх негативного влияния ребенка на родных детей.

По экспертным оценкам психологов, приём сирот позволяет кровным детям безболезненно становиться взрослыми, а их родителям легче привыкать к этапу «пустого гнезда». Кровные дети быстрее выздоравливают, меньше болеют, так как родители перестают чрезмерно беспокоиться о здоровье детей.[2]

3. Страх того, что другие члены семьи, другие люди будут негативно относиться к сиротам. Несомненно, нужно заранее разговаривать на эту тему с близкими людьми. Специалисты выяснили то, что в первые два года мужчины начинают чувствовать свою значимость для семьи, усиливается их эмоциональная близость с женой. А как отнесутся к появлению сирот в семье другие люди (соседи, врачи и т.д.) – давайте, оставим это на их совести! [2]

4. Страх того, что приемные дети станут похожими на своих родных родителей. Если ребенку говорят: «Да, твой отец был плохим человеком, только не будь таким, как он», то ребенок из верности отцу, невольно будет стремиться стать таким как он. Но, если приемные родители в душе сохраняют уважение к кровным родителям ребенка, его семейно – родовой системе, к тому, что доверенные им дети имеют право стать такими, как их родители, только тогда, дети обретают свободу, для того, чтобы развиваться, взяв у родителей лучшее и отпустив негатив.[3]

Пример. К консультанту обратилась клиентка 23 –х лет, с желанием «перестать ненавидеть своих родителей». В ходе беседы оказалось, что о том, что она – приемный ребенок, она узнала только в 17 лет. У приемных родителей давно умер старший ребенок. Всю жизнь её сравнивали с ним, и у клиентки было чувство, что она недостаточно хороша для мамы и папы, что она хуже своего брата. Работа консультанта шла по двум

направлениям: - помочь клиентке «подключиться» к родной семейно – родовой системе, т.е. мотивировать её на поиск биологических родителей; - помочь клиентке осознать, почувствовать то, что происходило с приемными родителями (наличие непроработанной ситуации потери). В данной ситуации у приемных родителей было неосознанное стремление «заменить родного сына», чтобы справиться с потерей. С помощью техник гештальт консультирования клиентка смогла приблизиться к приемным родителям. С помощью ресурсов интернета, она нашла своих родителей. Оказывается, они были ещё старшеклассниками, когда узнали, что ждут ребенка. По настоянию взрослых они были вынуждены оставить дочь в Доме Малютки и только после армии, поженившись, обратились за ребенком, но, получили отказ. В итоге у клиентки улучшились отношения с приемными родителями, она нашла свою родную семью.

5.Страх того, как рассказать ребенку о том, что он - приемный. В зависимости от возраста и личной истории, беседа на эту тему может состояться и в виде сказочного рассказа, заполнения страницы из «Книги жизни», в процессе создания фотоальбома и т.д. Помните то, что, если ребенок узнает об усыновлении поздно, независимо от кого он это узнал, то, это открытие всегда становится для него шоком, крахом доверия в отношениях с родителями. Отказ ребенку на право знать историю своего происхождения, показывает ему, что он какой – то «не такой как все». И, как правило, за этим следуют побег из дома, ранние партнерские отношения, наркомания и т.д. Детям нелегко, но, крайне важно знать правду, обрести свою идентичность, принять и признать свою семейно – родовую систему, отличную от других судьбу.[3]

Пример. В соответствии с законами семейно – родовой системы, тайны могут вызывать различные сильные негативные чувства, такие как неосознанный страх, вина, депрессивное состояние, и т.д. Неоднократно, дети и подростки, не знающие о том, что один из родителей был когда- то усыновлен, своими проблемами (психосоматикой, поведением) невольно

«выявляли» эту тайну. Часто многие из них хотят, когда вырастут, взять детей из детского дома, ухаживать за инвалидами. Приемный ребенок внутренне очень раним, им владеют чувства одиночества, сомнения в праве на жизнь, страхи и т.д. Часто дети тайно ищут свои семьи, ведь для них любое знание о кровной семье, даже если оно ужасно, лучше, чем незнание.

Родные родители часто также негативно относятся к приемным, т.к. испытывают болезненные чувства: вины, боли, гнева, страха, родительской несостоятельности. Большинство женщин, отдавших детей говорят, что будь у них поддержка, они бы не оставили ребенка, что если было бы возможно, вернуть прошлое, они бы не сделали так никогда.

Приемные дети – это всегда глубоко травмированные дети, даже если они не помнят о своих ранних детских травмах. Все дети – хорошие, трудных детей не бывает. Трудной может быть семейно – родовая система, потому, что кто –то исключен из системы. Все родители – хорошие. Они бывают недоступными для детей потому, что «погружены» в свои семейно - родовые истории и их сердце тоже любит какого – то родственника, того, кого в силу трагической судьбы, отвергли близкие и чьей истории жизни, его родители, возможно, неосознанно, следуют.

6.Страх того, что не получится воспитать достойного человека, страх того, что может прозвучать негативная оценка со стороны других людей. Трудности воспитательного процесса бывают во всех семьях, а не только в приемных. Причинами страхов может стать разочарование от собственных несбывшихся ожиданий. Но, ведь, даже собственный ребенок уникален и будет жить, так как спланирует и реализует свою жизнь сам.

Системный подход – это взаимодействие с бессознательными семейными сценариями, чувствами клиента, перенятые от родителей, дедушек, бабушек, других членов рода, способными независимо от сознания человека, влиять на его жизнь. Воздействие родительской семейно – родовой системы на ребенка можно сравнить с эффектом запечатления, ведь именно

с родителями и всеми теми, кто принадлежит к роду, он связан на клеточном, генетическом уровне.

При этом порой даже специалисты не осознают то, что каждая личность от рождения «вписана» в систему своей семьи, её влияние огромно, и в семейно – родовой системе скрыты колоссальные ресурсы для человека. И так, если нарушения носят системный характер, то и решать их необходимо на уровне системы, т.е. семьи, рода. И тогда, только работа с семейной (родовой) историей способна оказать существенное влияние на решение таких проблем, как депрессивные состояния, агрессивность, суицидальные тенденции и многое другое. Пример. К родовым проблемам специалисты относят и суицидальные попытки с 3-х до 8 –ми лет.

Несмотря на то, что для работы с семейно – родовой системой необходима специальная подготовка психолога (длительное дополнительное обучение, супервизии и т.д.), современным специалистам необходимо осознавать то, что зачастую причиной того, что происходит с ребенком, является не его характер, особенности личности, а «переплетения» в его семейно –родовой системе, т.е. глубокие неосознанные чувства способные направлять человека на следование трагической судьбе члена рода.

Итак, для консультанта, работающего с приемными детьми важно:

- уважать родителей ребенка и всех членов его рода, независимо от того, как они проживали(-ют) свой жизненный путь;

- уважать судьбу семьи ребенка, независимо от того, способствует ли она, по его мнению, развитию познавательных способностей, характера, личности ребенка и т.д.;

- уважать членов своей семейно – родовой системы, независимо от того, как они проживали (-ют) свой жизненный путь;

- признавать то, что члены семьи, рода связаны друг с другом, а чувства, которыми они связаны, несмотря на

присутствующую порой амбивалентность, в своей глубине направлены на любовь, уважение,

-часто то, что происходит негативного с детьми связано с родовой системой и, взаимодействуя через родителей, обращаясь к их совести, внутреннему миру, можно изменить многое у детей.

В заключение хочется привести результаты психологических исследований приемных семей, вырастивших детей - сирот, семей, прошедших этот непростой и благородный путь. В ходе исследований было выявлено то, что приём детей - сирот помогает семейной системе приемной семьи прервать негативные сценарии, повторявшиеся из поколения в поколения в своих семьях (в виде алкоголизма, ранних смертей, асоциального поведения и т.д.).

Литература

1.Петрановская Л.В. Если с ребенком трудно. – Москва: АСТ, 2013. -142 с.

2.Холмогорова А.Б., Ослон В.Н. Замещающая профессиональная семья как система//Семейная психология и семейная терапия. – М., 2001.№ 2. С.16 -17.

3.Материалы курсов по системно – феноменологическому подходу. Институт Консультирования и Системных решений г. Москва, 2011-2012 гг.

6. ЗЛУОПТРЕБЛЕНИЕ ПАВ И ДРУГИЕ ФОРМЫ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ, КАК ПРИЧИНА И ПОСЛЕДСТВИЕ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ, СКЛОННЫХ К
КИБЕРАДДИКЦИИ
THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF
ADOLESCENTS WHO ARE PRONE TO CYBERADDICTION**

Е.В. Мириуца

Тамбовский государственный университет имени Г.Р.
Державина, eva196@yandex.ru

Аннотация: Статья посвящена изучению психологических особенностей старших школьников, склонных к кибераддиктивному поведению. Описаны основные проявления кибераддикции (интернет-зависимости) как одной из разновидностей зависимого поведения, личностные особенности подростков, предрасположенных к формированию аддиктивного поведения и особенности механизмов психологической защиты, используемых такими подростками.

Summary: The article is devoted to the study of psychological characteristics of senior schoolchildren prone to cyber addictive behavior. The main manifestations of cyber-addiction (Internet addiction) as one of the types of dependent behavior, personal characteristics of adolescents predisposed to the formation of addictive behavior and features of the mechanisms of psychological protection used by such adolescents are described.

Ключевые слова: кибераддикция, интернет-зависимость, механизмы психологической защиты личности, черты личности кибераддиктивного подростка.

Key words: cyberaddiction, Internet addiction, psychological defense mechanisms of personality, personality traits cyberaddiction teenager.

Интернет, различные гаджеты, позволяющие находиться в он-лайн режиме в социальных сетях, игровых приложениях и в целом в интернет-пространстве стали неотъемлемым атрибутом современности. Безусловно, в этом есть множество плюсов, но еще больше проблемных зон, требующих пристального внимания специалистов – медиков, психологов, социологов, педагогов и других специалистов.

Под киберрадикацией специалисты-психологи понимают два варианта зависимого поведения: зависимость от социальных сетей, желание находиться в режиме он-лайн постоянно и игровая зависимость от различного рода компьютерных игр.

Актуальность исследования психологических особенностей школьников старшего звена, склонных к киберрадикации, обусловлена рядом причин. Во-первых, в настоящее время число Интернет-пользователей неуклонно растет. Согласно статистическим данным, каждый третий житель Российской Федерации является посетителем сети Интернета, каждый седьмой гражданин заходит в нее каждый день. Во-вторых, необходимо отметить, что количество подростков и юношей в возрасте 16-23 лет среди Интернет-пользователей в нашей стране достигает 80%, и проявления деструктивного влияния Интернета на психику молодежи перестали быть редкостью и представляют собой серьезную проблему. В-третьих, в настоящее время наблюдается недостаточное количество исследований феномена киберрадикации в данной возрастной группе. Таким образом, изучение психологических особенностей субъектов киберрадикации представляется актуальной темой в исследованиях междисциплинарного характера. Особенности психоэмоциональных состояний, сопровождающих этот вид зависимого поведения, интересуются в первую очередь психологи [2].

По мнению ряда авторов, изучающих проблемы киберрадикации, можно выделить ряд признаков этого типа зависимого поведения, которые роднят его с другими видами зависимостей (А.Голдберг, К.Янг) [4].

1. Психологические симптомы:

хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;
увеличение количества времени, проводимого за компьютером;
пренебрежение семьей и друзьями;
ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером;
ложь работодателям или членам семьи о своей деятельности;
проблемы с работой или учебной.

2. Соматические симптомы:

синдром карпального канала (туннельное поражение нервных стволов руки, связанное с длительным перенапряжением мышц);
сухость в глазах;
головные боли по типу мигрени;
нерегулярное питание, пропуск приемов пищи;
пренебрежение личной гигиеной;
расстройства сна, изменение режима сна.

В качестве причин формирования кибераддиктивного поведения исследователями называются различные факторы, связанные как с личностными особенностями аддиктов, так и с характеристиками самого предмета аддикции. Так, Марк Гриффитс выделяет два типа аддиктов – первого и второго порядка, которые отличаются друг от друга восприятием самой ситуации ухода в компьютерную реальность. Для первых компьютер является источником социального вознаграждения. Им нравится играть в сетевые игры большими группами, они испытывают удовольствие от побед, одобрение от группы себеподобных, «лайки». Вторые осуществляют бегство в виртуальную реальность от проблем в реальной жизни (психологических, физических, материальных и других).

В отечественных исследованиях есть ряд работ, посвященных изучению личностных особенностей зависимых подростков. В качестве примера можно привести исследование социально-психологических детерминант кибераддикции, проведенное Окуновой Л.И., в котором такими факторами

выступили следующие личностные характеристики: высокий уровень тревожности, сложность в непосредственном общении и взаимопонимании, агрессивность, несамостоятельность, негативное отношение к себе, пессимистичность [3].

Целью нашего исследования стало изучение психологических особенностей кибераддиктивных старшеклассников. В исследовании под психологическими особенностями будут подразумеваться личностные характеристики, выделенные Р. Кеттеллом в 16-факторной методике, и механизмы психологической защиты личности, рассматриваемые Келлерманом и Р. Плутчиком в методике «Опросник выявления доминирующих механизмов психологической защиты Келлермана-Плутчика».

Объектом исследования выступила кибераддикция (Интернет-зависимость). Предмет исследования – особенности механизмов психологической защиты школьников старшего звена, склонных к кибераддикции (Интернет-зависимости).

В соответствии с целью, объектом и предметом были сформулированы гипотезы исследования: у школьников старшего звена со склонностью к кибераддикции преобладают психологические защиты по типу компенсации, регрессии и отрицания. Их личностные характеристики включают в себя неуверенность, заниженную самооценку, чувство собственной неполноценности, низкую нормативность поведения, чувствительность, восприимчивость, зависимый тип поведения.

Для подтверждения гипотезами решались следующие задачи исследования:

определение ключевых особенностей и критериев кибераддикции, разработка анкеты, выявление кибераддиктивных подростков;

изучение личностных характеристик и преобладающих механизмов психологической защиты у школьников старшего звена, склонных к кибераддикции.

В качестве испытуемых выступили учащиеся 9-11 классов в возрасте от 15 до 17 лет в количестве 56 человек.

Для выявления кибераддиктивных подростков и изучения психологических особенностей испытуемых были использованы следующие методики:

- Анкета, направленная на выявление значимости Интернета;
- 16-факторная методика Р. Кеттелла;
- Опросник выявления доминирующих механизмов психологической защиты Келлермана-Плутчика.

В ходе исследования все испытуемые были разделены на 3 группы: испытуемые с низким уровнем зависимости (20-49 баллов), испытуемые со средним уровнем зависимости (50-79 баллов) и испытуемые с высоким уровнем зависимости (свыше 80 баллов). В первую группу вошло 23 человека, во вторую – 13 человек, в третью – 20 человек. Таким образом, у 35% испытуемых выявлены высокие показатели по методике, диагностирующей кибераддикцию, у 23% наблюдаются начальные признаки Интернет-зависимости и у 41 % низкий уровень Интернет-зависимости. При дальнейшем исследовании испытуемые были разделены на 2 группы: в 1 группу включены испытуемые с отсутствием или начальным уровнем кибераддикции (23 человека), во вторую со средним и сложившимся синдромом кибераддикции (33 человека).

Изучение доминирующих механизмов психологической защиты по Келлерману-Плутчику у испытуемых выявило преобладание в группе кибераддиктивов защит по типу отрицания, замещения, регрессии и компенсации. Это подтверждает ряд опубликованных исследований по личностным особенностям подростков с кибераддиктивным поведением, а именно отрицание как неприятие очевидных проблем; замещение как реализация в другой реальности нереализованных эмоций (например, агрессии); регрессия как предпочтение не решать сложные задачи, а уходить в более комфортный мир компьютерных игр, где подросток может быть всемогущим и, наконец, компенсация как замена реального или мнимого физического или личностного недостатка в виртуальной реальности.

Проведение тестирования при помощи 16-факторного личностного опросника Р. Кеттелла позволило определить личностные характеристики испытуемых с той или иной выраженностью кибераддикции.

После проведения сравнительного анализа при помощи критерия Манна-Уитни было установлено, что испытуемые с разной степенью выраженности зависимости от интернета статистически достоверно различаются показателями по шкалам E, G, I, L, Q3, MD теста Р. Кеттелла. Для испытуемых в высокой степени кибераддикции характерны неуверенность в себе, заниженная самооценка, чувство собственной неполноценности, низкая нормативность поведения, впечатлительность, доверчивость, ведомость, уступчивость, зависимость, низкий самоконтроль.

Таким образом, цель нашего исследования была достигнута, а гипотезы нашли свое подтверждение. Результаты исследования могут быть использованы практическими психологами при профилактике формирования кибераддикции среди молодежи и в работе с Интернет-зависимыми юношами и девушками для предотвращения развития кризисных психоэмоциональных состояний.

Литература

1. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика: пособие для школьных психологов / Е.А. Смирнова, В.Л. Малыгин, А.Б. Искандирова [и др.]; под ред. В.Л. Малыгина. – М.: Мнемозина, 2010. – 136 с.
2. Лосенкова Т. А. Взаимосвязь интернет-зависимости с тревожными состояниями подростков // Молодой ученый. 2014. № 4. С. 702–703.
3. Окунева Л.И. Социально-психологические детерминанты склонности к кибераддикции в подростковой среде // Педагогическое образование в России. 2016. № 1. 188-191.
4. Янг, К. Диагноз - Интернет-зависимость/ К.Янг // Мир Интернет - 2000. - №2.- С.24-29.

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Горкина М.Г., Максимова Ю.Л., Удальцова И. А.

*ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» г. Тамбов,
Россия*

Аннотация: в статье выявляются факторы, способствующие суицидальному поведению у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

The summary in English: the article reveals the factors contributing to suicidal behavior in persons suffering from alcohol dependence

Ключевые слова: алкогольная зависимость, суицидальное поведение

Key words: alcohol dependence, suicidal behavior

Суицидальное поведение представляет собой этническую, моральную, социальную и медицинскую проблему. Наблюдаемый за последние годы рост числа самоубийств и суицидальных попыток делают проблему суицидов актуальной. Уровень самоубийств в России остаётся одним из самых высоких в мире. По данным ВОЗ суициды на апрель 2016 составляет 15,4 случаев на 100 тыс. населения. На данный момент профилактика и предотвращение суицидального поведения является одним из наиболее приоритетных вопросов в глобальной повестке дня общественного здравоохранения. С целью успешной реализации профилактических мер по предотвращению суицидального поведения, прежде всего, необходимо выделить группы повышенного риска. Многочисленные научные исследования и эмпирические данные свидетельствуют о том, что алкогольная

зависимость является фактором риска суицидального поведения. Уровень суицидов среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью в 10—85 раз выше, чем в общей популяции. По данным ряда исследователей около 5-17% самоубийств приходится на долю больных алкоголизмом. По другим данным почти 40% покушавшихся на жизнь, постоянно злоупотребляли алкоголем в течение, по крайней мере, последнего года, предшествующего суициду. Некоторые авторы рассматривают злоупотребление алкоголем как эквивалент хронического суицида.

Целью нашего исследования стало выявление факторов, способствующих суицидальному поведению у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Для проведения исследования использовался комплекс методов: клинико-анамнестический, метод индивидуальной беседы, прямого наблюдения, психодиагностические методы: «Шкала личностной тревожности» Ч. Д. Спилбергера - Ю. Л. Ханина, Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки, Методика Дембо-Рубинштейн, Шкала депрессии Бека.

Было проведено 31 обследование мужчин и женщин, страдающих алкогольной зависимостью, поступивших в ОГБУЗ ТПКБ «Тамбовская клиническая психиатрическая больница» города Тамбова за 2016 год на стационарное лечение в связи с различными формами суицидального поведения. Возраст мужчин и женщин был от 18 до 60 лет (средний – 36 лет). Мужчин – 80,6 %, женщин- 19,4%. Длительность злоупотребления алкоголем составляла от 1 до 12 лет.

Полученные данные выявляют наиболее распространенный возраст у лиц, страдающих алкогольной зависимостью с парасуицидами – 22-40 лет (45,2%). Превалировали лица со средним образованием (51,6 %), со средне- специальным образованием было 19,4%, минимальными были группы лиц парасуицидентов с неполным средним (9,8%) и незаконченным высшим и высшим образованием (12,9%).

В исследовании 80,6% пациентов были безработные или не имели постоянной трудовой занятости, 19,4 % были работающие и учащиеся.

По семейному положению холостых и незамужних пациентов было 4 человек, в официальном браке состояло –5 человек, сожительствовали - 7 человек, разведены, вдовцы и вдовы, проживающие в одиночестве -15 обследуемых.

В большем проценте случаев 54,8 % причинами совершения суицидальной попытки обследуемые называли семейные ссоры и конфликты; 9,4 % связывали с неблагоприятными социальными условиями; отмечали проблемы со здоровьем- 6,5 %; разрыв личных отношений отмечали 6,5%; причиной совершения суицидальных действий были бредовые и галлюцинаторные расстройства в 19,4 % случаев; 3,4 % парасуицидентов не раскрывали причину суицида.

Большинство обследуемых лиц совершали суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения – 83%.

Превалирующим способом самопокушения являлась самотравматизация острыми предметами 83,8 % случаев, фиксировались случаи отравления лекарственными препаратами и иными токсическими химическими средствами - 9,5 %, другие способы суицида(падение с высоты, самоповешание) были менее представлены – 6,7 % случаев.

Пациенты с суицидальным поведением помимо алкогольной зависимости в большинстве случаев 90,3% страдали различными психическими и поведенческими расстройствами: органические психические расстройства (16,1%), расстройства личности и поведения (22,6%), депрессивное расстройство (25,8%), психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением ПАВ (6,5%), шизофрения и бредовые расстройства (16.1%), умственная отсталость (3,2%).

По результатам патопсихологического исследования у парасуицидентов с алкогольной зависимостью выявляется преобладание таких показателей как ситуативная тревожность – 25,8 %, вербальная и физическая агрессия - 58%, враждебность - 25,8 %, завышенная или заниженная самооценка - 83,9%,

эмоциональная неустойчивость и слабость поведенческого контроля - 74%, повышенный уровень депрессии (умеренно-выраженная и выраженная степень депрессии) - 42% обследуемых.

Таким образом, по результатам нашего обследования к группе риска по совершению суицидальных действий относились лица, страдающие алкогольной зависимостью в возрасте от 22 до 40 лет, со средним образованием. Семейная и общественно профессиональная дезорганизация явились высоко значимыми факторами суицидального риска: среди обследуемых преобладали лица безработные или не имеющие постоянного заработка, не состоящие в официальном браке или одинокие. Большая часть обследуемых пациентов совершали суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения, поэтому алкоголизацию можно рассматривать в качестве фактора снижения самоконтроля и пускового механизма в принятии решения о суициде. Семейные ссоры, бредовые и галлюцинаторные расстройства выступали ведущими мотивами суицидального поведения. Превалирующим способом самопокушения у лиц с алкогольной зависимостью являлась самотравматизация острыми предметами. Зависимые от алкоголя лица, совершившие суицидальную попытку, зачастую имели сочетанный психиатрический диагноз, включающий в основном депрессию, расстройство личности и поведения, органические психические расстройства, шизофрению и бредовые расстройства. У парасуицидентов с алкогольной зависимостью преобладали такие показатели как ситуативная тревожность, агрессивность, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, завышенная или заниженная самооценка, слабость поведенческого контроля, повышенный уровень депрессии.

ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА

Заболотский Д.Н., Честюнина Ю.В.

*Челябинский государственный университет, Челябинск,
Россия*

Аннотация: в статье анализируется корреляция между интернет зависимостью и уровнем производительности труда, предлагаются пути решения данной проблемы

The summary in English: the article analyzes the correlation between the Internet dependency and the level of labor productivity, suggests ways to solve this problem

Ключевые слова: интернет-зависимость, производительность труда

Key words: internet addiction, labor productivity

В XXI веке Интернет все больше и больше входит в повседневную жизнь человека, становится важнейшим инструментом коммуникации и получения информации. Количество пользователей Интернета в 2016 году насчитывает 3.6 млрд. человек в мире, из них 103 млн. человек в России [1]. И с каждым днем это число увеличивается. Неудивительно, что многие люди испытывают не только позитивные, но и негативные последствия использования Интернета.

Среди самых важных положительных свойств использования Интернета можно отметить такие, как возможность коммуникации на расстояниях, дистанционное обучение, простоту поиска новых знакомств и информации.

Начиная с 1996 года феномен «интернет-зависимости» и негативные последствия использования Интернета начинают активно исследоваться. Данной проблеме были посвящены исследования как зарубежных авторов (К. Янг, М. Гриффитса, Д. Гринфилда и др.), так и отечественных (А. Ю.Егорова, Т.Ю. Бильбот и Л.Н. Юрьевой и др.).

Варламова С. Н., Гончарова Е. Р., Соколова И. В. [3] полагают, что основными проблемами, характеризующими

социальные последствия интернет-зависимости являются: разрыв социальных связей, увеличение количества случаев аутоагрессии и насильственных действий по отношению к окружающим из-за невозможности воспользоваться Интернетом.

Но при всех вышеперечисленных негативных последствиях, на данный момент, интернет-зависимость только в Китае с 2008 года официально признана болезнью с соответствующими диагностическими критериями и рекомендациями по лечению, в остальных странах мирового сообщества, в том числе и в России, интернет-зависимость не считается самостоятельным заболеванием, включенным в международный классификатор болезней, а остается психологическим и социальным феноменом современной жизни.

Появление Интернета в начале девяностых годов создало ценный инструмент доступа к информации и ведения бизнеса. Он трансформировал сам бизнес, обеспечивая проведение финансовых операций в режиме реального времени, автоматизацию рутинных операций и снижение затрат.

Активно используя Интернет в повседневной жизни, человек не видит ничего предосудительного в том, чтобы использовать его и в рабочее время. Поэтому как малые, так и большие компании сталкиваются с негативными последствиями интернет-зависимости у сотрудников.

Следует отличать злоупотребление Интернетом на рабочем месте и интернет-зависимость работника как психологический фактор. Первое — это использование Интернета, не связанное с должностными обязанностями. Не всякий «злоупотребляющий» человек интернет-зависим. И методы борьбы со злоупотреблением скорее технические или административные. Существует достаточно крупный рынок корпоративного программного обеспечения, позволяющий блокировать постороннюю интернет-активность или следить за тем какие программы использует работник. Что касается второго — то на сегодняшний день, не существует устоявшегося определения интернет-зависимости или критериев степени его выраженности. Варламова С. Н., Гончарова Е. Р., Соколова И. В.

[3] предлагают рассматривать интернет-зависимость как многомерное явление, негативный психологический феномен, характеризующийся чрезмерным временем нахождения в Интернете вне рамок учебных/рабочих задач, а также эмоциональной зависимостью от пользования сетью, приводящей к ухудшению образа и качества жизни.

Среди общих негативных симптомов названных К. Янг можно выделить отдельные, пагубно влияющие непосредственно на производительность труда: навязчивое желание проверить новые сообщения в социальных сетях, непреодолимая тяга к веб-серфингу, забывание о служебных обязанностях и договоренностях, пренебрежение здоровьем и гигиеной в пользу проведения времени в Интернете, готовность употреблять пищу нерегулярно, случайно и не отрываясь от компьютера или телефона, проблемы со здоровьем (ухудшение зрения или осанка).

С целью изучения интернет-зависимости было проведено эмпирическое исследование посредством методик: тест К. Янг на интернет-зависимость и скрининговый самоопросник Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Бильбот.

Характеристика выборки: возраст от 21 до 43 лет, город проживания с населением не менее 100 тысяч человек, работают в коммерческой или государственной организации.

Исследование по методике К. Янг показало, что из 57 пользователей 50 относятся к группе обычных пользователей, они могут находиться в сети сколько угодно и при этом умеют себя контролировать. 7 человек имеют проблемы, связанные с чрезмерной увлеченностью Интернетом. Если не заниматься этими вопросами уже прямо сейчас, то в будущем это может пагубно отразиться на их жизни.

Исследование по самоопроснику Л.Н. Юрьевой и Т.Ю. Бильбот показало, что из 57 пользователей 45 имеют слабый риск развития интернет зависимости. 12 человек уже имеют первую стадию зависимости.

Таким образом, в данной выборке не менее 12% работников уже сегодня имеют проблемы с чрезмерным

использованием Интернета. Как показало исследование [3] риск возникновения интернет-зависимости растет с увеличением срока пользования сетью, а так как отказаться от Интернета в настоящий момент очень сложно, то и процент людей, имеющих проблемы с интернет-зависимостью, будет только расти.

При профилактике интернет-зависимости выделяют следующие методы работы [4]: формирование сознания (беседа, лекция), организация деятельности (упражнение, требование руководства), стимулирование деятельности (поощрение и наказание), социально-психологическая помощь (психологическое консультирование).

Таким образом, снижение производительности труда, в случае наличия интернет-зависимости у работника, связано с неосознаваемыми психологическими факторами. Среди технических методов решения данной проблемы можно назвать следующие: регламентация, регулирование и контроль над доступом и использованием сетевых ресурсов. Детали их реализации зависят от корпоративной культуры и внутренней политики организации. Основной же целью психологической профилактики является, во-первых, установление факта того, что сотрудник находится в группе риска по интернет-зависимости (тестирование, беседы и наблюдение), а, во-вторых, повышение осознания работника и принятие им ответственности за свои особенности, ухудшающие результаты труда.

Литература

1. Worldinternetusersstatistics [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://www.internetworldstats.com/stats.htm>, свободный (дата обращения: 31.08.2016).

2. Дрепа М. И. Интернет-зависимость как объект научной рефлексии в современной психологии // ЗПУ. 2009. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/internet-zavisimost-kak-obekt-nauchnoy-refleksii-v-sovremennoy-psihologii> (дата обращения: 31.08.2016).

3. Варламова С. Н., Гончарова Е. Р., Соколова И. В. Интернет-зависимость молодежи мегаполисов: критерии и

типология // Мониторинг. 2015. №2 (125). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/internet-zavisimost-molodyozhi-megapolisov-kriterii-i-tipologiya> (дата обращения: 31.08.2016).

4. Ларионова С. О., Дегтерев А. С. Интернет-зависимость у студентов: вопросы профилактики // Педагогическое образование в России. 2013. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/internet-zavisimost-u-studentov-voprosy-profilaktiki> (дата обращения: 31.08.2016).

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К ПОБЕГАМ ИЗ ДОМА

Можаров Н.С., Кожанов А.В., Мещеряков В.О., Ванюшина Е.А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом
ФУВ*

*Волгоградский Государственный Медицинский Университет
Г.Волгоград. Россия.*

Аннотация: статья посвящена изучению личностных особенностей, влияющих на склонность к побегам из дома у подростков.

The summary in English: The article is devoted to the study of personality traits that affect the propensity to escape from a home in adolescents.

Ключевые слова: дромомания у подростков, социальная ответственность

Key words: dromatology in adolescents, social responsibility

Общей целью исследования явилось изучение личностных особенностей, влияющих на склонность к побегам из дома у подростков. Это, в свою очередь, позволило решить задачу эмпирической верификации теоретических положений исследования и проверить гипотезу, заключающуюся в том, что избегание социальной ответственности является одним из

важных компонентов, обуславливающих склонность к побегам и драматизации у подростков.

Базой исследования явились Волгоградский областной социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Исток» г. Волгограда Краснооктябрьского района и МУП СОШ № 50 г. Волгограда Дзержинского района. В исследовании приняли участие подростки, находящиеся на реабилитации в центре, и учащиеся седьмых и восьмых классов в возрасте от 11 до 14 лет. Общий *объем* выборки составил 44 человека.

В данной работе были использованы *методики*:

Исследование уровня субъективного контроля (УСК) (вариант шкалы локус контроля Дж. Роттера); Характерологический тест К. Леонгарда – Н. Шмишека; Тест-опросник «Карта психологической характеристики личностного развития подростка».

Для подсчета данных были использованы результаты экспериментальной и контрольной групп. Экспериментальная группа была представлена в виде подростков, совершавших побег, а в контрольную группу входили подростки не совершавшие побег.

Анализируя полученные данные можно сделать выводы о том, что экспериментальная группа по этим шкалам имеют большие значения данных, чем контрольная. Такие показатели характеризуют экспериментальную группу таким образом, что личностные качества, перечисленные выше, проявляются у подростков, совершавших побег, значительно реже. По остальным показателям также имеются различия, но они менее значительные. Тем самым можно сказать, что без влияния таких личностных качеств подросток больше склонен к побегам. (рисунок 1,2)

Рис. 1. Личностные качества в поведении у подростков склонных и не склонных к побегам

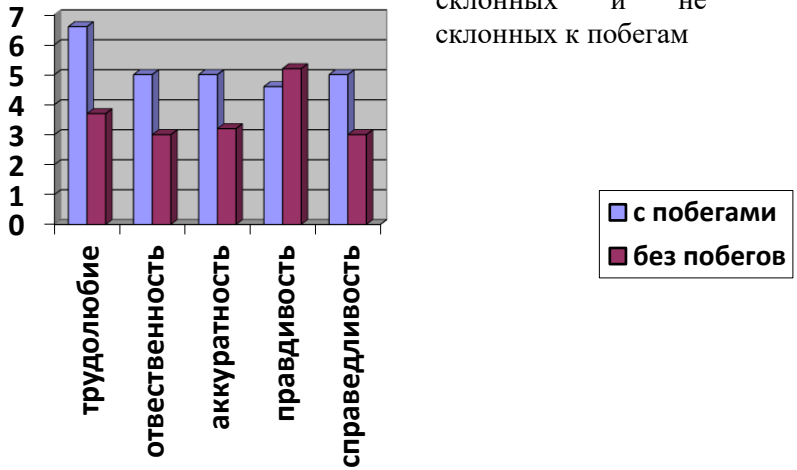
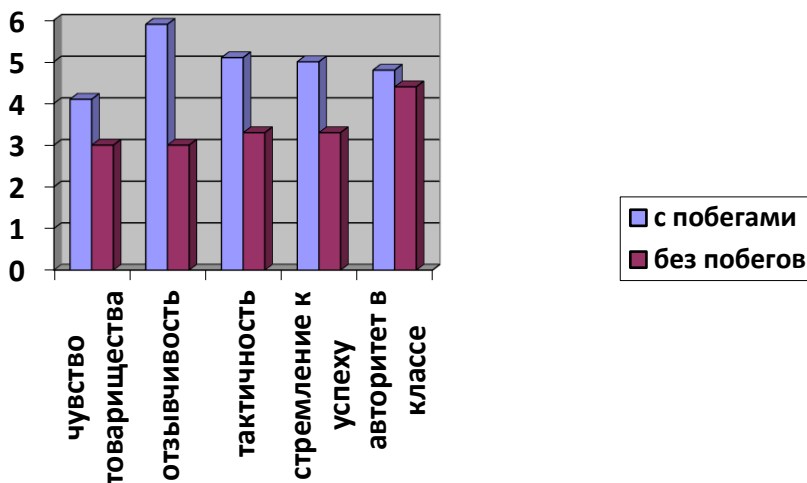


Рис. 2. Личностные качества в поведении у подростков склонных и не склонных к побегам (продолжение)



Соотнеся полученные данные можно сделать выводы, что между полученными результатами исследований по личностным характеристикам в поведении подростков и склонностью к побегам имеется взаимосвязь предположительно обратно зависимая. В плане трудолюбия – если подросток обладает таким качеством характера, то он стремится выполнять работу, которая ему нравится или которую ему поручили. Но если же подросток не обладает таким качеством или в меньшей степени имеется в складе характера, то он будет стремиться избегать работы или любых поручений. И, следовательно, это может явиться причиной не только избегания работы, но и еще побегов.

Что касается ответственности – если подросток не может отвечать за свои действия, поступки и слова, то он всячески будет избегать возлагать на себя ответственность. Это значит, что подросток будет «отказываться» от любой социальной роли, которая предполагает обязанности и ответственность за них. Тогда подросток будет постоянно убегать из этого социального окружения. Аккуратность и честность в свою очередь связаны с ответственностью, значит неаккуратному подростку будут

делать замечания, и применять различные наказания за несоблюдение норм социального поведения.

Справедливость – если у подростка не сформировано чувство справедливости, то у него будет недоверие к окружающему социуму. А значит, подросток будет подозревать все его окружение, и проявлять попытки убежать от такого. Поэтому это может являть причиной побегов у подростков.

Чувство товарищества в своей основе содержит поддержку значимого для подростка человека, на которого можно положиться в любой ситуации. Если у подростка эта личностная характеристика не имеет значения, то следовательно он кочует из одной социальной группы в другую и не пытается задержаться в одной из них. А значит, его ничего не держит, и он будет склонен совершать побег. Отзывчивость и тактичность – если у подростка в недостаточной мере сформированы эти личностные качества, то есть вероятность затруднения формирования доверительных отношений с окружающим его социумом. Это может означать, что подросток не доверяет окружению, а значит, испытывает по этому поводу неудобства. В этой ситуации подросток видит для себя единственный способ его преодоления – это побег.

Стремление к успеху – подростки, склонные к побегам, в меньшей степени проявляют стремление к успеху, из-за того что достижение успеха предполагает под собой прохождение каких-либо трудностей. Эти трудности в большей части случаев для подростков кажутся непосильными, поэтому они разрешают свои проблемы таким способом, как побег. Авторитет в классе является одной из распространенных причин побегов. Так как ведущая деятельность у подростков – это интимно-личностное общение со сверстниками; и если подросток не получает внимания в своем классе, то он стремится покинуть ту «среду обитания», которая ему не нравится. Отсюда следует, что подросток будет убежать до тех пор пока не найдет ту социальную группу, от которой он получит одобрение.

На основании проведенного анализа и полученных результатов была намечена психокоррекционная работа. Цель

психокоррекционной работы – изменить личностные особенности, влияющие на мотивацию к побегам и создать условия для личностного роста подростков. Предположительный результат этой психокоррекционной работы – сформировать личностные качества, которые необходимы таким подросткам. А именно: трудолюбие, ответственность, аккуратность, правдивость, справедливость, чувство товарищества, отзывчивость, тактичность, стремление к успеху, авторитет в классе.

Научное издание

«КРИЗИСНЫЕ СОСТОЯНИЯ: МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ»

Материалы Всероссийской междисциплинарной
научно-практической конференции

25 мая 2018 г.

Ответственный редактор:
Юрєва Татьяна Владиславовна

Печатается в авторской редакции

Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина