**ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения РФ**

**Ассоциация детских психиатров и психологов**

**Ежегодная межуниверситетская научная конференция по межпрофессиональным проблемам детского психического здоровья**

**«Ковалевские чтения-2019»**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

**14 ноября 2019 года**

**Москва**

**Сравнительный анализ психологических характеристик и показателей аутоагрессии у подростков**

Григорьева А.А.

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

**ВВЕДЕНИЕ**

Взаимосвязь суицидального, самоповреждающего поведения и употребления психоактивных веществ приобретает особую актуальность в период подросткового возраста. По данным ВОЗ (2014) смертность от самоубийств среди подростков и лиц молодого возраста от 15-24 лет занимает второе место среди всех причин смертности. Распространённость несуицидальных форм самоповреждающего поведения, включающих инструментальные виды составляет от 8 до 23% по оценке разных исследователей. Наряду с этим отмечается возрастная динамика увеличения процента подростков, употребляющих психоактивные вещества (ПАВ): в 13 лет употребление ПАВ не превышает 7-14%, к 16-ти годам достигает уже 24-41% (Mason M. et al., 2015).

В связи с чем особую актуальность приобретает тема исследования специфики разных форм аутоагрессивного поведения подростков, в особенности таких как суицидальное, самоповреждающее, рискованное поведение, употребление психоактивных веществ.

**ЦЕЛЬ** исследования: сравнительный анализ показателей аутоагрессии и психологических характеристик у подростков с рисков суицидального, самоповреждающего, рискованного поведения и употребления ПАВ.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

На основе первичного скрининга (n-1977, возраст 10-18 лет, 1010 мальчиков, 967 девочек), направленного на выявление подростков групп риска с признаками аутоагрессии, были выделены 4 группы с преобладанием тестовых показателей видов аутодеструкции: подростки с риском суицидального поведения (n=130), самоповреждающего (n=142), рискованного (n=172) и употреблением ПАВ (n=159).

Для выявления рисков аутоарессивного поведения использовались следующие методы: Методика модификации тела и самоповреждения (Польская Н.А., 2017); Суицидальная личность-19 (Юнацкевич П.И., 2009); «Экспресс-тест на выявление интереса, осведомленности и отношения подростков к употреблению ПАВ и алкоголя».

Для исследования психологических характеристик применялись: Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» (Зверьков А.В., Эйдман Е.В.), Опросник дисфункциональных убеждений при пограничном расстройстве личности (PBQ-BPD, Холмогорова А.В., 2016); Опросник для исследования уровня импульсивности (Лосенков В.А.)

**РЕЗУЛЬТАТЫ**

В группе подростков с риском самоповреждающего поведения и риском употребления психоактивных веществ выявлены самые высокие показатели волевой саморегуляции (U Манна-Уитни) по сравнению с группами подростков с рисками суицидального и рискованного поведения (0,002). Подростки в группах с суицидальным и рискованным поведением отличаются высоким показателем дисфункциональных убеждений (0,004).

На основе корреляционного анализа (r Спирмен) были выявлены различия в структурах взаимосвязи показателей аутоагрессивного поведения и психологических характеристик. В группе подростков с рисками суицидального поведения выявлено, что уровень суицидального риска имеет значимую корреляционную связь с дисфункциональными убеждениями (r=0,340, р=0,000).

У подростков с рисками самоповреждающего поведения показатель уровня суицидального риска связан с общим показателем волевой саморегуляции; (r=-0,407, р=0,000) и настойчивостью (r=-0,407, р=0,000). Уровень суицидального риска имеет значимую корреляционную связь с общим показателем самоповреждающего поведения и модификации тела.

 Подростков с рисками употребления психоактивных веществ отличают связь уровня суицидального риска с самообладанием (r=0,756, р=0,000); импульсивностью (r=-0,472, р=0,000); позитивным отношением к самоповреждению и модификациям тела (r=-0,365, р=0,000); дисфункциональными убеждениями (r=-0,365, р=0,000). Показатель импульсивности повышается при увеличении дисфункциональных установок (r=0,487, р=0,000), при снижении самообладания (r=-0,382, р=0,000) и настойчивости (r=-0,398, р=0,000). Позитивное отношение к модификациям тела связано с уменьшением показателей настойчивости (r=-0,398, р=0,000); самообладания (r=-0,382, р=0,000). Отрицательное отношение к модификациям тела и самоповреждений связано с их наличием (r=0,358, р=0,000). В свою очередь, наличие модификаций тела и самоповреждений имеет значимую корреляционную связь с трудными жизненными ситуациями, в которых подросткам хотелось «свести счеты с жизнью» (r=-0,407, р=0,000). В группе подростков с рискованным поведением возрастание суицидального риска связано со снижением саморегуляции (r=-0,442, р=0,000), настойчивости (r=-0,326, р=0,000), самообладания (r=-0,344, р=0,000), увеличением дисфункциональных убеждений (r=-0,407, р=0,000). Показатель самоповреждений в данной группе подростков взаимосвязан с положительным отношением к факту повреждения себя (r=0,405, р=0,000).

 **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

 Подростки с рисками суицидального и рискованного поведения отличаются низкими показателями волевой саморегуляции и увеличением дисфункциональных убеждений по сравнению с группами, имеющими высокий риск самоповреждающего поведения и употребления ПАВ. Структура взаимосвязей между показателями аутоагрессии и показателями импульсивности, волевой саморегуляции и дисфункциональных убеждений специфична для каждой из представленных групп риска.

**Роль психолого-психиатрической службы в системе оказания помощи детям и подросткам с онкологической патологией**

Кравченко Н.Е.1, Суетина О.А.1, Сачук О.В.2 , Левашов А.С. 2 , Михайлова С.Н.2

1. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Москва;

2. НИИ ДОГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва

**ВВЕДЕНИЕ.** Одной из ведущих тенденций современной онкопедиатрии является мультидисциплинарность, т.е. объединение разных специалистов, участвующих не только в процессе выявления, верификации диагноза и лечения злокачественного заболевания, но и в последующей реабилитации. Однако, несмотря на очевидную значимость подобного подхода в решении встающих перед клиницистами задач, приходится с сожалением констатировать, что нередко вектор их внимания остается сосредоточенным лишь на актуальном статусе страдающего онкозаболеванием ребенка. Вместе с тем, множество проблем, с которыми приходится иметь дело детским онкологам, не ограничивается только вопросами лечения тяжелого соматического недуга, но и подразумевает необходимость решать сопутствующие задачи, связанные с психологическими реакциями, нарушениями адаптации и социального функционирования их невзрослых пациентов. Во многом в решении этих проблем существенную помощь может оказать психолого-психиатрическая служба.

 Целью нашего сообщения является обобщение многолетнего опыта наблюдения с позиций психиатра и психолога больных от 3 до 17 лет с онкологической патологией на разных этапах противоопухолевой терапии.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Проведенный нами с использованием клинико-психопатологического и клинико-психологического методов десятилетний мониторинг психического статуса пациентов, поступавших в НИИ ДОГ, показал, что те или иные нарушения психологического и психического здоровья, относящиеся к компетенции соответствующих специалистов, имели место у всехдетей и подростков.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Преобладали психогенно обусловленные состояния, большая часть которых (87%) отвечала критериям клинического понятия «расстройство адаптации». В небольшом числе случаев могла присутствовать более тяжелая коморбидная психическая патология, либо имевшая место до развития онкологического заболевания, либо провоцированная им. Прежде всего следует подчеркнуть, что уже в самом начале процесса уточняющих диагностических обследований и с первых дней госпитализации в онкологический стационар несовершеннолетний пациент, а также и члены его семьи погружаются в тяжелую стрессовую ситуацию, определяющуюся угрожающей жизни болезнью. На этом этапе первоочередной задачей психолого-психиатрической службы является психотерапевтическая поддержка, имеющая основной целью помощь в адаптации к сложившимся условиям.

Следует отметить, что возраст ребенка играет существенную роль в восприятии значимости тех или иных стрессовых обстоятельств и таким образом, определяет круг расстройств, формирующих психогенный симптомокомплекс. Эту возрастная модификация картины психогенных синдромов сопряжена со сменой по мере взросления «уровней патологического нервно-психического реагирования» (В.В. Ковалев). В младшей возрастной группе наиболее стрессогенными, воспринимаемые детьми, как трудные являлись факторы «повседневной больничной реальности» – ограничение активности (игровой, моторной), разнообразные процедуры, болезненные манипуляции, воздействие которых приводило к развитию психогенно обусловленных страхов, состояний тревоги и вторичных по отношению к ним нарушений настроения и поведения. Среди подростков факт смертельно опасной болезни преломлялся в сознании, прежде всего, как угроза успешному социальному функционированию. При этом, чем старше был подросток, чем более полно осознавалась опасность заболевания, тем более высокую ступень в иерархии психотравмирующих обстоятельств занимал собственно фактор тяжелой болезни, который воспринимался как угрожающий не только в настоящей жизни, но и имеющий негативное влияние на будущую жизнь. В отличие от детей у старших подростков расстройства адаптации приближались к описанным у взрослых онкологических больных нозогенным состояниям, развивающимся вслед за манифестацией опасного соматического страдания при осознании его угрозы для существования.

На этапе активного лечения в процессе привыкания к повседневной больничной ситуации подключение помощи психолого-психиатрической службы облегчало задачу формирования адекватного комплаенса у заболевших подростков, а также родителей больных (разъяснялась важность и особенности предстоящего лечения, возможные последствия, необходимость соблюдения режима). В некоторых случаях возникала потребность в коррекции психогенно обусловленных симптомов (страхов, тревоги, расстройств настроения и поведения). При этом наряду с психотерапевтическими методами использовались разрешенные у детей противотревожные, антидепрессивные средства, фитопрепараты, выбор которых определялся с учетом синдромальных характеристик наблюдаемых расстройств и высокой чувствительности соматически ослабленных пациентов к препаратам психотропного профиля. Следует упомянуть, что нередкими были формирующиеся в процессе тяжелого противоопухолевого лечения (высокодозная ХТ, лучевая терапии, проведение оперативных вмешательств при солидных новообразованиях, опухолях мозга) органические психические расстройства. Для уменьшения выраженности этих цереброорганических синдромов рекомендовались препараты церебропротекторного ряда. В частности, у детей с синдромом мозжечкового мутизма, развивавшегося у некоторых больных в течение первых 2-7 дней после операции в области задней черепной ямки, хорошо зарекомендовал себя холин альфосцерат (глиатилин).

По окончании лечения и выходе в ремиссию задачами психолого-психиатрической службы являлось разъяснение необходимости продолжения наблюдения у онкологов, проведения периодических осмотров и соблюдения некоторых ограничений, помощь в преодолении коммуникативных проблем, нарушений адаптации в коллективе сверстников. При этом немаловажная роль отводилась включению пациентов в программы социальной реабилитации – поездкам в реабилитационные центры, участию в играх победителей, проводящихся специально для детей и подростков, перенесших онкологическое заболевание. Эти мероприятия заметно облегчали собственно процесс социализации и включения в полноценную жизнь. В нашем сообщении мы коснулись лишь некоторых обстоятельств, несомненно требующих привлечения специалистов иного профиля. Результаты исследования могут быть учтены при создании программ реабилитации детей и подростков на разных этапах онкологического заболевания (в процессе терапии, ремиссии и выздоровления от тяжелого соматического недуга).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, многофакторный характер проблем в современной онкопедиатрии предполагает комплексный подход к их решению и представляется одним из перспективных. Рациональное использование психологических, психотерапевтических и психофармакологических методов, применяемых с учетом всех обстоятельств, позволяет укрепить адаптивные возможности детей и подростков с онкологической патологией и облегчить непростой труд детских онкологов.

**Гендерно обусловленные различия сезонности и длительности госпитализации у подростков с психотическими расстройствами**

Лукьянова М.С.

ФГБНУ НЦПЗ (Москва)

**ВВЕДЕНИЕ.**  Значимость ранних этапов психической патологии, в том числе, и ее психотических вариантов для оценки ее будущей динамики и построения прогноза определяют необходимость тщательного исследования особенностей психозов у пациентов на этапе взросления. Требует изучения влияние различных факторов, в том числе половой принадлежности на развитие и длительность психотических эпизодов в детско-подростковом возрасте. Анализ их сезонности последние десятилетия обсуждается редко, практически отсутствуют соответствующие эпидемиологические исследования, касающиеся подростковых контингентов. В отечественных работах, анализирующих психотические феномены у детей и подростков, гендерные различия обсуждаются редко или касаются небольших мононозологических групп, зарубежные авторы же останавливаются преимущественно на проблеме гендерной дисфории.

**ЦЕЛЬ.** Выявление тенденций в сезонности госпитализаций у подростков с психотическими расстройствами мужского и женского пола.

М**АТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**. Клинико-динамическим и математико-статистическим методами изучались показатели госпитализации пациентов 14-17 лет с психотическими расстройствами в крупное психиатрическое консультативно-лечебное учреждение (Научно-практический Центр психического здоровья детей и подростков ДЗМ им. Г.Е. Сухаревой (НПЦ ПЗДП) - директор Центра/гл. врач – к.м.н. Бебчук М.А.) в течение календарного года.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**. Проведен анализ статистики стационирований лиц подросткового возраста (14-17 лет), у которых обнаруживались психотические расстройства в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой за 2017 год. В 181 случае (96 юношей, 85 девушек) состояние пациентов было расценено психиатрами направивших их амбулаторных учреждений как психотическое. Оказалось, что около 60% подростков с психотическими расстройствами госпитализировались впервые в жизни. Меньшую часть (примерно 40%) составили больные, поступавшие в больницу повторно, причем, одна пятая пациентов получала помощь в условиях стационара неоднократно в течение года. При этом соотношение юношей и девушек среди госпитализированных впервые оказалось 1:1, в то время как среди тех, кто получал помощь в стационаре повторно, преобладали юноши (соотношение соответственно 1,3:1).

Анализ продолжительности госпитализации для юношей и девушек позволил выявить некоторые различия. Продолжительность пребывания в больнице пациентов, госпитализированных в связи с различными психическими нарушениями, колебалась в диапазоне от 3 до 133 дней. При этом средняя длительность госпитализации для подростков с психотическими нарушениями составила 39,05 дней (они находились в НПЦ ПЗДП от 3 до 122 дней), юноши в среднем проводили в стационаре больше времени (42,5 дня - от 3 до 122), девушки – 34,73 (от 3 до 88 дней) – для обоих показателей р < 0,05.

Время пребывания пациентов в стационаре отличалось как в зависимости от того, была ли госпитализация первичной/повторной, так и от сезона, в котором она происходила, а также половой принадлежности. Так, юноши заметно дольше лечились в тех случаях, когда первичная госпитализация в связи с психотическими расстройствами приходилась на лето (в среднем – 59,2 дня, срок пребывания в ПБ в случаях повторного стационирования был 37,1 день).

Обнаружены также некоторые сезонные различия в показателях продолжительности лечения в ПБ юношей и девушек. Так, для тех и других наиболее длительными оказались госпитализации, приходившиеся *на* летний период (для юношей, в среднем, он составил 59,2 дня при первичном пребывании в ПБ, для девушек – 43,1 дня). Для последних наиболее длительными оказались повторные госпитализации (в среднем 62,4 дня) в том же сезоне, для юношей аналогичный показатель составил 37,1 дня. Самым краткосрочным оказалось пребывание в ПБ зимой, для девушек в среднем 18,5 дней при первичной госпитализации, 32,6 дня – при повторной, а для юношей - 32,4 и 32 дня, соответственно. Весной же этот показатель для юношей и девушек был сопоставим как при первичной (52,6 дня и 47,9 дня), так и при повторной (36,9 дней и 38,7 дней) госпитализациях. Более высокую длительность госпитализаций летом частично можно объяснить тем, что перенос лечения в стационаре на период летних каникул в связи с необходимостью весной полноценно продолжать учебу и сдавать экзамены (ГИА в школе, сессии в колледже, ВУЗе), в ряде случаев, отодвигал начало активной терапии. Это приводило к утяжелению состояния и удлинению госпитального этапа оказания помощи, а также создавало дополнительные трудности в достижении редукции психотических симптомов. Кроме того, вероятно, летом было меньше случаев преждевременных отказов от продолжения лечения в ПБ, формально обоснованных требованиями учебного процесса. Частично это могло быть связано и с тем, что отпускной сезон с пребыванием вне черты города мог побуждать родителей пациентов занимать более активную позицию в отношении лечения их детей.

Интерес представляет и тот факт, что из числа больных, госпитализированных в связи с психотическими расстройствами, у трети пациентов диагноз не нашел подтверждения, причем, в одинаковой пропорции у юношей и девушек. Анализ этих случаев показал, что гипердиагностика психотических эпизодов также обнаруживала определенную сезонность. Наиболее часто пересмотр диагноза происходил в процессе первичного помещения подростка в ПБ летом¸ причем указанное изменение регистрировалось в ходе осмотра в приемном покое лишь у девушек, а распределение пациентов мужского и женского пола, у которых диагноз не подтвердился в ходе наблюдения в стационаре, было равномерным, с некоторым преобладанием у первично госпитализированных в зимний период юношей.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**. Факторы, оказывающие влияние на формирование психотической симптоматики в детско-подростковом возрасте, разнообразны. К ним относятся генетические, конституционально-личностные, социально-средовые воздействия, соматические вредности, а также гендерные и сезонные детерминанты. Их необходимо учитывать при определении возможного развития того или иного синдрома в будущем, построении индивидуального прогноза. В частности, при стационировании пациента подросткового возраста с психотической симптоматикой, определяя предполагаемую продолжительность стационарного этапа лечения, целесообразно принимать во внимание его принадлежность к мужскому или женскому полу, а также сезонность поступления.

**Особенности когнитивных функций у девушек подросткового возраста страдающих, нервной анорексией**

А.В. Шеина¹, В.В. Грачёв², Н.О. Николаева¹

¹Кафедра нейро- и патопсихологии развития ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»; 2Кафедра детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО РМАНПО Министерства Здравоохранения России (Москва);

**ВВЕДЕНИЕ.** В условиях развития современного общества регистрируется рост распространенности различного рода нарушений пищевого поведения, и в том числе нервной анорексии (НА). Научный интерес к данному расстройству определяется значительными трудностями социальной адаптации данной категории больных, высоким уровнем коморбидной психической и соматической патологии, а также недостаточной эффективностью терапевтических мероприятий. Этиопатогенетические механизмы НА остаются не вполне ясными, так если до недавнего времени первостепенными в генезе заболевания считались психосоциальные факторы, то последние десятилетия приходит понимание значимости биологических механизмов в развитии НА, что подтверждается данными генетических, нейрофизиологических и нейроимаджинговых научных работ. В этом контексте особый интерес приобретают нейропсихологически ориентированные исследования, являющихся одним из основных инструментов анализа взаимосвязи морфофункционального состояния ЦНС с психическими процессами и поведением человека как в норме, так и при различных патологических состояниях.

Целью настоящего пилотажного исследования являлосьуточнение особенностей нейрокогнитивного статуса девушек подросткового возраста, страдающих НА, а также анализ взаимосвязей нейрокогнитивных нарушений с клиническими проявлениями заболевания.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Основную группу исследования (группа А) составили 15 пациенток со сроком стационарного пребывания не более 1–2 недель на момент проведения обследования, которым по итогу госпитализации был поставлен диагноз НА (F50.0).

Первая группа сравнения (группа S) включала 9 пациенток со сроком стационарного пребывания не более 1 - 2 недель на момент обследования, которым по итогу госпитализации диагностировали малопрогредиентную шизофрению с синдромом НА (F21.3).

Вторая группа сравнения (группа N) представляла собой нормативную выборку, включавшую 17 учащихся общеобразовательных школ с отсутствием тяжелых соматических и психических заболеваний.

Все три группы значимо не различались по возрасту обследуемых.

При анализе научной литературы был подобран **методический комплекс,** который бы позволил измерить и сравнить по сформированным группам интересующие нас показатели, а именно - особенности нейрокогнитивных нарушений:

* Таблицы Шульте (Козырева, 1995)
* Субтест «Шифровка» из детского варианта методики Векслера (WISC, Панасюк А.Ю. 1973)
* Trail Making Test (Reitan R.M., 1959)
* Конструирование объектов (Алейников С.М., Мелешко Т.К., 1986)
* Методика Эббингауза «Заполнение пропущенных в тексте слов» (Рубинштейн С.Я., 1970)
* Пиктограмма (Херсонский Б. Г., Бажин Е. Ф., 1984)
* Шкала импульсивности Барратта - BIS-11 (Barrat Impulsiveness Scale-11, Patton J.H., Stanford M.S., Barratt E.S., 1995)

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** В нашем исследовании удалось выделить 6 факторов, которые отличали группу больных НА от контрольных групп респондентов:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Средние значения по группам** | **Достоверность различий между группами** |
| ***A*** | ***S*** | ***N*** |
| 1 | Эффективность работы (Табл. Шульте) | 34,82 ± 7,82 | 35,87 ± 4,52 | 30,02 ± 6,28 | р≤0,05 |
| 2 | Часть «А» методики Trail Making Test | 31,67 ± 7,42 | 23,33 ± 5,65 | 26,18 ± 7,92 | р≤0,05 |
| 3 | Конструирование объектов | 5,56 ± 1,24 | 5,5 ± 0,84 | 6,47 ± 0,8 | р≤0,05 |
| 4 | Методика Эббингауза | 16,77 ± 4,35 | 20,5 ± 1,87 | 21,12 ± 2,2 | р≤0,05 |
| 5 | Конкретные образы (Пиктограммы) | 5,2 ± 2,44 | 10,33 ± 0,82 | 10,88 ± 2,52 | р=0,0005 |
| 6 | Атрибутивные образы (Пиктограммы) | 7,3 ± 2,4 | 4,67 ± 0,82 | 4,06 ± 2,3 | р=0,003 |

# ***Результаты корреляционного анализа:***

В группе А была установлена положительная корреляционная связь между индексом массы тела и количеством индивидуально значимых образов в методике "Пиктограммы" ((r=0,7 при р≤0,05), а также отрицательная связь между значением фактора "когнитивная сложность" методики BIS-11 и количеством баллов по методике Эббингауза (r= –0,75, при р≤0,05).

В группе S было обнаружено, что фактор "самоконтроль" методики BIS-11 отрицательно коррелирует с количеством баллов по методике Эббингауза (r= –0,91 при р≤0,05), а также отрицательная связь между значением фактора "отвлекаемость внимания" методики BIS-11 и количеством баллов за выполнение методики "Конструирование объектов (r=–0,86 при р≤0,05).

**ВЫВОДЫ.**

1. Особенности нарушения внимания, в частности, устойчивость и способность к переключению, а также мыслительных процессов в целом характерны для пациентов с синдромом НА разной нозологической принадлежности. Предположительно, данные снижения показателей носят обратимый характер при пограничной психической патологии, и становятся менее выражены в процессе лечения и увеличения массы тела.

2. Нарушения мышления и уровень критичности больных с синдромом НА связаны со снижением способности планирования адекватного решения задач, контроля над поэтапным выполнением необходимой стратегии, а также учетом возможных ошибочных результатов.

3. Физическое и психическое истощение у больных НА связаны с характером опосредования информации с тенденцией к упрощению и компенсации при отображении образов, о чем свидетельствует большее количество атрибутивных и формальных изображений, в сравнении с пациентами с шизофренией и нормативными испытуемыми.

**Особенности мышления как предиктор предпочитаемого переговорного стиля личности у подростков 15-18 лет**

Маслова К.Е.1, Хохлов Н.А.1, 2, Гасимов А.Ф.1

1. Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, факультет психологии

2. Центр тестирования и развития «Гуманитарные технологии»

**ВВЕДЕНИЕ.** В подростковом возрасте личность сталкивается с задачей построения отношений с другими людьми на основе заранее заданных образцов и условий [6]. Коммуникативная компетентность активно формируется именно в этом возрасте. К периоду ранней юности можно говорить о сформированной стабильной форме коммуникативного поведения человека, проявляющейся в ведении переговоров, то есть о сформированном предпочитаемом переговорном стиле [3].

В нашем исследовании мы опираемся на модель Г.У. Солдатовой и А.Ф. Гасимова [3], которая подразумевает следующие разновидности предпочитаемого переговорного стиля личности: дистрибутивный стиль, интегративный стиль с ориентацией на партнера («соучастника решения проблемы») и интегративный стиль с ориентацией на ситуацию. Интегративный стиль, ориентированный на партнера, – это стиль ведения переговоров, при котором наблюдается стремление к единому совместному пониманию конфликта, интересов и потребностей с целью сохранения и поддержания долговременных отношений партнерства. Интегративный стиль, ориентированный на ситуацию, отличается от первого стиля тем, что главным интересом стороны выступает текущая ситуация, но инструменты решения конфликта выбираются с учётом интересов оппонента. Дистрибутивный стиль проявляется в стремлении к власти и подавлении второй стороны, преобладает конкурирующая позиция и деструктивные для оппонента методы разрешения конфликта. Для каждого стиля характерны процессуальные и индивидуально-личностные особенности межличностного взаимодействия. Стили устойчивы во времени.

Переговоры проходят наиболее эффективно в творческой атмосфере, при которой в результате сочетания различных точек зрения продуцируется новое знание о решении противостояния сторон [7]. Таким образом, мышление можно считать важным помощником в решении конфликта.

Вслед за А.Ф. Корниенко [2] мы рассматриваем мышление как познавательный процесс, направленный на разрешение проблемной задачи, при котором в результате опосредованного отражения заданных условий среды продуцируется что-то качественно новое. Важно, что мышление обрабатывает условия среды индивидуальным образом, то есть субъект формирует уникальное представление о проблемной задаче.

**ЦЕЛЬ.** Целью нашей работы является изучение взаимосвязи между особенностями мышления и предпочитаемым переговорным стилем личности. Предмет исследования – характеристики мышления как факторы предпочитаемого переговорного стиля личности.

На основе теоретического предположения о том, что особенности мышления влияют на формирование предпочитаемого переговорного стиля личности, мы сформулировали следующую гипотезу: когнитивный стиль, когнитивная научаемость (повышение скорости решения когнитивных задач в результате приобретения опыта), познавательная и личностная предрасположенность к формированию однозначного или многозначного контекста, а также скорость, лабильность и ригидность мышления связаны с предпочитаемым переговорным стилем личности.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Для изучения связи мышления с предпочитаемым переговорным стилем личности использовались следующие методики. Для определения предпочитаемого переговорного стиля личности применялась методика Г.У. Солдатовой и А.Ф. Гасимова [3]. Для оценки лабильности и ригидности мышления использовалась методика, разработанная В.Д. Балиным с соавторами [2]. Предрасположенность к формированию однозначного или многозначного контекста измерялась с помощью методик Н.А. Хохлова и Г.Д. Взорина (Ласькова) [5]. Когнитивный стиль личности оценивался с помощью методики М.А. Холодной [4].

В исследовании приняли участие 110 человек, из них 65 мужчин и 45 женщин в возрасте 15-18 лет (средний возраст – 16,4 года). Все участники исследования имели неоконченное среднее образование.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выявлена статистически значимая связь между когнитивным стилем личности и стилем переговоров. Люди с преобладающим дистрибутивным переговорным стилем чаще характеризуются полезависимостью (V = 0,23, р = 0,0491). Данная закономерность подтверждается результатами исследований Г.Л. Бардиер [1], показавшей меньшую социальную толерантность полезависимых индивидов. Дистрибутивный переговорный стиль, как и низкий уровень социальной толерантности, наименее эффективен при ведении переговоров.

На уровне тенденции проявилась связь между уровнем развития личностной предрасположенность к формированию многозначного контекста и интегративным стилем, ориентированным на партнёра.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Выдвинутая нами гипотеза была частично верифицирована. Когнитивный стиль личности связан с предпочитаемым переговорным стилем. Когнитивная научаемость, а также скорость, лабильность и ригидность мышления не связаны с предпочитаемым переговорным стилем личности. На уровне тенденции проявляется связь между личностной предрасположенностью к формированию многозначного контекста и интегративным стилем ведения переговоров, ориентированным на партнёра.

Проведённое исследование показало, что среди подростков в наибольшей степени преобладает дистрибутивный стиль ведения переговоров. Это позволяет говорить об актуальности проведения психологической работы с подростками, направленной на просвещение и распространение знаний о наиболее эффективных моделях и способах ведения переговоров.

В перспективе планируется продолжить данное исследование и изучить особенности вербальной активности у лиц с разным когнитивным стилем во время переговорного процесса.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Бардиер Г. Социальная психология толерантности. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2005. – 118 с.
2. Корниенко А.Ф. Сущность процессов мышления и мыслительной деятельности // Научный диалог, 2013. – № 4 (16). – С. 49-65.
3. Солдатова Г.У., Гасимов А.Ф. Разработка и апробация методики оценки переговорного стиля личности (МОПС) // Экспериментальная психология, 2019. – в печати.
4. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 384 с.
5. Хохлов Н.А., Ласьков Г.Д. Разработка и апробация методик диагностики предрасположенности к формированию однозначного или многозначного контекста // Психологическая наука и образование, 2019. – № 3 (24). – С. 95-107.
6. Эльконин Д.Б. Детская психология: учеб. пособие для студ. вузов. – 2-е изд., стер. – М.: Академия, 2005. – 383 с.
7. The handbook of conflict resolution: Theory and practice / Edited by M. Deutsch, P.T. Coleman, E.C. Marcus. – 3d ed. – San Francisco: John Wiley & Sons, 2014. – 1264 pp.

**Готовность к медицинскому комплаенсу у матерей, дети которых находятся на амбулаторном психиатрическом лечении**

Трушкина С.В.1, Скобло Г.В.2

1 ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

2 ГБОУ «Московский государственный психолого-педагогический университет»

**ВВЕДЕНИЕ.**

Семья обоснованно рассматривается специалистами как один из важнейших ресурсов лечебно-реабилитационного процесса для ребенка. Степень включенности родителей детей-пациентов в лечебно-реабилитационный процесс имеет прямую связь с эффективностью врачебной помощи. Именно комплаенс, т.е. готовность и способность родителя обеспечивать выполнение ребенком лекарственных назначений, осуществлять контроль за его состоянием, добиваться его согласия на лечебные процедуры, обследования или госпитализацию, регулярно посещать специалистов по развитию и специальному образованию и многое другое, помогают врачу добиваться устойчивых результатов в лечении и реабилитации ребенка. Поэтому вопрос достижения продуктивного медицинского комплаенса с родителем больного ребенка весьма актуален как в соматической медицине, так и в психиатрии. При этом, как показывают исследования и клиническая практика, уровень комплаентности родителей детей-пациентов психиатрических учреждений далеко не всегда достаточно высок, что встречает непонимание и резко отрицательную эмоциональную реакцию у врачей.

Семьи детей с нарушениями психического здоровья нередко обладают рядом особенностей, заметно отличающими их от среднестатистической семьи, с чем нельзя не считаться, выстраивая взаимодействие с ними. Прежде всего это относится к высокой степени подверженности членов семьи стрессу в связи с психическим заболеванием у ребенка. Длительное, часто многолетнее, течение психического заболевания у ребенка способно оказывать на членов семьи хроническое психотравмирующее воздействие. Значительный вклад в утяжеление эмоциональной обстановки в семье вносит ее зависимость от колебаний состояния ребенка с нарушениями психического здоровья – от вселяющих надежду улучшений к вновь повторяющимся обострениям и проблемному поведению. Психическое заболевание ребенка накладывает на семью так называемое «бремя болезни» - целый спектр жизненных ограничений, связанных с физическими и эмоциональными перегрузками, финансовыми затруднениями, сужением жизненных перспектив, вынужденным отказом от карьеры или профессии, уменьшением времени для досуга, отдыха и собственного развития и т.д. Все это не может не сказываться на физическом и психическом состоянии членов семьи. В подавляющем большинстве случаев нарушения психического здоровья у родителей тяжело и длительно болеющих детей остаются нераспознанными и не леченными. При этом нарушения психического здоровья у родителя вполне могут стать одной из причин его трудностей в выстраивании отношений с врачами, его неспособности быть организатором правильного образа жизни для себя и ребенка, решать проблемы и справляться с возникающими на пути лечения препятствиями. Нами было предпринято комплексное исследование нарушений психического здоровья и психологического благополучия у родителей детей, находящихся на лечении в психиатрическом учреждении.

**ЦЕЛЬ.**

Целью данного фрагмента исследования было прослеживание связи между длительностью пребывания родителя психически больного ребенка в стрессогенной ситуации тяжелой болезни сына или дочери, и особенностями психоэмоционального состояния родителя и степенью его комплаентности со специалистами психиатрических служб.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.**

В исследовании приняли участие 29 матерей детей-пациентов амбулаторного звена психиатрической больницы, русскоговорящих жительниц Московской области, возраст испытуемых – 26-43 лет. Их дети находились на амбулаторном лечении в Орехово-Зуевской областной психиатрической больнице с диагнозами «Детский аутизм» и «Шизофрения». Первую группу (16 испытуемых) составили матери детей в возрасте 4-7 лет, вторую группу (13 испытуемых) – матери подростков 13-17 лет. Основными методами исследования являлись беседа и наблюдение в ходе проведения занятий родительской психотерапевтической группы. Занятия проводились психиатром и клиническим психологом по специально разработанной программе, отдельно для каждой группы. Кроме того, использовалось краткое интервью с лечащим ребенка врачом с целью получения информации о степени выполнения родителем лекарственных и иных назначений для ребенка.

**РЕЗУЛЬТАТЫ.**

Опыт проведения родительских групп для родителей детей-пациентов психиатрического учреждения выявил наличие связи между длительностью течения заболевания у ребенка (и соответственно - временем пребывания родителя в психотравмирующей ситуации) и состоянием его собственного психического здоровья, степенью его вовлеченности в проблемы ребенка и уровнем комплаентности со специалистами психиатрических служб. Так, матери четырех-пятилетних детей, диагноз которым был выставлен относительно недавно, несмотря на эмоционально-стрессовую нагрузку, показывали высокий уровень вовлеченности в проблему, активный поиск возможностей и способов помочь своему ребенку, относительно высокий уровень оптимизма и энтузиазма; активно сотрудничали с врачом. Матери подростков, болеющих более семи лет, демонстрировали узнаваемую картину эмоционального выгорания. Им были в большей степени, чем матерям первой группы, свойственны душевная опустошенность, отстраненность от ребенка и от ситуации его болезни, нередко – враждебность к нему, неверие в действенность психиатрического лечения и возможность наступления стойкого улучшения, заметное ухудшение их психического и соматического здоровья, снижение уровня их собственной социальной адаптации. В группе матерей подростков в 3-х случаях (23 %) отмечалась алкоголизация матери, в 5-и случаях (38 %) – клинически выраженные депрессивные состояния различной степени тяжести, не имевшие места в первой группе. Такое состояние матерей отрицательно влияло на объем и качество психиатрической помощи, оказываемой ребенку вне больницы, при их посредничестве. Следствием этого было снижение ожидаемого лечащим врачом прогресса в лечении ребенка и утяжеление его состояния при нахождении вне стен больницы.

Следует подчеркнуть, что не все матери в ситуации психической болезни ребенка были подвержены выраженным психиатрическим или психологическим проблемам. Часть родителей самостоятельно справлялись с ними и достаточно успешно адаптировались к произошедшим в их жизни изменениям.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

Таким образом, длительность пребывания родителя в эмоционально тяжелой ситуации психической болезни у ребенка является одним из факторов, способных негативно повлиять на его психологическое и психическое здоровье, на мотивацию к лечению ребенка и на готовность к комплаенсу с врачами психиатрического учреждения.

В целом, некомплаентное поведение родителя ребенка-пациента психиатрического учреждения выступает как сложный и неоднозначный психологический (а в части случаев – и психопатологический) феномен и требует своего более детального изучения. Выявление причин и закономерностей этого явления необходимо для разработки научно-обоснованных подходов к организации системной помощи родителям детей-пациентов, особенно - находящихся на длительном лечении в психиатрических учреждениях.

**Проблема достижения социализации больных и медико – просветительские аспекты в работе участкового детского психиатра**

Шмакова О.П.

ФГБНУ НЦПЗ (Москва)

**ВВЕДЕНИЕ**: медико-социальная помощьдетям и подросткам в амбулаторной психиатрический сети, вопросы психообразования лиц, обращающихся за психиатрической помощью и их ближайших родственников, задачи медицинского просвещения чрезвычайно актуальны, взаимосвязаны друг с другом.

**ЦЕЛЬ:** анализ особенностей и проблемных аспектов амбулаторной психиатрической помощи детям и подросткам с точки зрения пролонгированного наблюдения за социализацией пациентов, оценка роли психообразования и медицинского просвещения.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**. В ходе длительного (максимальный срок прослеживания – 20 лет) проспективно – катамнестического изучения когорты из 1203 (м.- 914 (76%), ж. – 289(24%)) заболевших в детстве и обратившихся в психоневрологический диспансер пациентов 1990-1992 г.г. рождения, катамнезированных в возрасте 23-25 лет (1095 больных – 91%), выявлены особенности и проблемные аспекты амбулаторной медико-социальной помощи детям и подросткам; предложены методики психообразования и выявления дефицита повседневных навыков подростков.

Из 1203 пациентов, 43,3% (521 человек) наблюдались в связи с органическими психическими расстройствами (далее - ОПР); 17% (205) – с умственной отсталостью (УО); 12,8% (154) – с расстройствами шизофренического спектра (РШС); 7,8% (94) - с расстройствами личности; 7,6% (91) – с невротическими расстройствами; 6,8% (82) – с нарушениями поведения и эмоций в детском возрасте; 4,7 % (56) – с иными психическими расстройствами. 135 (м.- 91; ж.- 44) – 11% в возрасте до 18 лет признавались детьми-инвалидами: 65 (м.-40; ж.-25) – 32% из всех больных, наблюдавшихся с УО; 21 (м.-11; ж.-10) - 4% с ОПР; 49 (м.-40; ж.-9) – 32% с РШС; в иных нозологических категориях инвалидов не было. В возрасте 23-25 лет 139 человек (м.- 99; ж.- 40) были инвалидами.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический, клинико-катамнестический, статистический. Степень тяжести клинической картины оценивалась по шкале CGI-S; уровень интеллектуальных нарушений – методиками Векслера, Равена. Для ранжирования больных по уровню социального функционирования в подростковом возрасте использовалась: «Карта регистрации социальных навыков и умений подростков, страдающих хроническими психическими расстройствами» (далее - «Карта»).

**РЕЗУЛЬТАТЫ**. Социальная адаптация и уровень развития повседневных навыков жизнедеятельности, оценённых с применением «Карты» в подростковом возрасте у пациентов с УО, положительно коррелировали с итоговым средним баллом развития навыков и тяжестью умственного недоразвития – чем выше были интеллектуальные показатели, тем выше балл, оценивавший социальную адаптацию (коэффициента ранговой корреляции Спирмена: r = 0,567382, p < 0,00001). Для всех пациентов с УО было характерно снижение уровня развития образовательных навыков при относительной сохранности развития навыков самообслуживания, бытовых умений.

Социальная адаптация неинвалидизированных подростков с ОПР (500 человек), нарушалась незначительно, временно, ситуационно. Худшие показатели развития повседневных навыков регистрировались у инвалидов, перенёсших тяжёлое органическое поражение мозга, повлекшее тяжёлое либо умеренное нарушение интеллекта, двигательные нарушения. Недостаточность развития навыков общения у инвалидов обусловливалась неадекватностью в межличностных взаимодействиях по причине вязкости мышления, наличия психопатоподобных расстройств, аффективной неустойчивости, что не позволяло пациентам удерживаться в детских коллективах (их переводили на индивидуальное обучение). В семьях больные либо конфликтовали с родственниками, либо проявляли патологическую пассивность и инертность. Самыми плохо сформированными оказались навыки по контролю и планированию своей деятельности, способность ориентироваться вне дома и пользоваться общественным транспортом, вследствие интеллектуальных нарушений, неадекватности поведения, частого сочетания с нарушениями двигательно - моторной сферы.

Больные, наблюдавшиеся по поводу РШС, демонстрировали значительный разброс в уровне социальной приспособленности. Негативное влияние на их адаптационные возможности оказывали сохраняющаяся активность эндогенного процесса, ранний возраст его начала и значительная степень прогредиентности. Подростки с РШС показывали низкие баллы состоятельности в сферах: в разделе «общение» более нарушенными оказывались невербальное общение, сложные техники общения, межличностное взаимодействие. Многими навыками из разделов «самообслуживание» и «быт» пациенты с параноидной формой и шизотипическим расстройством обладали, но фактически не реализовывали их в силу негативных расстройств, бредовой симптоматики. Пациенты, страдавшие ранними детскими формами болезни, с олигофреноподобным дефектом требовали постоянной помощи в самообслуживании и быту, передвижении вне дома, поэтому вопрос о наличии и реализации этих навыков зачастую не стоял, навыки были не сформированы. У большинства больных РШС отмечалась диссоциация между образовательными навыками и компетенциями из сфер самообслуживания и быта: демонстрируя неплохой уровень знаний, они оставались беспомощны в быту. Наконец, эти пациенты обнаруживали индивидуальные предпочтения в реализации отдеьных навыков.

Психообразовательные и медицинско-просветительские беседы на протяжении наблюдения за детьми и подростками предпринимались для обсуждения комплекса вопросов: «знание о болезни», «развитие навыков управления медикаментозным лечением», «стратегии преодоления болезни», «внешние ресурсы поддержки». В отличие от семинаров, проводимых со взрослыми пациентами и теми, кто находится на стационарном лечении, психообразование в условиях детской поликлиники чаще осуществлялось индивидуально с родственниками больных (преимущественно с матерями) а также самими пациентами, достигшими подросткового возраста. Темы чередовались в свободном порядке, при возникновении запроса у близких и самих больных, а также по мере необходимости с точки зрения помощи пациентам. Вопросы, обсуждаемые с родственниками, в целом были схожи с теми, которые впоследствии проговаривались с подростками. Тематика разбиралась в индивидуальной адаптированной манере для каждого собеседника.

Катамнестическое обследование в возрасте 23-25 лет (2013-2015 г.г.) выявило, что среди неинвалидизированных в детстве и в молодом взрослом возрасте пациентов – 956 чел., учились и имели постоянную либо временную занятость 748 человек (79%); не работали и не учились – 208 (21%), тогда как по данным государственной статистики в эти годы уровень безработицы населения составлял 5,6%; безработица среди 20-24 летних – 14,3%; среди 25-29 летних – 6,2% (данные за 2015 г. по сведениям Росстата). Инвалиды во взрослом возрасте (139 больных) в основном являлись инвалидами с детства (118 человек). Несмотря на относительную компенсацию клинических симптомов, инвалиды в возрасте 23-25 лет, как правило, не работали, проживали с родственниками, частично или полностью обслуживались ими.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Основными факторами, способствовавшими успешной социальной адаптации во взрослом возрасте являлись: близкие к нормативным показатели интеллекта; лёгкая степень выраженности психопатологических расстройств; малая прогредиентность эндогенно обусловленных заболеваний; отсутствие, либо минимальная представленность коморбидных расстройств; комплаентность как самих больных, так и их родителей; проведение поэтапного комплексного лечения, психолого-педагогических и социальных коррекционных мероприятий на протяжении взросления; отсутствие выраженных личностных девиаций и инфантилизма; адекватный образовательный маршрут; благополучное социальное окружение. Проведение психообразовательных и медицинско-просветительских мероприятий способствовало повышению комплаентности больных и их родителей, способствовало в конечном итоге повышению показателей социального функционирования больных на протяжении взросления.

Выявлен ряд недостатков амбулаторной медико-социальной службы, способных приводить пациентов к выраженной социальной дезадаптации: запоздалая обращаемость и частая первичная гиподиагностика расстройств, приводившие к задержке начала специфического лечения и иной помощи; запоздалое оформление инвалидности; недостаточное внимание, уделяемое социализации больных, обучение по неадекватному образовательному маршруту.

**Особенности психологической адаптации студентов помогающих специальностей к экзаменационному стрессу**

Левицкая Э.В., Беляева С.И.

РГПУ им. А.И. Герцена

**ВВЕДЕНИЕ.** Экзаменационный стресс занимает одно из первых мест среди причин, вызывающих психическое напряжение. Часто экзамен становится психотравмирующим фактором, который учитывается в клинической психологии при определении характера психогении и может являться пусковым механизмом реактивной депрессии. К тому же, во время экзаменационной сессии происходит информационная перегрузка, что повышает психоэмоциональное напряжение и общий уровень тревожности учащегося. Студенты помогающих специальностей, обучающиеся на очной форме, чаще подвержены эмоциональному напряжению в период экзаменационной сессии за счет специфики выбранной профессии.

**ЦЕЛЬ**. Выявление особенностей психологической адаптации студентов помогающих специальностей к экзаменационному стрессу.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**. В исследовании приняли участие 26 студентов четвертого курса, обучающихся на очной форме. Респонденты были разделены на две группы по профилю обучения: первая группа – студенты психологического профиля (13 студентов), вторая – студенты медицинского профиля обучения (13 студентов). Средний возраст респондентов двух групп близок по значению и составил 21,4 года.

Методы исследования:

1. Клинико-психологический метод: авторское структурированное интервью.
2. Экспериментально-психологический метод:
	1. Интегративный тест тревожности (ИТТ);
	2. Анкета самооценки самочувствия (АСС);
	3. Методика «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса;
	4. Методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса.
3. Математико-статистический метод обработки данных.

**РЕЗУЛЬТАТЫ**. Изучение социально-демографических и социально-психологических характеристик студентов, обучающихся по профилю психологии и медицины определило, что экзаменационная сессия является напряженным (стрессовым) периодом жизни студентов (61,6% студентов психологического профиля и 76,9% студентов медицинского профиля на вопрос авторского структурированного интервью «Является ли экзаменационная сессия напряженным (стрессовым) периодом жизни?» выбрали вариант ответа «да»). Выявление уровня ситуативной тревоги и личностной тревожности студентов, обучающихся по профилю психологии и медицины определило, что личностная тревожность учащихся преобладает над ситуативной. В обоих случаях выражен астенический компонент (8 станайнов по методике ИТТ). Изучение оценки субъективного самочувствия и наличия соматических жалоб исследованных студентов, позволило сделать вывод о том, что как в период экзаменационной сессии, так и в течение года студенты имеют удовлетворительный уровень общего состояния (4 балла по методике АСС), с частыми жалобами на сонливость. Определение доминирующих копинг-стратегий и иррациональных установок студентов помогающих специальностей показало, что в сессионный период учащиеся чаще всего используют реагирование типа уклонения, копинг-механизм «Бегство-избегание». Каждых тип иррациональных установки так или иначе присутствует у студентов, но в обеих группах респондентов характерное проявление выявлено в параметре «Долженствование в отношении других». Это свидетельствует о завышенных ожиданиях студентов к окружающему социуму.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**. Результаты сопоставления исследованных данных, полученных при обследовании двух групп студентов показали значительные различия в количественном распределении выбора участниками исследования копинг-стратегии «Поиск социальной поддержки» - чаще её используют студенты психологического профиля обучения (49,2 балла по методике «Стратегии совладающего поведения» у студентов-психологов и 39,4 балла у студентов-медиков). В то же время, по данным интервью, студенты медицинского направления чаще отмечают, что не получают психологической поддержки со стороны, но активнее используют алкогольные напитки как способ снятия напряжения (23,1% студентов группы медицинского профиля употребляют алкоголь каждодневно; 38,5% - раз в неделю и 30,8% - раз в месяц). В контексте соматического состояния особое заметны различия в количестве жалоб на состояние здоровья. Студенты медицинского профиля отмечали у себя в полтора раза больше соматических жалоб, чем студенты психологического профиля обучения (92 жалобы и 60 жалоб соответственно).

Таким образом, выявленные особенности психологической адаптации студентов помогающих специальностей к экзаменационному стрессу позволяют дать научное обоснование мероприятий психологического сопровождения студентов. Различия, выявленные между группами студентов-психологов и студентов-медиков, дают возможность более дифференцированно определить направление и содержание психологической поддержки студентов помогающих специальностей.

**Несуицидное самоповреждающее поведение у больных с булимическими расстройствами**

Поздняк В.В., Хуторянская Ю.В., Гречаный С.В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и наркологии (Санкт-Петербург)

**ВВЕДЕНИЕ.** В последнее время отмечается рост несуицидных самоповреждений (self-harm) среди подростков и молодых людей. Несуицидное самопреждение включено в рубрику DSM-V (Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorders, 2013). [1]. В группе риска пациентов с психическими расстройствами, они выявляются у 33,2 % юношей и у 34 % девушек. [2].

Несуицидные самоповреждения обладают следующими признаками: преднамеренность, повторяемость, целенаправленность, социальная неприемлемость, отсутствие суицидного намерения, чувство напряжения или тревоги, предшествующие акту, чувство облегчения или беспокойства после акта самоповреждения. [3].

К самоповреждающим действиям чаще всего относятся: самопорезы, сопровождающиеся болевыми ощущениями и повреждениями; перфорация частей тела с помещением в отверстие инородных предметов; уколы; самоожоги; неполное самоудушение; татуировки, пирсинг. [4], [5]. Однако, в широком смысле слова к разновидности самоповреждающего поведения можно отнести и косвенный вред телу вследствие анорексии и булимии.

По данным литературы отмечается определенная схожесть личностных особенностей подростков и молодых людей с self-harm и расстройством пищевого поведения (РПП). Самоповреждение не является нозоспецифичным синдромом и может встречаться при различных нозологических формах, наиболее часто входит в структуру дисморфоманического синдрома, обсессивно-компульсивных переживаний, расстройств пищевого поведения.
**ЦЕЛЬ.** Изучить особенности РПП у подростков и молодых людей с самоповреждающим поведением.
**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.** Обследовано 45 подростков и молодых людей в возрасте от 15 до 23 лет. Использовался клинический, клинико-анамнестический, личностно-психологический (методики: «человек под дождем»; ИЖС; опросник «Образ телесного я», ISAS; шкала безнадежности Бека для подростков; шкала FACES-3; шкала Йеля Брауна; шкала импульсивности Баррата).

**РЕЗУЛЬТАТЫ**. 1) Несуицидное самоповреждающее поведение встречается при следующих психических расстройствах: 25 пациенток (55,5%) диагностировались смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации; 7 (15,5%) аффективные расстройства; 4 (13,5%) расстройство личности; 3 (10%) расстройства поведения; 4(8,8%) шизофренические расстройства; 2 пациентки (4,4%) с расстройством пищевого поведения. 2) чаще всего наносили самоповреждения подростки с булимическими расстройствами в анамнезе (44,4%); 3) в клинической картине расстройств пищевого поведения на первом плане у 20 пациенток было компульсивное переедание. При этом у всех пациенток наблюдалось регургитационное поведение. 4) большинство пациенток 30 (66,7%) были убеждены в предвзятом к ним отношении со стороны родственников и значимого макросоциального окружения. Это влекло за собой ограничение общения, стойкие прогулы школы, у 80% из этих пациенток была дисморфомания, и их социальная изоляция могла рассматривать как идея маскировки; 5) Self- harm присоединялись на этапе сформированного компульсивного переедания. 6) Использовались следующие МПЗ: отрицание, регрессия, проекция и вытеснение. Все типы относятся к протективным механизмам, что свидетельствует о низком уровне адаптивного поведения. 7) Пациентки с СП используют эмоционально-ориентированный копинг, включающий в себя мысли и действия, которые имеют своей целью снизить физическое или психологическое влияние стресса. 8) По результатам анализа ООСТ у 80% обследованных выявляется неудовлетворенность своей внешностью. 9) По данным проективной методики «Человек под дождем»: 100% пациенток испытывают внутреннее напряжение и тревогу, 100% пациенток снижена адаптация в социуме, 80 % пациенток импульсивны, 67% пациенток агрессивны и 67% пациенток испытывают потребность в защите, помощи и общении.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Несмотря на то, что были представлены различные нозологические группы, у 44,4 % пациентов отмечались РПП булимического характера в анамнезе. Самоповреждения присоединялись на этапе, когда булимические эпизоды становились компульсивными и приходили на смену регургитационного поведения. Общей закономерностью является использование протективным механизмам психологических защит, что свидетельствует о низком уровне адаптивного поведения. Таким образом, доминирующей мотивацией самоповреждений у пациенток с расстройствами пищевого поведения было переживание чувства вины в связи с телесным несовершенством, переживание неразделенности своих чувств, бесполезности существования. В данном случае self-harm - поведение рассматривалось как неконструктивная патологическая стратегия преодоления переживаний при РПП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. — 992 p

2) Ворсина О.П. Суицидальное поведение детей и подростков / Ворсина О.П., Дианова С.В., Чернигова Е.П.// Методические рекомендации. Иркутск, 2014. -60 с.

3) Pattison, E.M. The deliberate self-harm syndrome / E.M. Pattison, J. Kahan //American Journal of Psychiatry. –1983. –Vol. 140 (7). –Р. 867–872).

4) Jeffreys, S. 'Body Art' and Social Status: Cutting, Tattooing and Piercing from a Feminist Perspective / S. Jeffreys // Feminism and Psychology. –2000. –Vol. 10(4). –P. 409–430;

5) Pitts, V. In The Flesh: The Cultural Politics of Body Modification / V. Pitts. –Basingstoke: Palgrave Macmillan. 239pp. 2003.

**Клинические проявления аутизма у детей в раннем возрасте**

Горюнова А.В., Воронкова Н.А., Данилова Л.Ю., Боброва Н.А., Шевченко Ю.С.

Кафедра детской психиатрии и психотерапии, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

Диагностика аутизма и расстройства аутистического спектра в раннем возрасте одна из сложных диагностических проблем, находящихся на стыке детской психиатрии, педиатрии и неврологии. С учетом необходимости проведения психиатрами медосмотров детей в возрасте 2-х лет жизни (приказ МЗ РФ № 1346 от 21 .12. 2012г.) актуальность этой проблемы возрастает.

Критерии диагностики аутизма, предложенные МКБ-10 и ДСМ-4, **неприменимы** для детей раннего возраста. В дополнении к МКБ-10 «Нарушения психического здоровья и развития в младенчестве и раннем возрасте», расстройства аутистического спектра с началом в младенческом и раннем возрасте, выраженные на субклиническом уровне, размываются в нозологически неспецифичной группе «мультисистемные нарушения развития». Таким образом, необходимость разработки критериев диагностики аутизма у детей до 3-х лет очевидна.

В настоящее сообщение вошли результаты многолетних наблюдений за 214 детьми в возрасте от 6 мес. до 3 лет с диагнозами: расстройства аутистического спектра, задержка психо-речевого развития и психическими расстройствами. Выделены симптомы-предикторы аутизма, сгруппированные в блоки.

 По возрасту больные распределились:

 6 мес. -11 мес. 29 дней 25 человек (17 мальчиков и 8 дев.),

с 1г. – 11 мес. 29 дней 63 чел (45 М и 18 дев.),

с 2лет - 3 лет 11мес. 29 дней 126 чел. (86 М и 30 дев.)

* Нарушения взаимоотношений и общения в раннем возрасте: отсутствие фиксации взгляда на лице взрослого или контакта глаза-в-глаза, комплекса внимания, «подражания», интонационного крика; позднее появление ответной улыбки, слабость комплекса оживления.
* Нарушения инстинктивного поведения и социальных навыков: индифферентное отношение к матери или аффективный симбиоз с ней (нарушение системы «мать – дитя»); отсутствие реакции на свое имя после 6 мес.; отсутствие указательного жеста, подражания мимике, звукам животных и речи, жестам, детских игр («ладушки», сорока-воровка и т.д.).
* Искажение или задержка этапов двигательного развития при отсутствии парезов. Расстройства мышечного тонуса: мышечная гипотония или дистония. Отсутствие позы готовности при взятии на руки, трудность фиксации позы. Малая двигательная активность до 1 года, сменяющаяся гиперактивностью после становления ходьбы. Раннее появление двигательных стереотипий.
* Патологические речевые феномены: задержка или искажение формирования предречевых этапов (бедное гуление и лепет). Позднее появление слогов, слов, замена их звуками, интонационная невыразительность. Диссоциация речевого развития в виде задержки импрессивной и коммуникативной функции речи при достаточной артикуляции.
* «Завороженность» созерцанием ярких предметов, их движением. Задержка игры на этапе стереотипного манипулирования. Своеобразная избирательность в игрушках, замена их бытовыми предметами с формированием сверхценного отношения к ним. Отсутствие воображения в игре. Протодиакризис.
* Эмоциональные особенности: «серьезный» взгляд с первых дней жизни, грустное, отстраненное выражение лица, гипомимия. Гиперестезия в сочетании с общей аналгезией. Высокий уровень тревоги, готовность к паническим реакциям, раннее формирование страхов.
* Сочетание трудностей привлечения внимания с большой пугливостью и гиперчувствительностью. Страх мытья головы. Гиперметаморфоз.
* Нарушения вегетативно-инстинктивных функций, возникающие при отсутствии перинатальной патологии спустя 1-3 мес. после родов и сохраняющиеся в последующие годы: расстройства сна, аппетита, желудочно-кишечные расстройства. Отсутствие реакции на физический дискомфорт. Избирательность в еде, предпочтение протертой пищи. Задержка формирования навыков опрятности, самообслуживания.
* Ригидная привязанность к стереотипам: в еде, одежде, распорядке дня, расположению предметов. Трудности адаптации к переменам. Нозологическая принадлежность аутистических проявлений у детей раннего возраста уточняется в ходе дальнейшего обследования и наблюдения. На раннем возрастном этапе клинические проявления нарушений развития с аутистическими расстройствами (атипичный аутизм, ранняя детская шизофрения, аутистические синдромы вследствие органических поражений головного мозга, хромосомных и генетических синдромов) имеют много общих клинических признаков. Тем не менее, степень выраженности отдельных специфических нарушений позволяет уже в этом возрасте дифференцировать указанные расстройства.

**Врачебная профессиональная консультация подростков с психическими отклонениями**

Ганузин В.М.

Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль

Введение. Медико-социальная адаптация подростков с ограниченными психическими возможностями является одним из условий по включению данной группы в жизнь общества и их самореализации. Врачебная профессиональная консультация школьников с заболеваниями нервной системы является одним из этапов медико-социальной и трудовой реабилитации [1,2,4,5,6,7]. Настоящая работа является продолжением изучения врачебной профессиональной консультации подростков с патологией ЦНС, часть которой была опубликована ранее в журнале Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. (19) №1. С. 95 – 100 [3].

Целью работы явилось изучение возможности подбора профессии и учебного заведения подросткам с психическими отклонениями при проведении врачебной профессиональной консультации в условиях первичного звена здравоохранения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 65 подростков с различными психическими расстройствами. Часть из них проживала и обучалась в школе-интернате 8 типа.

ВПК проводилась в присутствии родителей или социального педагога в период стабилизации патологического процесса. В качестве методического материала использовали Федеральный протокол оказания первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях: медицинское профессиональное консультирование и профессиональная ориентация обучающихся. ФП РОШУМЗ-5-2014 и Приказ МТ и СЗ РФ от 1 февраля 2018 г. № 46 и Перечни медицинских противопоказаний к работе и производственному обучению подростков [3,9].

Результаты. Всем подросткам, прошедшим врачебную профессиональную консультацию, был рекомендован ряд основных и дополнительных специальностей, а также учебные заведения, где эти специальности можно получить. Результаты врачебной профессиональной консультации, медицинские ограничения и рекомендуемые профессии заносили в специальный раздел Медицинской карты ребенка (форма №026/у-2000). В данном разделе указывались рекомендуемые профессии, учебные заведения и не рекомендуемые производственные факторы, неблагоприятно влияющие на патологический процесс [3,6].

Обсуждение. Овладение профессиональными навыками подростками тесно связано с состоянием нервной системы. Поэтому одним из важнейших критериев профессиональной пригодности является состояние центральной нервной системы. Наибольшие трудности при проведении ВПК у нас вызывали подростки с психическими заболеваниями, в т.ч. с шизофренией.

При шизофрении необходимо учитывать форму и период болезни, общее состояние консультируемого, наличии депрессивной, маниакальной и другой симптоматики заболевания, способность адекватного мышления и интеллектуальной деятельности, отсутствие или наличие изменений личности, критическое отношения к своему заболеванию и стойкость социально-трудовой компенсации и др.

Не рекомендуется работы, связанные с значительным нервно-эмоциональным и физическим напряжением, с необходимостью быстро принимать ответственные решения, с опасностью для жизни больного и окружающих, с большим кругом людей, в условиях высокого производственного шума, конвейерного ритма труда, со всеми видами излучения, неблагоприятными метеорологическими и микроклиматическими условиями труда.

При периодической шизофрении с редкими приступами в стадии стойкой ремиссии без нарушения мышления и выраженных изменений личности при наличии критического отношения к заболеванию и сохранной работоспособности. Вяло, благоприятнотекущей шизофрении вне обострения при наличии критического отношения к заболеванию и стойкой социально-трудовой компенсации рекомендуются следующие рабочие профессии: дизайнер компьютерного макетирования, токарь, фрезеровщик, шлифовальщик, мастер по ремонту и обслуживанию персональных компьютеров и ноутбуков, мастер по ремонту сотовых телефонов, слесарь-авторемонтник, слесарь строительных машин, слесарь механосборочных работ, слесарь-электромонтажник, электрослесарь по ремонту бытовой техники, гравер, столяр, плотник, слесарь-инструментальщик, механик по ремонту часов, наборщик, брошюровщик, переплетчик, ювелир, фотооператор, формовщик колбасных изделий, портной, вышивальщица (на различных машинах), швея-мотористка (не на конвейере), наладчик швейных машин, мастер машинного доения, мастер животновод, мастер наладчик оборудования животноводческих комплексов и т.д.

Специальности средних и высших учебных заведений: экономика (труда, материально-технического снабжения, торговли, сельского хозяйства, автомобильного транспорта, бытового обслуживания), бухгалтерский учет в торговле, аграрном хозяйстве и промышленности, статистика, товароведение и организация торговли промышленных и продовольственных товаров, конструирование швейных изделий, архитектура, плодоовощеводство и виноградарство, проектирование городского ансамбля и жилых зон, библиотековедение и библиография, конструирование и моделирование одежды.

Некоторые специальности университетов и вузов культуры: историко-архивоведение, математика, механика, биология, зоология, физиология, литературная работа (проза, поэзия, драматургия, критика, художественный перевод). Искусство: фортепиано, орган, струнные и духовые оркестровые инструменты, пение, композиция, художник оформитель, театроведение, живопись, графика, история и теория изобразительного искусства, интерьер и оборудование (проектирование выставок и рекламы, интерьер мебели), промышленное и монументально-прикладное искусство.

Заключение. Таким образом, одним из медико-социальных этапов реабилитации подростков с заболеваниями нервной системы является врачебная профессиональная консультация, позволяющая выбрать достойную профессию, способствующую улучшению качества их жизни и адаптироваться к современным социально-экономическим условиям.

Учитывая отсутствие в настоящее время справочно-правовой литературы по вопросам обучения и трудоустройства подростков с психиатрической патологией, по нашему мнению, назрела необходимость в разработке такого документа. Для его подготовки необходимо создать рабочую группу специалистов из психиатров, клинических психологов, гигиенистов, профпатологов и юристов.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Ганузин В.М., Ганузина Г.С. Организация врачебной профессиональной консультации школьников с отклонениями в состоянии здоровья. Поликлиника. 2007; 1: 72-73.

2. Ганузин В.М., Черная Н.Л., Ганузина Г.С. Пути совершенствования системы врачебной профессиональной консультации подростков. Поликлиника. 2005;1: 50-51.

3. Ганузин В.М., Черная Н.Л. Врачебная профессиональная консультация подростков при некоторых заболеваниях нервной системы. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2019. (19) №1. С. 95 – 100.

4. Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия как форма дидактогении. Медицинская психология в России. – 2013. – T. 5, № 5. – С. 15. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15150.

5. Иванов В.Ю., Шубочкина Е.И., Чепрасов В.В. Медико-социальные аспекты профессиональной ориентации старшеклассников в современных условиях. Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017; 19 (9): 97-99.

6. Маскова Г.С., Ганузин В.М. Врачебная профессиональная консультация подростков с артериальной гипертензией как фактор профилактики сердечно-сосудистых нарушений у взрослых. Практическая медицина.2017; 111 (10): 67-70.

7. Маскова Г.С., Черная Н.Л., Ганузин В.М. и др Тактика медико-социального сопровождения детей с ожирением и артериальной гипертензией с учетом оценки полиморфизма генов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2017. — Т. 16, №S1. — С. 67b-68a.

8. Приказ МТ и СЗ РФ от 1 февраля 2018 г. № 46 «Об утверждении методических рекомендаций для специалистов органов службы занятости населения по организации работы с инвалидами, в том числе по оценке значимости нарушенных функций организма инвалида для выполнения трудовых функций».

9. Рапопорт И.К. Состояние здоровья школьников и проблемы выбора профессии Гигиена и санитария. 2009; 2: 36-39.