



**Оказание полипрофессиональной
психиатрической помощи подросткам
с расстройствами адаптации
в общей медицинской практике**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



Оказание полипрофессиональной психиатрической помощи подросткам с расстройствами адаптации в общемедицинской практике

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту №К-16-НИР/46 от 7 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка механизмов взаимодействия специалистов при оказании полипрофессиональной психиатрической помощи в условиях первичного звена здравоохранения»

Санкт-Петербург
2012

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации раскрывают влияние биологических и социальных факторов на повышение частоты развития расстройств адаптации у подростков с разными типами личности. Описываются психологические особенности таких подростков, что позволяет оказывать им полипрофессиональную помощь, выбирая более четкое направление как в фармакологическом лечении, так и в психотерапевтической работе с пациентами данного профиля. Подробно описана роль социальных работников, педагогов, врачей на разных этапах развития расстройств адаптации у подростков. Выделены клинические показания и противопоказания для проведения психологической диагностики у этой категории подростков и набор психологических тестов, использование которых позволяет получить качественную и количественную оценки биологических, социальных и психологических особенностей, повышающих риск развития расстройств адаптации у подростков. Выделены отдельные типы личности подростков, каждый из которых имеет свои социальные и психологические особенности, что с учетом выраженности расстройств адаптации и характера приспособительного поведения на ранней стадии формирования данных расстройств позволяет индивидуализировать клинический и социальный прогноз, оптимизировать полипрофессиональные мероприятия по социальной реабилитации подростков. Методические рекомендации предназначены для психиатров, психологов, а также для врачей общей медицинской практики и специалистов, работающих с детьми и подростками в различных учреждениях немедицинского профиля – школах, социальных учреждениях, детских домах, интернатах и т.д.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.

Авторы: старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук М.В. Писевич, доктор медицинских наук профессор Ю.В. Попов.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

МКБ-10 – международная классификация болезней десятого пересмотра

РА – расстройство адаптации

ППБ – олипрофессиональные бригады

ВВЕДЕНИЕ

Настоящие рекомендации посвящены новому, актуальному направлению в психиатрии и в частности подростковой психиатрии – полипрофессиональная помощь подросткам с расстройствами адаптации.

Клинически выраженные формы расстройства адаптации подростков приводят к значительным нарушениям как психического, так и социального развития. Учитывая, что данные расстройства относятся к группе мультифакторных патологий, клинический полиморфизм которых связан с их гетерогенностью, особую актуальность приобретает вопрос о сравнительном клиническом анализе разных типов личности, и формировании РА, а так же, с учетом преморбидных особенностей личности подростка, биологических и социальных факторов способствующих развитию РА.

Повышение качества медицинской помощи населению неразрывно связано с ранней диагностикой, которая в этой связи приобретает большую важность. Осуществление этой задачи возлагается, прежде всего, на сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, социальных работников, педагогов – основного звена системы здравоохранения, которое должно обеспечивать проведение широкого комплекса лечебно-диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий.

Лечением клинически выраженных форм РА занимаются психиатры, однако первично большинство таких подростков попадает в поле зрения педагогов в школах, социальных работников, реже – психологов. Чаще же всего родители этих подростков вовсе не обращаются за помощью к специалистам, считая, РА «проявлением переходного возраста». Учитывая эти обстоятельства, помощь подросткам с РА, безусловно, должна осуществляться на полипрофессиональном уровне.

Необходимо, прежде всего, указать на конкретные мероприятия, осуществление которых требуется для более четкой работы полипрофессиональных бригад для выявления РА адаптации у подростков на ранних этапах развития РА.

В состав полипрофессиональных бригад должны входить социальные работники, педагоги и воспитатели, психологи и психотерапевты, психиатры.

В условиях, когда подросток уже оказался в поле зрения психиатра и находится в психиатрическом стационаре, необходимо на уровне администрации распределить обязанности и точно определить список обязательных мероприятий для каждого члена полипрофессиональной бригады.

Основная цель данных рекомендаций – помочь в ранней диагностике РА в подростковом возрасте, учитывая механизмы синдрообразования, средовые факторы и «почву», на которой эти расстройства возникают, что предполагает определение особенностей проявления данных расстройств в начале их формирования.

В соответствии с этим, полипрофессиональным бригадам необходимо решать следующие задачи: определять психопатологические особенности развития РА в подростковом возрасте; анализировать закономерности взаимодействия, динамику и обратное развитие данных расстройств в подростковом возрасте; оценивать удельный вес средовых факторов и особенностей личности в формировании РА в подростковом возрасте.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Специфика работы полипрофессиональных бригад при оказании помощи подросткам с расстройствами адаптации

Полипрофессиональная медицинская помощь в психиатрической практике последние годы становится все более актуальной, и востребованной, так как затрагивает все области болезни и социального аспекта пациентов. Полипрофессиональная бригада должна состоять из психиатра, воспитателей, психологов, социальных работников. Психиатр является основным звеном, направляющим работу полипрофессиональной бригады.

Главным принципом работы полипрофессиональной бригады при работе с подростками должен быть ее динамический и преемственный характер. Если на первом этапе необходимо дифференцировать РА и эндогенные расстройства, психиатр занимает ведущее место, а усилия психолога должны быть направлены на выявление расстройств мышления, когнитивных функций и т.д. В дальнейшем, психолог должен определить особенности характе-

ра и личности подростка, с тем, чтобы педагоги, социальные работники, психотерапевты могли найти адекватный подход к подростку для коррекции тех расстройств, которые и привели его к дезадаптации.

Конечно, в идеале, подросток с раннего детства должен наблюдаться воспитателями и педагогами. В этом случае при выявлении трудностей адаптации в социуме они немедленно должны подключать психолога, но реально психолог и психотерапевт начинают работать с подростком уже при достаточно выраженных проблемах, возникших у ребенка на данном этапе развития. Как правило, в этот период необходимо подключить социальных работников, для выяснения ими социального окружения ребенка, его внутрисемейных отношений и проведения необходимой корректирующей работы в семье совместно с психотерапевтом, (это может быть семейная, индивидуальная поведенческая психотерапия).

Психиатрическая помощь оказывается подросткам в случае декомпенсации, социальной дезадаптации, когда подросток уже не может адекватно сосуществовать с социумом, однако на этом этапе работа психолога, психотерапевта и педагога должна проводиться уже под контролем психиатра и направляться им на фоне фармакотерапии с учётом типа личности подростка и особенностей расстройства его адаптации.

Следует отметить, что расстройства адаптации в МКБ-10 описываются в рубрике F43 как «Реакция на тяжелые стрессы и нарушения адаптации». Действительно, нарушения адаптации у взрослых, как правило, наступают в результате предшествующего тяжелого стресса.

Что же касается подросткового периода, то это справедливо лишь в небольшом проценте случаев. Как правило, нарушение адаптации у подростков выявляются на фоне расстройства социального поведения.

Неблагополучие в семье, школе, связанные нередко с характерологическими особенностями подростка, со временем, и приводят, в большинстве случаев, к нарушению адаптации подростка в окружающем мире.

Поэтому, расстройства адаптации у подростков мы рассматриваем как следствие тех или иных расстройств социального поведения, клинические проявления которых во многом обусловлены характерологическими особенностями подростка.

Таким образом, расстройство социальной адаптации у подростков – это состояние, возникающее на фоне уязвимости, обуслов-

ленной, прежде всего, их характерологическими особенностями, нередко резидуально-органическим фоном и стрессовыми ситуациями, сопряженными с расстройствами социального поведения.

Расстройства адаптации подростков сопровождаются:

1. изменением настроения (тревога, беспокойство, иногда депрессивные проявления);
2. ощущением неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней;
3. снижением, в той или иной степени, продуктивности в повседневной деятельности;
4. склонность к агрессивности и делинквентным формам поведения.

Основные принципы работы ППБ при выявлении и коррекции расстройства адаптации у подростков

1. определение характерологических особенностей подростка;
2. тщательный опрос не только самого подростка, но и его родителей, педагогов, воспитателей, по возможности, знакомство с микросоциальной средой, в которой воспитывался ребенок;
3. учет не только психологических особенностей подростка, но и анализ его социального функционирования и возможных мотивов отклоняющегося поведения;
4. комплексное использование медикаментозной и немедикаментозной коррекции РА (биологическая терапия, психотерапия, трудотерапия, работа с семьей и ближайшим окружением подростка);
5. координация работы ППБ (осуществляется психиатром).

Для более четкой работы ППБ необходимо как можно более четко определить характерологические особенности подростка, формы проявлений социальных нарушений, выраженности расстройства адаптации. С этой целью рекомендуется использовать: целенаправленный расспрос и специализированные опросники для определения особенностей характера и личности подростков, что в свою очередь также облегчит работу полипрофессиональной бригады.

Целенаправленный расспрос (клиническое интервью)

Целенаправленный расспрос необходим для более полного представления о степени выраженности РА и выработки опти-

мальной тактики работы полипрофессиональной бригады. Желательно проводить беседы не только с подростком, но и с его родителями, учителями, ближайшим окружением.

Клиническое интервью, проводимое психиатром, может в значительной степени дополниться информацией, полученной от психотерапевта, психолога или другого специалиста, входящего в состав бригады.

Беседа с подростком должна проходить в доверительной располагающей обстановке. Иногда приходится прибегать к небольшим уловкам, например не надевать белый халат, т.к. подростки, как правило, не считают себя «больными» и часто категорически отказываются от беседы с врачом, который по их представлениям обязательно «положит в психушку». Если на прием к специалисту с подростком пришли родители, то желательно начать беседу с ними отдельно от подростка, так как подростки с РА часто склонны интерпретировать свое поведение в свою пользу. Объективизацию клинической картины облегчает информация, полученная от родителей или взрослых, сопровождающих подростка.

Не стоит во время беседы с подростком сразу занимать позицию «обвинителя», вначале желательно объяснить подростку, что беседа несет абсолютно добровольный и конфиденциальный характер. Если подросток напряжен, настроен негативно, подозрителен, можно начать беседу с отвлеченных тем, ни в коем случае не следует настаивать на прямых ответах («если ты не хочешь говорить на какую-либо тему, так и скажи, только не надо обманывать и что-то придумывать»). При необходимости психологического обследования и подключения к работе психотерапевта, нужно подготовить подростка к их встрече, объяснить доступно эту необходимость, стараясь его не напугать. Желательно заранее познакомить подростка с этими специалистами с целью достижения между ними доверительных отношений, а обследование назначить на другой день.

Специализированные опросники

Патохарактерологическая диагностика. Метод патохарактерологического исследования подростков, названный Патохарактерологическим Диагностическим Опросником (ПДО), был разработан А. Е. Личко (1970) и предназначен для определения у подростков в возрасте 14–18 лет типов акцентуации характера и типов психопатий, а также сопряженных с ними некоторых личностных особенностей (психологической склонности к алкоголиза-

ции, делинквентности и др.). ПДО может быть использован не только психиатрами и медицинскими психологами, но и врачами других специальностей, а также педагогами, получившими специальную подготовку по медицинской психологии.

Личностный опросник, разработанный А. Бассом и А. Дарки в 1957 г. и предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Тест состоит из 75 утверждений, на которые обследуемый должен ответить «да» или «нет». Создавая свой опросник, дифференцирующий проявления агрессии и враждебности, А. Басс и А. Дарки выделили следующие виды реакций:

1. **Физическая агрессия** – использование физической силы против другого лица.

2. **Косвенная агрессия**, окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная.

3. **Раздражение** – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

4. **Негативизм** – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы, направленная против установившихся обычаев и законов.

5. **Обида** – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия.

6. **Подозрительность** – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди приносят вред сознательно.

7. **Вербальная агрессия** – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).

8. **Чувство вины** – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что совершает зло, а также ощущаемые им при этом угрызения совести.

Под агрессивностью понимается свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном, в области субъектно-субъектных отношений. Вероятно, деструктивный компонент человеческой активности является необходимым в созидательной деятельности, так как потребности индивидуального развития с неизбежностью формируют в людях способность к устранению и разрушению препятствий, преодолению того, что противодействует этому процессу.

Агрессивность имеет качественную и количественную характеристики. Как и всякое свойство, она имеет различную степень выраженности: от почти полного её отсутствия до предельного

развития. Каждая личность должна обладать определенной степенью агрессивности, отсутствие ее приводит к пассивности, ведомости, конформности и т.д. Чрезмерное же её развитие начинает определять весь облик личности, которая может стать конфликтной, неспособной на сознательную кооперацию и т.д. Сама по себе агрессивность не делает субъекта сознательно опасным, так как, с одной стороны, существующая связь между агрессивностью и агрессией не является жесткой, а, с другой – сам акт агрессии может не принимать сознательно опасные и неодобряемые формы.

В житейском сознании агрессивность является синонимом «злонамеренной активности». Однако само по себе деструктивное поведение «злонамеренностью» не обладает, таковой его делает мотив деятельности, те ценности, ради достижения и обладания которыми активность разворачивается. Внешние практические действия могут быть сходны, но их мотивационные компоненты прямо противоположны.

Исходя из этого, можно разделить агрессивные проявления на два основных типа: первый – мотивационная агрессия, как самоценность, второй – инструментальная, как средство. При этом подразумевается, что и тот, и другой тип агрессии может проявляться как под контролем сознания, так и вне него, и сопряжен с эмоциональными переживаниями (гневом, враждебностью).

При разработке диагностического инструментария А. Басс также разделил понятия агрессии и враждебности и определил последнюю как: «...реакцию, развивающую негативные чувства и негативные оценки людей и событий».

Данный опросник широко распространен в зарубежных исследованиях, в которых подтверждаются его высокая валидность и надежность. Опросник используется также и в отечественных работах, однако данные о его стандартизации в отечественных выборках не указываются.

Адаптированный А.К. Осницким вариант теста предполагает 4 возможных ответа для испытуемого «да», «пожалуй, да», «пожалуй, нет», «нет». Отмечается, что в ситуации экспертизы, опросник не защищен от искажений, а достоверность результатов зависит от степени доверительности в отношениях испытуемого и психолога. Пользуясь данной методикой, необходимо помнить, что агрессивность как свойство личности и агрессия как акт поведения, могут быть поняты в контексте целостного психологического анализа мотивационно-потребностной сферы личности. Поэтому опросником Басса-Дарки следует пользоваться в совокупности с другими методиками.

Алгоритм оказания полипрофессиональной помощи подросткам с расстройствами адаптации

- первичный осмотр проводится с целью уточнения диагноза, определения особенностей начала расстройства, типа течения, необходимости стационарного лечения;
- в первую очередь, проводится беседа с пациентом и, по возможности, его родственниками, при этом выясняются: наследственная отягощенность психическими заболеваниями; преморбидные особенности личности, в том числе, относящиеся или к акцентуациям, или к особенностям психопатического уровня; возраст, в котором впервые возникли первые признаки заболевания;
- осуществляется определение психического статуса на момент осмотра (поведение больного, ориентировка в месте, времени, собственной личности, доступность в отношении болезненных переживаний, описание выявленных психопатологических расстройств, наличие или отсутствие критики к ним, своему положению и болезни в целом);
- оценивается соматический и неврологический статус; социальный статус (образование, семейное положение, трудовой статус, особенности социального функционирования); особенности динамики заболевания (характер течения заболевания и его зависимость от социокультурных влияний).
- следует исключить любое соматическое, неврологическое и органическое психическое расстройство или употребление токсических веществ, которые могут вызвать расстройства со сходной клинической картиной. С этой целью обязательно проводят общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ, при необходимости – ЭЭГ, М-ЭХОЭГ, магниторезонансную томографию (МРТ) и другие лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты в крови и моче. Дифференциальный диагноз с другими психическими заболеваниями требует изучения анамнеза, выделения ведущего синдрома и катamnестического наблюдения с целью уточнения характера течения заболевания.
- специалист по социальной работе (социальный работник) с момента первичного обращения (поступления) пациента в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его социального положения и социального функционирования. Следует отмечать не только проблемы и

трудности, но и благоприятные и положительные особенности. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

- данные группируются по следующим категориям: ближайшее (лично-значимое) окружение; характеристика периода обучения и уровень полученного образования; профессиональная занятость; материальное положение; жилищные условия; досуг; проблемы медицинского обслуживания; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными (в том числе правоохранительными) органами; другие психосоциальные проблемы. Указанные сведения являются социальными составляющими функционального диагноза и учитываются в работе полипрофессиональной бригады. На основании выявленных данных разрабатывается план психосоциальных мероприятий и поэтапного ведения случая с выделением целей и форм вмешательств.
- на основании этого назначается фармакотерапия или (и) психосоциальное лечение.

Особенности работы ППБ при различных типах акцентуаций характера у подростков с расстройствами адаптации

У подростков с РА чаще встречаются следующие типы акцентуации характера: неустойчивый, шизоидный, эпилептоидный, гипертимный, истерический, лабильный (или в чистом виде, или, нередко, в сочетании с другими). Сенситивный, психастенический и конформный типы редко приводят к РА и, поэтому, подробно нами не рассматриваются.

Неустойчивый тип личности. Подростки с данным типом акцентуации характера отличаются безволием, отсутствием какой-либо цели, стремлением к получению удовольствий и избеганием каких-либо трудностей, с детства капризны и непослушны. В поле зрения специалистов они попадают уже в раннем возрасте, так как, если они посещают дошкольные учреждения, то воспитатели сразу выделяют их из общей группы детей. С возрастом такие подростки стремятся попасть в компании старших ребят, нередко оказываются в поле зрения милиции, так как легко идут на мелкие правонарушения для удовлетворения своих потребностей.

Склонность к имитации у неустойчивых подростков различается избирательностью: видами для подражания служат только те модели поведения, которые сулят немедленные удовольствия,

смену легких впечатлений, развлечения. Обычно, ещё детьми они начинают курить, совершают маленькие кражи. Их увлечения, как правило, целиком ограничиваются информативно-коммуникативным типом хобби и азартными играми. Учеба ими просто забрасывается. Работают они лишь в силу крайней необходимости, так как никакой труд не кажется им привлекательным. Побег из дому и интернатов - частый поступок неустойчивых подростков. Слабоволие является, видимо, одной из главных черт неустойчивых, что вынуждает воспитывать их в обстановке сурового и жестко регламентированного режима.

Схема полипрофессиональной психиатрической помощи

Целесообразно при расстройстве адаптации неустойчивого типа личности на разных этапах полипрофессиональной помощи привлечь педагогов для более серьезного контроля поведения подростка, его учебы, следует более жестко контролировать выполнение им заданий. Педагог или воспитатель должен отчетливо представлять и знать, кто окружает подростка, приложить все усилия для вовлечения его в «социально-благонадежное» окружение.

Работа в семье, как правило, проводится социальными работниками (необходимо более жесткий контроль со стороны родителей за поведением и окружением подростка), если подросток попал в социально неблагополучное окружение. Если в семье выявляется антисоциальная атмосфера, то иногда приходится прибегать к помощи участкового милиционера.

Медикаментозная помощь, как правило, применяется в стационарах в зависимости от клинических симптомов, выявленных у подростка (могут наблюдаться формирование зависимостей, эмоциональная неустойчивость, и т.д.). В таких случаях назначаются нормотимики, (финлепсин, депакин, при необходимости легкие нейролептики, например, соннапакс).

Большой эффект можно ожидать на данном этапе и от работы психотерапевта (групповая психотерапия, поведенческая терапия и другие формы психотерапевтических вмешательств).

Гипертимный тип личности. Подростки с гипертимным типом личности отличаются, как правило, высокой самооценкой (не всегда оправданной), повышенным настроением, пониженной критикой к своему поведению. Сведения, полученные от родных, свидетельствуют, что гипертимные дети с раннего возраста отличаются большой подвижностью, общительностью, болтливостью,

излишней самостоятельностью, склонностью к озорству, отсутствием чувства дистанции в отношении к взрослым. С первых лет жизни они ведут себя шумно, обожают компании сверстников и стремятся командовать ими. Воспитатели детских учреждений жалуются на их неугомонность. Основная черта гипертимных подростков - практически постоянно приподнятое настроение, только изредка и кратковременно эта солнечность омрачается вспышками раздражения, гнева, злости.

Схема полипрофессиональной психиатрической помощи

При расстройстве адаптации гипертимной личности на первых этапах полипрофессиональной помощи привлекаются педагоги, для более серьезного контроля поведения подростка, его учебной деятельности. Психологи и психотерапевты в занятиях с подростком должны мотивировать его на позитивный стиль жизни, вовлекать его в общественную деятельность, стараться выработать у них неприятие асоциального стиля поведения. Однако если гипертимный подросток уже оказался под воздействием антисоциальных элементов (как правило, это более взрослые люди), целесообразно на время изолировать его и в стационарных условиях, с помощью адекватно подобранных методик мотивировать на изменение стиля жизни.

Кроме того, как правило, приходится прибегать к медикаментозной помощи и назначать подростку нормотимики (финлепсин, депакин). В некоторых случаях, когда степень социальной дезадаптации уже слишком высока, используются некоторые нейролептики седативной направленности.

Лабильный тип личности. Подростки с лабильной акцентуацией характера, как правило, мало выделяются среди сверстников, но неблагоприятное социальное окружение, проблемы личного характера, соматические патологии могут приводить к нарушению адаптации, что проявляется в ипохондрии, частой смене настроения, попыткам облегчить свое состояние с помощью разного рода аддикций; иногда эти подростки стремятся попасть в компании даже мало знакомых людей, часто такие компании могут манипулировать ими, вовлекать в противоправные действия.

Схема полипрофессиональной психиатрической помощи

На первых этапах выявления расстройства адаптации у такого подростка полипрофессиональной психиатрической помощи целе-

сообразно привлекать школьных психологов и педагогов для создания более комфортных для подростка эмоциональных условий, при этом недопустимо приводить их в пример как неуспевающих, слабых, в чём-то несостоятельных.

Задача психотерапевтов на этом этапе – выработать у подростка ощущение уверенности в себе, способности к большему, мотивировать его на позитивный стиль жизни.

Социальные работники, привлекаются для выяснения и нормализации (в случае необходимости) внутрисемейных отношений.

При необходимости психиатр может рекомендовать антидепрессанты стимулирующего спектра в малых дозах, а также транквилизаторы не более 2-3 таблеток в неделю (феназепам, при вегетативных нарушениях, сопровождающихся приступами тревоги, грандаксин, курсом 7-10 дней)

Астено-невротический тип личности. Подростков этого типа характеризует крайняя степень ипохондрии, «зацикливание» на своем здоровье, эмоциональная неустойчивость. Расстройство адаптации может произойти так же, как и у лабильных подростков, при неблагоприятных социальных факторах, иногда даже при незначительных проблемах. Точкой наименьшего сопротивления у таких подростков, как правило, является сердечно-сосудистая система.

Схема полипрофессиональной психиатрической помощи. Учитывая особенности реагирования таких подростков, целесообразно привлечение психологов для повышения собственной самооценки.

Работа психотерапевтов эффективна в групповых занятиях, индивидуальной психотерапии.

Социальных работников привлекают в случае необходимости нормализации внутрисемейных отношений.

Со стороны психиатров, в выраженных случаях расстройства адаптации, целесообразно назначение антидепрессантов стимулирующего спектра в малых дозах и транквилизаторов.

Шизоидный тип личности. Подростки с таким типом акцентуации наиболее часто подвергаются риску расстройства социальной адаптации в силу своих характерологических особенностей,

С наступлением полового созревания все характерные черты характера этих подростков проявляются с особой яркостью. Бросаются в глаза их замкнутость, отгороженность от сверстников. Духовное одиночество не тяготит шизоидного ребенка, который живет в собственном мире, своими незначущими для остальных

интересами и увлечениями, относясь со снисходительным пренебрежением либо с явной неприязнью ко всему, что заполняет жизнь остальных подростков.

Шизоид часто раскрывается перед людьми малознакомыми, даже случайными, но чем-то импонирующими его прихотливому выбору. Недоступность внутреннего мира и сдержанность в проявлении чувств делают непонятными и неожиданными для окружения многие поступки шизоидов, ибо все, что им предшествовало, - весь ход переживаний и мотивов - остается скрытым, некоторые «выходки» носят характер чудачества, но, в отличие от истероидов, они не служат цели привлечь к себе всеобщее внимание. Этим подросткам свойственны реакции эмансипации, своеобразии поведения, изолированность от общества, протестные реакции, своеобразные хобби, они с большим трудом адаптируются в обществе, и придерживаются социальных норм.

Схема полипрофессиональной психиатрической помощи

В зависимости от степени и выраженности расстройства адаптации учителям и школьным педагогам рекомендуется помочь ребенку выбрать необходимое окружение и, по возможности, объяснить сверстникам подростка его особенности. Психолого-психотерапевтическая помощь заключается в групповой психотерапии, в обучении подростка социальным навыкам, умению вступать в контакт со сверстниками, общаться с ними.

Помощь социальных работников в семье необходима для ориентации адекватного отношения к ребенку его близких.

Со стороны психиатра могут быть назначены нейрорептики (сонапакс, трифтазин, тиапридал и т. д.).

В крайних случаях может идти речь о домашнем или индивидуальном обучении.

Эпилептоидный тип личности. Подростки с эпилептоидным типом личности также часто попадают в группу риска социальной дезадаптации. Впервые в поле зрения специалистов они попадают уже в раннем возрасте (в детских садах, и т.д.). Такие дети бывают драчливы, слишком жестоки в общении со сверстниками, злопамятны, педантичны. С возрастом, при развитии социальной дезадаптации, эти люди склонны к брутальной алкоголизации, часто в одиночку, сексуальным эксцессам с элементами жестокости.

Главными чертами эпилептоидного типа являются склонность к дисфориям, и тесно сплетенной с ними аффективной взрывчатости, напряженное состояние инстинктивной сферы, а

также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, откладывающие отпечаток на всей психике, от моторики и эмоциональности до мышления и личных ценностей.

Можно отметить также недетскую бережливость одежды, игрушек, всего «собственного». В школьные годы выступает мелочная скрупулезность в ведении тетрадей, всего ученического хозяйства, но эта гипертрофированная аккуратность преобразуется в самоцель и может полностью заслонить суть дела – саму учебу.

В подавляющем большинстве случаев картина расстройства социальной адаптации у эпилептоидов полностью разворачивается только в период полового созревания от 12 до 19 лет.

Схема полипрофессиональной психиатрической помощи

В данном случае психотерапевтическая помощь мало эффективна, со стороны педагогов и школьных психологов целесообразна работа с ребенком, направленная на индивидуальный подход в общении с окружающими сверстниками. Учитывая особенности мышления эпилептоидов, может стоять речь об индивидуальном или домашнем обучении.

Социальные работники должны провести работу в семье для разъяснения правильного общения с ребенком, объяснить его особенности, и, при необходимости, оказать помощь в нормализации внутрисемейных отношений.

Большая часть нагрузки приходится в данном случае на психиатров: как правило, необходимы назначения нормотимиков (депакин, финлепсин, в терапевтических дозах.)

При выявлении каких-либо сформировавшихся аддикций, необходима симптоматическая терапия в этом направлении, здесь может понадобиться помощь психотерапевтов

Истероидный тип личности. Такие подростки так же попадают в поле зрения специалистов с самого раннего возраста, они всегда стремятся быть в центре внимания, во что бы то ни стало. Его основная черта - беспредельный эгоцентризм, ненасытная жажда неизменного внимания к собственной особе, восхищения, удивления, почитания, сочувствия. В крайнем случае, предпочитается даже негодование либо ненависть по отношению к себе, но лишь бы не безразличие и равнодушие, лишь бы не перспектива остаться незамеченным. Все другие свойства истероида объясняются данной особенностью.

Схема полипрофессиональной психиатрической помощи

В данном случае большая нагрузка при оказании полипрофессиональной помощи таким подросткам, ложится на педагогов и школьных психологов, которые должны подобрать правильный подход в отношении подростка, не потакаая его претензиям и амбициям.

Со стороны социальных работников необходима серьезная работа по нормализации внутрисемейных отношений и разъяснение тактики поведения близких при общении с истероидным подростком (полное игнорирование манипуляций и шантажа с его стороны).

Работа психотерапевта уместна как индивидуально, так и в группе.

К сожалению, работа психиатра сводится в данном случае, к минимуму: в наиболее выраженных случаях декомпенсации целесообразно назначение нормотимиков (финлепсин, депакин) легких транквилизаторов. В тяжелых случаях, когда степень социальной дезадаптации достигает уровня расстройства личности, могут применяться (в стационарах) и нейролептики.

Таким образом, оказание полипрофессиональной медицинской помощи РА у подростков требуют дифференцированного подхода, обусловленного, прежде всего их характерологическими особенностями. Только полипрофессиональная бригада специалистов (учителей, педагогов, воспитателей, социальных работников, психологов, психотерапевтов, психиатров) может правильно определить характерологические особенности подростка, его внутрисемейные отношения, школьную ситуацию, возможно нозологическую основу РА, а главное, наметить оптимальный алгоритм оказания всесторонней помощи в решении проблем адаптации подростка в обществе. Безусловно, необходима определенная совместная подготовка участников полипрофессиональной бригады, оказывающих помощь подросткам с РА.

Тесное взаимодействие, взаимная информированность всех специалистов, участвующих в оказании этой помощи, охватывающей, как правило, длительный срок, приводит и к наибольшей ее эффективности.

**Схема деятельности членов полипрофессиональной бригады
при оказании помощи подросткам с расстройствами адаптации**

Типы личностей с РА	Психиатр	Психолог	Психотерапевт	Воспитатель	Социальный работник
Неустойчивый	Осуществляет координацию работы, ППБ оказывает фармакологическую помощь (назначение нормотимиков, мягких нейролептиков)	Определяет тип личности, степень выраженности нарушения когнитивных, эмоциональных, волевых, и др. сфер психики.	Под руководством психиатра определяет тактику психотерапевтического вмешательства: проводит сеансы психотерапии: индивидуальной, групповой, семейной при необходимости прядок проведения и формы могут варьировать	Ведет строгий контроль за выполнением школьных обязанностей, помогает подростку адаптироваться среди сверстников, выявляет неблагоприятное окружение подростка,	При необходимости проводит работу в семье, выявляет неполные, асоциальные семьи, оказывает помощь по улучшению качества жизни подростка
Гипертимный	Осуществляет координацию работы ППБ оказывает фармакологическую помощь (назначение нормотимиков, мягких нейролептиков)	Определяет тип личности, степень выраженности нарушения когнитивных, эмоциональных, волевых, и др. сфер психики.	Под руководством психиатра определяет тактику психотерапевтического вмешательства: проводит сеансы психотерапии: индивидуальной, поведенческой.	Контролирует поведение подростка, посещаемость занятий, круг знакомств. При необходимости подключает к работе социальные службы, в случае появления признаков делинквентного поведения	Подключается в случае неблагоприятной обстановки в семье для нормализации внутрисемейных отношений
Лабильный	Назначает мягкие транквилизаторы, вегетостабилизирующие препараты, обследует соматическую сферу с помощью врачей \специалистов	Определяет тип личности, степень выраженности нарушения когнитивных, эмоциональных, волевых, и др. сфер психики.	Проводит психотерапевтические занятия, направленные на повышение самооценки, создает мотивацию на позитивный стиль жизни и т. д.	Помогает адаптироваться подростку в окружении сверстников, возможен индивидуальный подход в обучении	Подключается в случае неблагоприятной обстановки в семье для нормализации внутрисемейных отношений

Астено-невротический	Назначает мягкие транквилизаторы, вегетостабилизирующие препараты, ноотропную курсовую терапию, обследует соматическую сферу с помощью врачей - специалистов	Определяет тип личности, степень выраженности нарушения когнитивных, эмоциональных, волевых, и др. сфер психики.	Психотерапевтическая работа , направленная на повышение самооценки, создание мотивации на снижение соматических переживаний, установка на спортивный стиль поведения	Обеспечивает выполнение общих требований, проводит разъяснительную работу со сверстниками для улучшения адаптации в коллективе	Подключается в случае неблагополучной обстановки в семье для нормализации внутрисемейных отношений
Шизоидный	При выраженной декомпенсации подростка, назначает нейролептики , в случае необходимости госпитализирует в стационар	Определяет тип личности, степень выраженности нарушения когнитивных, эмоциональных, волевых, и др. сфер психики.	Работа направлена на адаптацию в социуме, проведение групповых сеансов психотерапии для облегчения социальных контактов, внутрисемейной и индивидуальной психотерапии	Обеспечение адекватного отношения сверстников и педагогов к подростку, перевод на индивидуальное или домашнее обучение	Контроль внутрисемейной обстановки, помощь подростку в профессиональной ориентации
Эпилептоидный	Назначение нормотимиков: финлепсин, депакин; курсовая ноотропная и дегидратационная терапия	Определяет тип личности, степень выраженности нарушения когнитивных , эмоциональных, волевых, и др сфер психики	Снижение фрустрации и агрессии, групповая психотерапия для облегчения социальных контактов, мотивация на социально приемлемый стиль поведения	Тщательный контроль за выполнением школьных обязанностей, перевод на домашний или индивидуальный тип обучения	Контроль внутрисемейной обстановки, помощь подростку в профессиональной ориентации

Истероидный	Назначение номотимиков , мягких нейролептиков (сонапакс)	Определяет тип личности, степень выраженности нарушения когнитивных , эмоциональных, волевых, и др сфер психики	Мотивация на общественные интересы, индивидуальная психотерапия для преодоления эгоцентрического стиля поведения снижения самооценки, психотерапия	Работа с подростком направленная на коллективную деятельность, работа коллективом для выработки адекватного отношения к нему	Контроль внутрисемейной обстановки, помощь подростку в профессиональной ориентации
--------------------	--	---	--	--	--

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 16.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80