

---

**XV**  
**Съезд**  
**психиатров России**

УДК  
ББК  
С

**XV съезд психиатров России.**

– М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – с.

**Ответственный редактор:** Краснов В.Н.

**Редакционная коллегия:** Бобров А.Е., Брюн Е.А., Вельтищев Д.Ю., Горобец Л.Н., Гофман А.Г., Гурович И.Я., Земляная А.А., Кирьянова Е.М., Калинин В.В., Кибрик Н.Д., Корень Е.В., Любов Е.Б., Макушкин Е.В., Мельникова Т.С., Мосолов С.Н., Полищук Ю.И., Сухотина Н.К., Тукаев Р.Д., Узбекиев М.Г., Холмогорова А.Б., Цупрун В.Е., Шкловский В.М., Шмуклер А.Б.

## Содержание

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	Автоматизированная система управления в работе психиатрической службы Омской области _____
Абашина В.В., Струкова Е.Ю.	Власова Н.С.
“Школа здоровья” как опыт взаимодействия специалистов в первичной медицинской сети _____	Социальная служба в структуре психиатрического стационара _____
Агапова В.А., Мухамадиев Д.М.	Володин В. С.
Психосоциальная помощь больным туберкулезом как модель общественной поддержки Красного Креста _____	Одно из направлений инновационного подхода в психиатрии _____
Агарков А.П., Варанкова Л.В.	Гатин Ф.Ф., Гурьянова Т.В., Горош Г.В.
Опыт реорганизации психиатрической помощи в Томской области _____	Новая форма финансирования психиатрического учреждения _____
Агаркова О.В., Семин И.Р.	Гебель К.М., Лиманкин О.В.
Стационар на дому в психиатрической практике _____	Опыт региональной организации потребителей психиатрической помощи _____
Акимкина Е.С.	Гершеневич Г.М., Петров А.С.
Оценка эффективности комплексного психосоциального лечения в сообществе _____	Филиальная модель реформирования психиатрической службы Красноярского края _____
Аксаков И.А., Зиньковский А.К.	Голдобина О.А.
Актуальные проблемы психического здоровья военнослужащих по призыву _____	Региональный опыт работы по обеспечению качества психиатрической помощи _____
Алиев М.А., Азаева Г.Д.	Голланд В.Б., Казаковцев Б.А.
Реформа здравоохранения в психиатрической службе Республики Дагестан _____	Предложения к разработке очередного пересмотра МКБ (МКБ-11) _____
Антошкина Н.К., Харин А.Н.	Голланд Э.В., Голланд В.Б.
Программа “Жилье с поддержкой” как инновационная форма психиатрического сервиса _____	Использование отчетных данных для оценки числа больных с психическими расстройствами, снимаемых с диспансерного наблюдения _____
Бабин С.М., Василенко О.М.	Горбунова М.В., Антохин Е.Ю., Кузнецов И.П.
7-летний опыт работы общественной организации пациентов _____	Реабилитационная бригада в структуре амбулаторной помощи душевнобольным _____
Балашов П.П., Сульдин А.М.	Гурович И.Я., Сальникова Л.И.
Об организации психолого-психотерапевтической помощи городскому населению Севера Сибири _____	Динамика состояния психиатрической помощи за пятилетие: противоречивость тенденций _____
Белебева Е.А., Степанова О.Н., Мурина И.Н., Сазонова Л.А.	Довженко Т.В., Краснов В.Н., Бобров А.Е.
Оказание экстренной медико-психологической помощи населению с привлечением мобильной связи _____	Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новые решения старой проблемы _____
Богутова Е.М., Дудкина О.В., Лычкова Ю.В.	Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В.
Работа, направленная на трудоустройство пациентов с психическими расстройствами _____	Преодоление мифов и стигматизации психической патологии как залог формирования общественно ориентированной психиатрии _____
Богушевская Ю.В., Севостьянова А.О.	Дудкина О.В., Привалова Р.Ф., Вьюшкова Ю.А.
Полипрофессиональный подход к реабилитации больных соматизированными расстройствами _____	Основы взаимодействия бригады и членов полипрофессиональной бригады _____
Бойко Ю.П., Жаркова Н.И.	Дьяконов А.Л., Хохлов Л.К.
Психотерапевтическая и медико-психологическая служба Департамента здравоохранения города Москвы в 2005–2009 годы _____	О правовых аспектах формулирования диагноза психического расстройства _____
Боридько Г.И., Захаров Е.В., Солодников Л.Д., Уткин А.А.	Елфимова Е.В., Елфимов М.А.
Оказание лечебной и реабилитационной помощи ликвидаторам Чернобыльской аварии, страдающим психическими расстройствами _____	Технологическая карта как основа междисциплинарного подхода к оказанию психиатрической помощи в соматических ЛПУ _____
Бохан Н.А.	Ершов Е.Е.
Этнокультуральные проблемы психического здоровья у коренных народов Сибири и Дальнего Востока _____	Динамика клинико-социальных характеристик психически больных с туберкулезом легких _____
Букреева Н.Д.	Жигарева Н.П.
Оптимизация деятельности психиатрической службы в условиях реформы здравоохранения Российской Федерации _____	Полипрофессиональная реабилитация инвалидов _____
Бурдуковский М.А., Елисеев Л.В.	Зиновьев С.В.
Мигранты в больнице _____	Перспективы амбулаторного ведения пациентов из группы активного диспансерного наблюдения _____
Валинуров Р.Г., Ахмерова И.Ю., Евтушенко Е.М.	Зубова Е.Ю., Оруджев Я.С., Козленко Е.А.
Состояние психиатрической службы в Республике Башкортостан на современном этапе _____	Характер межличностной коммуникации “младший медицинский персонал – больной” в условиях психиатрического стационара _____
Ванчакова Н.П., Федоров Б.Б., Лапина Н.А.	Казенных В.В., Лебедева В.Ф., Якутенок Л.П.
Межпрофессиональные задачи при взаимодействии психосоматических и психиатрических структур _____	Междисциплинарное взаимодействие в условиях психиатрического стационара: особенности функционирования терапевтической службы _____
Васильев Е.М., Осатюк Н.И., Хомченко Г.Г., Степанова И.С., Шкиря Н.С., Степанов С.С., Абрамов В.Ю.	Кальченко И.А., Семин И.Р.
	Клинические и социальные характеристики психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении _____

- Карпов А.М., Семенихин Д.Г.  
**Запросы эпохи на “перезагрузку” психиатрической науки и практики** \_\_\_\_\_  
 Кичигина И.В., Говорин Н.В., Сахаров А.В.  
**Психическая патология в популяции лиц призывного возраста в Забайкальском крае** \_\_\_\_\_  
 Кольцов А.П., Ландышев М.А.  
**Неизвестные пациенты психиатрического стационара** \_\_\_\_\_  
 Костиков О.Н., Гиляровская А.П., Дерябина М.И.  
**Адаптивная физическая культура в реабилитации пациентов психиатрического стационара** \_\_\_\_\_  
 Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бутома Б.Г., Аксёнова И.О., Аристова Т.А., Пенчул Н.А., Мельникова Ю.В.  
**Функциональный диагноз в психиатрии** \_\_\_\_\_  
 Краснов А.А., Козлова С.Н.  
**Особенности оказания терапевтической помощи пациентам психиатрического стационара** \_\_\_\_\_  
 Кузьмина С.В., Яхин К.К.  
**Неблагоприятные условия труда как фактор, влияющий на состояние психической деятельности работающих** \_\_\_\_\_  
 Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н.  
**Организация специализированной психиатрической помощи на амбулаторном этапе** \_\_\_\_\_  
 Лебедев Ю.В., Тазлова Р.С.  
**Проблемы психического здоровья в XXI веке** \_\_\_\_\_  
 Лиманкин О.В.  
**Планирование и организация психиатрической помощи с использованием системного подхода** \_\_\_\_\_  
 Максименко Е.С.  
**Сравнительный анализ профессионального выгорания у врачей терапевтического и хирургического профиля, преподавателей вуза и студентов-медиков** \_\_\_\_\_  
 Милехина А.В.  
**Качество психиатрической помощи в центрах социальной адаптации (на примере ЦСА “Люблино”)** \_\_\_\_\_  
 Митихина И.А., Митихин В.Г., Творогова Н.А., Ястребов В.С.  
**Эпидемиологические модели влияния социально-экономических факторов на показатели психического здоровья населения современной России** \_\_\_\_\_  
 Мовина Л. Г.  
**Отделение психосоциальной реабилитации и мишени работы** \_\_\_\_\_  
 Москвина У.С., Руженков В.А.  
**Имидж врача-психиатра в представлении лиц с психическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
 Мухамадиев Д.М., Мирзоев Т.Х., Федорова Е.Е., Агапова В.А.  
**Психосоциальное сопровождение осужденных с ВИЧ и ТБ после их освобождения из мест лишения свободы** \_\_\_\_\_  
 Мыкыртычева В.В., Бурдуковский М.А., Новикова В.В.  
**Опыт работы диспансерного кабинета для оказания помощи мигрантам в Санкт-Петербурге** \_\_\_\_\_  
 Нестеров А.С., Прибытков А.А., Седых Е.В.  
**Анализ первичной инвалидности при психических заболеваниях** \_\_\_\_\_  
 Орлов Г.В., Яхин К.К., Менделевич Д.М.  
**Состояние психического здоровья и психологического статуса работников коммерческих банков** \_\_\_\_\_  
 Оруджев Н.Я., Тараканова Е.А.  
**Проблема социального функционирования эндогенных больных** \_\_\_\_\_  
 Осипчик С.И., Игумнов С.А.  
**Анализ экономической эффективности мероприятий в области охраны психического здоровья** \_\_\_\_\_  
 Пайкин М.Л., Мухина А.В.  
**О противоречиях в определении нормативного статуса медицинского психолога и их влияние на формирование стоимости единицы объема психотерапевтической помощи** \_\_\_\_\_  
 Папсуев О.О., Висневская Л.Я.  
**Роль комплексного социального обслуживания при оказании психосоциальной помощи пациентам с инвалидностью** \_\_\_\_\_  
 Пивень Б.Н.  
**Психиатрическое сообщество: современное состояние и задачи** \_\_\_\_\_  
 Покоев А.И., Двуреченская Н.М.  
**Проблемы контроля качества оказания психиатрической помощи** \_\_\_\_\_  
 Положий Б.С.  
**Социальная психиатрия в новейшей истории России** \_\_\_\_\_  
 Привалова Р.Ф., Дудкина О.В., Вьюшкова Ю.А., Волчкова Т.Ф.  
**Организация досуга в условиях клуба пациентов** \_\_\_\_\_  
 Прытова Е.Б., Трущелёв С.А.  
**Школа психического здоровья как инновационная медицинская технология** \_\_\_\_\_  
 Руженская Е.В.  
**Современное состояние профессионального здоровья работников психиатрической службы** \_\_\_\_\_  
 Савельев В.П., Креницкая С.А.  
**Кабинет по диагностике, лечению и профилактике когнитивных расстройств. Перспективы развития** \_\_\_\_\_  
 Савонова И.В., Браш Н.Г.  
**Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами на опыте Амурского областного психоневрологического диспансера (АОПНД), проблемы и пути решения** \_\_\_\_\_  
 Северный А.А., Шевченко Ю.С.  
**Роль и задачи Российского общества психиатров в современных условиях** \_\_\_\_\_  
 Серазетдинова Л.Г., Петрова Н.Н., Малеваная О.В.  
**Психообразование в амбулаторной психиатрической практике** \_\_\_\_\_  
 Смирнова И.О., Петрова Н.Н.  
**Клинико-организационные аспекты психосоматики** \_\_\_\_\_  
 Соловьева Н.В.  
**Реформа психиатрической службы** \_\_\_\_\_  
 Солохина Т.А., Шевченко Л.С.  
**К выбору критериев оценки качества медицинской помощи: удовлетворенность персонала деятельностью психиатрического учреждения** \_\_\_\_\_  
 Степанова О.Н., Дудкина О.В., Волчкова Т.Ф.  
**Состояние реабилитационной службы БУЗОО “КПБ им. Н.Н. Солодникова”** \_\_\_\_\_  
 Сучков Ю.А.  
**Совершенствование психиатрической помощи в условиях реструктуризации в ГУЗ НО “Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Нижнего Новгорода”** \_\_\_\_\_  
 Тараканова Е.А.  
**Этические аспекты психиатрии** \_\_\_\_\_  
 Фаддеев Д.В., Косицкая З.В.  
**Медико-социальные характеристики призывников, освидетельствованных в психиатрическом стационаре** \_\_\_\_\_  
 Филашихин В.В., Аведисова А.С.  
**Нозологический спектр обращаемости за психиатрической помощью в частные психиатрические учреждения за 7-летний период** \_\_\_\_\_  
 Филиппов В.Л., Филиппова Ю.В.  
**К проблеме совершенствования психиатрической помощи на предприятиях с экстремальными условиями труда** \_\_\_\_\_  
 Царьков А.А.  
**Отделение психосоциальной реабилитации и модель трудоустройства с поддержкой** \_\_\_\_\_  
 Чеперин А.И., Степанова О.Н., Осатюк Н.И., Белебева Е.А.  
**Совершенствование психиатрической службы Омской области** \_\_\_\_\_

- Чуркин А.А., Творогова Н.А.  
**Общая и первичная заболеваемость психическими расстройствами по возрастным группам в Российской Федерации в 2009 г.** \_\_\_\_\_  
 Шевченко Л.С.  
**Экономическая сторона изменения правового статуса психиатрических учреждений: новые возможности и риски** \_\_\_\_\_  
 Шинаев Н.Н., Дачевская И.И., Акжигитов Р.Г.  
**Принципы и проблемы организации стационарной помощи больным с пограничными психическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
 Щербаков Д.В., Прытова Е.Б., Трущелев С.А.  
**Основные информационные источники в преодолении болезни** \_\_\_\_\_  
 Эльтекова Э.В., Овсянникова Н.Л., Рогозина М.А., Шаповалов Д.Л., Полозова Т.М.  
**Опыт сотрудничества психиатрической службы с некоммерческими структурами в целях повышения эффективности реабилитации душевнобольных** \_\_\_\_\_  
 Яковлева Т.К.  
**Стигматизация: современные направления исследования** \_\_\_\_\_  
 Ястребов В.С., Митина О.А.  
**Особенности профессионального взаимодействия между различными специалистами психиатрических служб** \_\_\_\_\_  
 Яхимович Л.А., Голланд В.Б.  
**Статистические показатели формирования группы активного диспансерного наблюдения (АДН)** \_\_\_\_\_  
 Яхин К.К., Баранская О.М., Калмыков Ю.А., Галиуллина Л.К.  
**Исследование психического здоровья и психологических проблем студентов** \_\_\_\_\_
- СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ
- Ахадов Т.А., Каледа В.Г., Семенова Н.А., Бархатова А.Н., Петрайкин А.В., Фуфаева Е.А., Якимов А.О.  
**О возможностях применения методов нейровизуализации при эндогенных психозах (на примере исследования шизофрении)** \_\_\_\_\_  
 Басова А.Я., Сергеев И.И.  
**Поведенческие нарушения у больных с бредовой деперсонализацией** \_\_\_\_\_  
 Бомов П.О., Рейблат С.О., Городошникова И.В.  
**Механизмы психологической адаптации у больных с длительно текущей параноидной шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Былим И.А., Шикин Ю.М.  
**Биологическая терапия и психосоциальные вмешательства больных с первым приступом шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Бышок С.О.  
**Проблема восприятия зрительных иллюзий больными шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Вандыш М.В.  
**К вопросу о психофармакотерпии шизотипического расстройства** \_\_\_\_\_  
 Варнакова Т.В., Артемьева М.С.  
**Дифференциальная диагностика и лечение экзогенно-органических вербальных галлюцинаций у больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Вдовенко А.М.  
**К вопросу о клинической типологии манифестных депрессивно-бредовых приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза** \_\_\_\_\_  
 Волчкова Т.Ф., Дроздовский Ю.В.  
**Влияние нейрокогнитивного дефицита при шизофрении на уровень социального функционирования** \_\_\_\_\_  
 Воскресенский Б.А.  
**Расстройства шизофренического спектра у душевнобольных-верующих (некоторые клинические и реабилитационные аспекты)** \_\_\_\_\_  
 Герасимова О.В., Савина Т.Д., Орлова В.А.  
**Особенности локальной функциональной патологии** \_\_\_\_\_
- больных с различными формами течения шизофрении \_\_\_\_\_  
 Голенищенко А.В.  
**Динамика компенсаторных реакций личности у больных шизофренией на этапе формирования ремиссии** \_\_\_\_\_  
 Даниленко О.А.  
**Адаптационные возможности и качество жизни у больных шизофренией с истероформной симптоматикой** \_\_\_\_\_  
 Денисенко М.К.  
**Психотерапевтические аспекты работы с семьями больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Дунаевский В. В.  
**Шизофрения или "...группа шизофрений"? Сто лет спустя** \_\_\_\_\_  
 Егоров Р.С., Чемезов А.С.  
**Связь уровня социального функционирования больных шизофренией с динамикой личностных свойств и состояний в процессе терапии** \_\_\_\_\_  
 Зайцева Ю.С., Гурович И.Я., Шмуклер А.Б.  
**Клиника первого психотического эпизода: результаты пятилетнего катамнестического исследования** \_\_\_\_\_  
 Зиньковская Е.П., Петрикас А.Ж.  
**Оценка стоматологического статуса у психически больных** \_\_\_\_\_  
 Ильина Н.А., Захарова Н.В.  
**Дискинетические ремиссии при приступообразной шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Кирьянова Е.М., Ткачев Д.Ю., Шашкова Н.Г.  
**Проблемы групповой психосоциальной работы с больными шизофренией со сверхчастыми госпитализациями** \_\_\_\_\_  
 Клембовская Е.В., Фастовцов Г.А.  
**Дифференциальная диагностика шизотипического расстройства** \_\_\_\_\_  
 Койрах И.А., Шеллер А.Д., Степанова О.Н.  
**Ассертивная бригада для оказания комплексной помощи пациентам с первым психотическим эпизодом и их родственникам** \_\_\_\_\_  
 Колюцкая Е.В., Загороднова Ю.Б.  
**Обсессивно-компульсивные расстройства при шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Корнетова Е.Г.  
**Госпитальные показатели и адаптация больных после терапии первого психотического эпизода** \_\_\_\_\_  
 Кузьмин И.И., Голенков А.В.  
**Ошибки в диагностике пропшизофрении** \_\_\_\_\_  
 Левина Н.Б., Любов Е.Б.  
**Поддерживаемые трудоустройство и учеба больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Лоскутова В.А.  
**Роль социальных когнитивных функций в нарушении социального функционирования пациентов, страдающих шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Макаревич О.В., Лутова Н.Б.  
**Показатели семейной сплоченности как индикатор динамики коррекции отношения семьи больных шизофренией к психофармакотерапии** \_\_\_\_\_  
 Менделевич Д.М., Анисимова Е.Н.  
**Особенности иноязычного вербального галлюциноза при шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Молодецких В.А.  
**Постпсихотический вариант психогенного развития личности** \_\_\_\_\_  
 Несифорова О.И. Беккер И.М.  
**Гибкие технологии использования мест в дневном-ночном стационаре при организации стационара первого эпизода в условиях оптимизации круглосуточных коек** \_\_\_\_\_  
 Осколкова С.Н.  
**К вопросу феноменологии шизотипического расстройства с неврозоподобным оформлением** \_\_\_\_\_  
 Павличенко А.В., Морозова Я.В.

**Особенности когнитивного функционирования при шизотипическом расстройстве с преобладанием аффективных состояний** \_\_\_\_\_  
 Павлова О.Н.

**Наследственная отягощенность как предиктор формирования атипичной депрессии на активном этапе вялотекущей шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Паненко О.А., Степанова О.Н., Шеллер А.Д., Койрах И.А.

**Программа интенсивного лечения в сообществе для пациентов, перенесших первый психотический приступ** \_\_\_\_\_  
 Першина Н.П., Струкова Е.Ю., Логачёва А.А.

**Эффективность психосоциальной терапии пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях дневного стационара** \_\_\_\_\_  
 Раюшкин В.А.

**Фактор наследственного отягощения как предиктор профилактических свойств нифедипина** \_\_\_\_\_  
 Ривкина Н.М.

**Эффективность групповой психосоциальной работы с семьями в системе комплексной помощи пациентам с первыми психотическими эпизодами** \_\_\_\_\_  
 Розина А.С.

**Образовательный уровень и качество жизни пациентов с шизотипическим расстройством** \_\_\_\_\_  
 Романов А.Д., Романов Д.В.

**Представления о болезни и проблемы комплаентности у больных параноидной шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Рожкова М.Ю., Иванова Л.А., Бобров А.С.

**Шизоаффективное расстройство с относительно поздним по возрасту манифестом (структура приступов)** \_\_\_\_\_  
 Рычкова О.В., Гурович И.Я., Холмогорова А.Б.

**Социальный интеллект и социальная ангедония при шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Савонова И.В., Козырева Е.Ю.

**Социальное функционирование и состояние познавательных процессов больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Севостьянов В.Г., Погосов А.В.

**Полипрофессиональный подход в работе клиники первого психотического эпизода** \_\_\_\_\_  
 Семенова Н.Д.

**Психосоциальная терапия шизофрении: воздействие на мотивационную сферу пациентов** \_\_\_\_\_  
 Семке А.В.

**Адаптационные возможности и качество жизни больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Сторожакова Я.А., Висневская Л.Я., Голланд Э.В.

**Личностно-социальное восстановление при шизофрении и требования к психиатрическим службам** \_\_\_\_\_  
 Ступина О.П., Говорин Н.В., Озорнин А.С.

**Оценка эффективности работы клиники первого психотического эпизода** \_\_\_\_\_  
 Сулейманов Р.А.

**Феномен возрастной регрессии в дебюте латентной шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Фурсов Б.Б.

**Мотивация у больных шизофренией и методы ее оценки** \_\_\_\_\_  
 Хлопина И.В., Солоненко А.В.

**Влияние психообразовательной работы с семьями больных первым психотическим эпизодом на бремя семьи** \_\_\_\_\_  
 Шмилович А.А.

**Клинические этапы стрессогенного бредаобразования при параноидной шизофрении и шизоаффективном расстройстве** \_\_\_\_\_  
 Шмуклер А.Б.

**Нарушение интегративной перцепции как одна из основных мишеней психосоциальной терапии больных шизофренией** \_\_\_\_\_

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Абдраева Н. К., Брюхин А. Е.**  
**Принципы комплексной терапии при нарушениях пищевого поведения** \_\_\_\_\_

**Аверьянов Г.Н., Брюхин А.Е.**  
**Диагностика личностной патологии при нарушениях пищевого поведения (НПП) с использованием патохарактерологического личностного опросника** \_\_\_\_\_  
 Айрапетов Р.Г., Зимина С.В.

**Осознание течения времени как проявление деперсонализации при аффективных синдромах** \_\_\_\_\_  
 Акжигитов Р.Г.

**Биполярность аффективных нарушений у больных с непсихотическими формами психических расстройств** \_\_\_\_\_  
 Александровский Ю.А.

**Взаимодействие клинической, биологической и социальной психиатрии при непсихотических психических расстройствах** \_\_\_\_\_  
 Антухов А.В., Балашов П.П.

**Невротические и соматоформные расстройства у работников атомной промышленности** \_\_\_\_\_  
 Банников Г.С.

**Антагистальные переживания в структуре расстройства адаптации у сотрудников правоохранительных органов** \_\_\_\_\_  
 Безбородова Н.В., Колягин В.В., Колягина В.В., Данилова Н.В., Кисель С.В.

**Представленность биполярного аффективного расстройства в психиатрическом стационаре** \_\_\_\_\_  
 Бухаров В.Г., Семин И.Р.

**Расстройства личности и военно-психиатрическая экспертиза** \_\_\_\_\_  
 Вассерман Л.И., Иванов М.В., Мазо Г.Э., Ващенко Н.А., Пустошкин Е.А.

**Психотическая депрессия: методы экспериментальной психосемантики в оценке самосознания больных** \_\_\_\_\_  
 Вельтищев Д.Ю., Лисицына Т.А., Серавина О.Ф., Ковалевская О.Б., Дрожжина Е.Н., Насонов Е.Л.

**Системные ревматологические заболевания и депрессия: общая патогенетическая модель** \_\_\_\_\_  
 Вертоградова О.П., Степанов И.Л., Максимова Н.М., Ваксман А.В., Диков С.Ю., Кошкин К.А., Моисейчева О.В., Целищев О.В., Миссионщик Э.Ю., Смолина Н.В.

**Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий** \_\_\_\_\_  
 Волель Б.А., Пушкарёв Д.Ф., Нефедьева И.О.

**Аспекты динамики гипертимного расстройства личности** \_\_\_\_\_  
 Володин Б.Ю., Филимонов А.П., Петров С.С., Новиков В.В.

**Качество жизни пациентов с невротическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
 Володин В.С.

**Психосоматические расстройства в гинекологии** \_\_\_\_\_  
 Володина О.В.

**Спектр терапевтических возможностей в лечении расстройств адаптации у пациентов кардиологического профиля** \_\_\_\_\_  
 Галиуллина Л.К., Сабиров Р.З., Яхин М.К.

**Распространенность симптомов непсихотического регистра среди студентов высших учебных заведений** \_\_\_\_\_  
 Гельд А.Л.

**Ассоциации количественных оценок тревоги и депрессии при оценке по HADS и психических расстройств с тревожными симптомами** \_\_\_\_\_  
 Данилин И.Е.

**Психические расстройства у больных с онкологической патологией и их психотерапевтическая коррекция** \_\_\_\_\_  
 Диков С.Ю., Вертоградова О.П.

**Вегетативная реактивность и вегетативное обеспечение деятельности при депрессиях с разным типом ведущего аффекта** \_\_\_\_\_

- Докучаева Е.Н.  
Социальные аспекты психосоматических расстройств \_\_\_\_\_  
Дударева Е.А., Иванова Т.И.
- Особенности личности пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью \_\_\_\_\_  
Дукельский А.А., Юрьева Л.Н.
- Факторы психической травматизации больных ишемической болезнью сердца, перенесших стентирование коронарных артерий (СКА) \_\_\_\_\_  
Зайцева О.Г., Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Агеев М.И., Стрижев В.А.
- Типы реагирования на болезнь при сердечно-сосудистой патологии \_\_\_\_\_  
Зиньковский А.К., Антоновский А.В.
- Некоторые показатели алекситимии у педагогов общеобразовательных школ \_\_\_\_\_  
Золотова А.Н.
- Результаты исследования психической сферы у родственников онкологических больных \_\_\_\_\_  
Зубарева О.В., Кукшина А.А., Захарова Н.М.
- Особенности диагностики психических расстройств у больных, совершивших аутоагрессивные действия \_\_\_\_\_  
Зуева А.Ю., Сединина Н.С., Берсенева Л.А.
- Исследование психоэмоционального состояния больных с хронической профессиональной патологией \_\_\_\_\_  
Зуйкова Н.Л.
- О клинической психосоматике \_\_\_\_\_  
Иванов С.В.
- Психотерапия психических расстройств в общей медицине \_\_\_\_\_  
Каданцева А.В., Щелкова О.Ю.
- Взаимосвязь характеристик темперамента и личности у больных невротическими расстройствами \_\_\_\_\_  
Капустянский В.Л., Перехов А.Я.
- Проблемы диагностики и лечения тревожно-депрессивных расстройств в системе первичного медицинского звена \_\_\_\_\_  
Караваева Т.А.
- Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств \_\_\_\_\_  
Качан М.А., Руженков В.А.
- Некоторые аспекты оказания психиатрической помощи при психических расстройствах, возникающих у женщин, прерывающих беременность на поздних сроках по медицинским показаниям \_\_\_\_\_  
Кирсанова Г.Ф., Карнозов В.Л., Линева Т.Ю.
- Динамика психических нарушений у больных ревматоидным полиартритом \_\_\_\_\_  
Кисель С.В., Петрунько О.В.
- Хронифицированные депрессивные расстройства (клиника, течение) \_\_\_\_\_  
Козлова О.Н., Ахалкин Р.В., Файзуллоев А.З., Бочкарев В.К.
- Применение антидепрессантов и ноотропов при когнитивных нарушениях у больных с тревожными расстройствами \_\_\_\_\_  
Колесников И.А.
- Расстройства адаптации у женщин в период беременности \_\_\_\_\_  
Колесниченко Т.Н.
- Диагностическое и прогностическое значение резидуально-органического психосиндрома при нервной анорексии \_\_\_\_\_  
Колягин В.В.
- Диагностика биполярного аффективного расстройства психиатрами практического здравоохранения \_\_\_\_\_  
Копейко Г.И., Олейчик И.В.
- Специфические особенности терапии биполярного аффективного расстройства юношеского возраста \_\_\_\_\_  
Костин А.К.
- Факторы семейного воспитания как предикторы психосоматических расстройств гастроинтестинальной системы \_\_\_\_\_  
Краля О.В., Дроздовский Ю.В.
- Управляемая визуализация в комплексной реабилитации нозогенных пограничных психических расстройств у лиц с сочетанной травмой \_\_\_\_\_  
Крылов В.И.
- Клинико-психопатологический метод в пограничной и малой психиатрии (проблема диагностики и систематики навязчивых расстройств) \_\_\_\_\_  
Крюкова Е.М., Антохин Е.Ю., Будза В.Г.
- Особенности психопатологии и терапии депрессии при биполярном аффективном расстройстве II типа \_\_\_\_\_  
Курасов Е.С., Ремизевич Р.С.
- Диссомнические нарушения и алгоритм комплексной диагностики и лечения пациентов с тревожными расстройствами \_\_\_\_\_  
Курбанов К.М., Полторак С.В.
- Сравнительная эффективность методов лечения соматоформных расстройств \_\_\_\_\_  
Кучер Е.О., Петрова Н.Н.
- Комплаенс больных с депрессией \_\_\_\_\_  
Лакосина Н.Д., Павличенко А.В.
- Некоторые аспекты динамики фобического синдрома, обусловленные психотерапией \_\_\_\_\_  
Магонова Е.Г.
- Депрессия, связанная со стрессом, в свете катамнеза \_\_\_\_\_  
Макаричева Э.В., Габитова Д.Д.
- Индивидуальные психологические особенности пациенток, страдающих бесплодием \_\_\_\_\_  
Манучарян Ю.Г., Хохлов Л.К.
- Хронологическая динамика обращаемости больных с депрессивными, тревожными, стрессовыми расстройствами по материалам городского психотерапевтического центра \_\_\_\_\_  
Мариллов В.В.
- О формировании психосоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта \_\_\_\_\_  
Марченко А.А.
- Особенности резидуальных состояний при невротических расстройствах \_\_\_\_\_  
Медведев В.Э., Епифанов А.В.
- Психосоматические аспекты фибрилляции предсердий \_\_\_\_\_  
Мокина Я.В.
- Депрессивные расстройства у больных псориазом \_\_\_\_\_  
Носачев Г.Н., Романов Д.В., Стрельник С.Н.
- Хронобиологическое направление исследований аффективной патологии: опыт кафедры психиатрии Самарского государственного медицинского университета \_\_\_\_\_  
Онегина Е.Ю., Брюхин А.Е.
- Принципы диагностики, особенности клиники и терапии аффективных расстройств у больных с нарушениями пищевого поведения \_\_\_\_\_  
Петрунько О.В., Бобров А.С., Хамарханова А.А., Швецова А.В.
- Значение генерализованного тревожного расстройства в формировании типа депрессии \_\_\_\_\_  
Плотникова Н.С.
- Когнитивные нарушения у пациентов хирургического отделения в раннем послеоперационном периоде \_\_\_\_\_  
Полякова Е.О., Ревшвили А.Ш., Незнамова Е.И.
- Лечение депрессивных расстройств у пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях кардиохирургического стационара \_\_\_\_\_  
Полянина Д.А., Кукшина А.А., Зубарева О.В., Захарова Н.М.
- Диагностика и лечение психических расстройств у пострадавших с острой травмой \_\_\_\_\_

Потапкина Е.В., Коломиец С.А.  
**Нервно-психические расстройства, сопутствующие онкологическим заболеваниям, у пациентов областного онкологического диспансера г. Томска** \_\_\_\_\_  
 Прокопьева М.Л.  
**К особенностям соматизированной депрессии при рекуррентном и биполярном течении** \_\_\_\_\_  
 Пудиков И.В.  
**Медико-экономические перспективы фототерапии пациентов с сезонными депрессиями** \_\_\_\_\_  
 Раева Т.В., Ишутина Н.П.  
**Психические расстройства в дерматологической клинике** \_\_\_\_\_  
 Рожков А.В.  
**Агрессивные тенденции в структуре аффективных расстройств депрессивного спектра** \_\_\_\_\_  
 Розин А.И.  
**Депрессивные расстройства у пациентов с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом** \_\_\_\_\_  
 Романов Д.В.  
**Пограничное расстройство как атипичная личностная аномалия** \_\_\_\_\_  
 Романов Д.Вл.  
**Психопатологически амплифицированный кожный зуд в дерматологической практике** \_\_\_\_\_  
 Ромасенко Л.В.  
**Особенности психосоматических соотношений при функциональных соматических синдромах** \_\_\_\_\_  
 Семиглазова М.В., Довженко Т.В., Краснов В.Н.  
**Расстройства тревожно-депрессивного спектра при сердечно-сосудистых заболеваниях** \_\_\_\_\_  
 Сергеев И.И.  
**Диагностика патологических развитий личности** \_\_\_\_\_  
 Собенников В.С.  
**Структурно-психопатологическая модель коморбидности соматоформных, депрессивных и тревожных расстройств** \_\_\_\_\_  
 Старостина Е.Г., Бобров А.Е., Александрова М.М.  
**Спектр психопатологических состояний у больных акромегалией** \_\_\_\_\_  
 Степанов И.Л., Горячева Е.К.  
**Личностно-волевые особенности больных депрессией** \_\_\_\_\_  
 Стоянова И.Я., Семке В.Я., Куприянова И.Е.  
**Сравнительные аспекты защитно-совладающего стиля у женщин с невротическими расстройствами и созависимостью** \_\_\_\_\_  
 Стрельник С.Н.  
**Циркаритмы как центральное звено хронобиологической организации периодических аффективных расстройств** \_\_\_\_\_  
 Стукало А.В., Вельтищев Д.Ю., Романенко С.Г.  
**Стресс и расстройства тревожно-депрессивного спектра в фониатрической практике** \_\_\_\_\_  
 Ульянов И.Г., Потапов О.В.  
**К вопросу исследования тревоги существования в контексте социальной психиатрии** \_\_\_\_\_  
 Урсова Л.Г., Владимиров В.В.  
**Периодичность психосоматических расстройств при псориазе** \_\_\_\_\_  
 Федоров Н.В.  
**Особенности социального функционирования пациентов с фармакорезистентными депрессивными расстройствами** \_\_\_\_\_  
 Филимонов А.П., Володин Б.Ю., Петров С.С., Новиков В.В.  
**Качество жизни пациентов с соматоформными расстройствами, наблюдающихся в психиатрической и общесоматической сети** \_\_\_\_\_  
 Хамарханова А.А., Петрунько О.В., Швецова А.В.  
**Структура атипичной симптоматики в клинике депрессивного расстройства** \_\_\_\_\_  
 Хритинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Шмаков Р.Г., Меньшикова А.А.  
**Психоземotionalные особенности женщин**

**с онкологическими заболеваниями во время беременности** \_\_\_\_\_  
 Хруленко-Варницкий И.О.  
**Распространенность и особенности выраженности эмоциональной возбудимости (раздражительности) у больных с различными формами пограничных психических расстройств (ППР)** \_\_\_\_\_  
 Царенко Д.М.  
**Сравнительный анализ когнитивных нарушений у больных аффективными расстройствами и легким когнитивным расстройством в условиях первичной медицинской сети** \_\_\_\_\_  
 Цветкова Д.А., Моросеева Е.А., Зиньковский К.А.  
**Особенности качества жизни пациентов с психосоматической патологией** \_\_\_\_\_  
 Целищев О.В., Вертоградова О.П.  
**Терапевтическая динамика депрессивных идей в структуре моно- и биполярной непсихотической депрессии** \_\_\_\_\_  
 Цыган А.В., Яковенко Т.В., Баурова Н.Н.  
**Тревога и депрессия у пациентов с ревматоидным артритом** \_\_\_\_\_  
 Чернышева К.Г., Симуткин Г.Г.  
**Клиническая динамика “двойной депрессии” при терапии СИОЗС** \_\_\_\_\_  
 Чугунов Д.А.  
**Характеристика фобических расстройств у больных, госпитализированных в общепсихиатрический стационар** \_\_\_\_\_  
 Шамне Р.В., Голдобина О.А.  
**Сомнические нарушения при невротических расстройствах: распространенность, клинично-динамические особенности** \_\_\_\_\_  
 Шеденко М.И., Четвериков Д.В., Гринмаер А.В., Чередова Е.Н.  
**Особенности отношения к заболеванию и к лечению у медицинских работников с пограничными психическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
 Шойхет Я.Н., Голдобина О.А., Маркин А.В., Пахомова Н.В.  
**Соматические и психологические аспекты качества жизни у больных с синдромом обструктивного апноэ во сне** \_\_\_\_\_  
 Юровская И.И., Артемьева М.С.  
**Влияние уровня тревожности личности на развитие аритмий** \_\_\_\_\_  
 Юрьева Л.Н., Дукельский А.А.  
**Уровень тревожности у больных ишемической болезнью сердца, перенесших стентирование коронарных артерий (СКА)** \_\_\_\_\_

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ:  
 СПЕЦИФИКА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ,  
 ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ  
 ПОДХОДОВ

Андрусенко И.В.  
**Современные подходы к фармакотерапии у детей с СДВГ** \_\_\_\_\_  
 Анцыферова О.А.  
**Проблема профилактики агрессивного поведения подростков** \_\_\_\_\_  
 Артамонов А.А.  
**Псевдоанорексия в детском психиатрическом стационаре** \_\_\_\_\_  
 Ахметова В.В., Говорин Н.В., Злова Т.П.  
**Нарушения интеллекта в структуре психической патологии у воспитанников детских домов Забайкалья** \_\_\_\_\_  
 Балакирева Е.Е., Якупова Л.П., Генералова Г.А.  
**Мультифакториальный подход к исследованию нарушения пищевого поведения у детей и подростков** \_\_\_\_\_  
 Баширова Н.Н., Зайцев И.А.  
**Проблемы дифференциальной диагностики СДВГ** \_\_\_\_\_



- Бибчук М.А.  
Оценка эффективности системной семейной психотерапии в условиях детского психиатрического стационара \_\_\_\_\_  
Бенилова С.Ю.  
Родители-партнеры в комплексной коррекционной нейрореабилитации детей с проблемами развития \_\_\_\_\_  
Бенько Л.А., Чижова Т.Н., Нохрина Т.С., Царненко Ю.В., Чернышева Е.В.  
Семья как патогенетический фактор психосоматических расстройств у детей \_\_\_\_\_  
Боброва Н.А.  
Клинические особенности школьной дезадаптации у детей с тяжелыми нарушениями речи \_\_\_\_\_  
Боброва Ю.В.  
Оценка эффективности психотерапии девиаций поведения у подростков \_\_\_\_\_  
Ложникова Л.Е., Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Агеев М.И., Стрижев В.А., Мыльникова Ю.А.  
Агрессивные формы поведения в подростковой среде \_\_\_\_\_  
Болотина О.А., Корень Е.В.  
Экзистенциальные личностные смыслы как мишени психосоциальной реабилитации детей и подростков с психическими расстройствами \_\_\_\_\_  
Бочарова И.А., Злоказова М.В., Багаев В.И.  
Психотерапевтическая помощь детям с пограничными психическими расстройствами в условиях детского дневного психиатрического стационара \_\_\_\_\_  
Будай Н.Н.  
Сверхценные образования у лиц подросткового возраста \_\_\_\_\_  
Быкова И.С., Краснощекова И.В.  
Личностные характеристики, направленность и адаптивные ресурсы у матерей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии \_\_\_\_\_  
Вакула И.Н., Шелудько М.В.  
Роль общественной организации родителей детей с аутизмом в процессе их реабилитации \_\_\_\_\_  
Вострокнутов Н.В.  
Методология проектирования психокоррекционных программ для детей с риском развития социально обусловленных психических расстройств \_\_\_\_\_  
Гаммацаева Л.Ш., Моллаева Н.Р., Алибекова Н.А.  
Нарушение поведения в структуре шизотипического расстройства в детском возрасте \_\_\_\_\_  
Гасанов Р.Ф.  
К вопросу о фармакотерапии синдрома дефицита внимания \_\_\_\_\_  
Генгер М.А.  
Классификация детско-родительских отношений \_\_\_\_\_  
Глуценко В.В., Яковлев В.Н.  
Фармакотерапия "Синдрома дефицита внимания с гиперактивностью" \_\_\_\_\_  
Глуценко В.В., Яковлев В.Н.  
Коррекция синдрома дефицита внимания с гиперактивностью \_\_\_\_\_  
Гольшева В.А., Андрусенко А.А., Кузнецов И.А., Обросов И.Ф.  
Оценка аномальной психосоциальной ситуации, сопутствующей аддиктивному поведению подростков \_\_\_\_\_  
Гордеева Е.А., Казанцева Э.Л.  
Клинико-нозологические особенности фобий в детско-подростковом возрасте \_\_\_\_\_  
Горюнов А.В.  
Клинические особенности и динамика развития шизотипического расстройства в детском возрасте \_\_\_\_\_  
Горячева Т.Г.  
Сенсомоторная коррекция с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра \_\_\_\_\_  
Гранкина И. В.  
Роль школьной неуспеваемости в возникновении нарушений поведения у детей \_\_\_\_\_  
Данилова Л.Ю.  
Проблема коморбидности СДВГ у детей \_\_\_\_\_  
Данилова Н.В., Колягин В.В.  
Медикаментозная терапия поведенческих расстройств у подростков с органическим поражением головного мозга \_\_\_\_\_  
Дейч Р.В.  
Болезненные хобби и их влияние на социальную адаптацию в детстве и отрочестве \_\_\_\_\_  
Дробинская А.О.  
Психосоциальная реабилитация детей с расстройствами аутистического спектра: анализ позиции родителей по отношению к различным видам помощи \_\_\_\_\_  
Забозлаева И.В.  
Комплексная лечебно-коррекционная помощь детям с аутизмом в условиях специализированного центра \_\_\_\_\_  
Иванова Т.И., Гранкина И.В.  
Особенности воспитания детей с нарушениями поведения \_\_\_\_\_  
Казанцева Э.Л.  
Клинические особенности фобических расстройств у детей и подростков \_\_\_\_\_  
Кашникова А.А., Татарова И.Н., Коваленко Ю.Б.  
Подходы к проведению психосоциальной терапии в структуре комплексной помощи детям с органическими заболеваниями головного мозга \_\_\_\_\_  
Киреева И.П., Валюс Е.К.  
Детский аутизм: облигатная коморбидность \_\_\_\_\_  
Клесюк Ю.Н., Попова Н.М.  
Отклоняющееся поведение в системе начального профессионального образования \_\_\_\_\_  
Ковалев А.И., Корень Е.В.  
К вопросу о классификации психических расстройств в детском и подростковом возрасте \_\_\_\_\_  
Когельман Е.Ю.  
Проблемы и перспективы развития детской психиатрической службы в Пензенской области \_\_\_\_\_  
Коломыцев Д. Ю., Дроздовский Ю. В.  
Современные методы психотерапии в реализации возможностей коммуникации подростков \_\_\_\_\_  
Корень Е.В.  
Психообразовательная семейная терапия в детской психиатрии \_\_\_\_\_  
Корень Е.В.  
Стратегии развития детской психиатрии: психосоциальная реабилитация \_\_\_\_\_  
Кочегуров В. В., Зиньковский А. К., Виноградов А. Ф.  
Психологические особенности детей с задержкой психического развития, страдающих психосоматическими заболеваниями \_\_\_\_\_  
Кравченко Н.Е., Суетина О.А., Ходакова Ю.А.  
Психические расстройства у больных гемобластозами детей и подростков \_\_\_\_\_  
Крахмалева О.Е., Гранкина И.В., Иванова Т.И.  
Предпосылки к криминогенному поведению у детей с психическими отклонениями \_\_\_\_\_  
Кузьмичев Б.Н.  
Анализ распространенности умственной отсталости у подростков тверской области \_\_\_\_\_  
Куликов А.В.  
Варианты суицидального поведения при эндогенных заболеваниях у детей и подростков \_\_\_\_\_  
Куприянова Т. А.  
Диагностика расстройств поведения у детей \_\_\_\_\_  
Куприянова И.Е., Дашиева Б.А., Карауш И.С.  
Коррекция тревоги у детей с ограниченными

возможностями здоровья \_\_\_\_\_  
 Кустова Ю.А.

**Особенности родительского отношения в семьях с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ)** \_\_\_\_\_

Луговых Н.А., Малинина Е.В., Гобец Н.Г., Чернов С.В.

**Диагностические критерии психических расстройств у детей, перенесших неонатальную реанимацию** \_\_\_\_\_

Лусс Л.А., Горюнов А.В.

**О некоторых особенностях психопатоподобной шизофрении в детско-подростковом возрасте** \_\_\_\_\_

Мазаева Н.А., Головина А.Г.

**Патогенетические закономерности формирования фобий у подростков** \_\_\_\_\_

Макаров И.В., Кравченко И.В.

**Клиническая симптоматика синдромов фантазирования у детей** \_\_\_\_\_

Макушкин Е.В.

**Профилактические принципы в детской психиатрической службе** \_\_\_\_\_

Моллаева Н.Р., Алиев М.А., Караева А.Ф.

**Фактор йоддефицита и распространенность психических расстройств у детей, проживающих в разных климатогеографических зонах республики Дагестан** \_\_\_\_\_

Маринчева Л.П., Злоказова М.В.

**Психотравмирующие ситуации как фактор, способствующий возникновению психосоматических и соматоформных расстройств у подростков** \_\_\_\_\_

Марченко А.М.

**Психообразовательные мероприятия в структуре психосоциальной реабилитации детей и подростков с ипохондрическими расстройствами** \_\_\_\_\_

Масихина С.Н.

**Опыт организации психотерапевтической группы для подростков, больных шизофренией** \_\_\_\_\_

Менделевич Б.Д.

**Нарушение социально-психологической адаптации, как фактор риска формирования психической патологии у подростков** \_\_\_\_\_

Новожилова Т.Ф., Комлач И.Л., Добровольский А.П., Аталиков С.Б.

**Новый подход к терапии когнитивных нарушений у детей** \_\_\_\_\_

Панкова О.Ф., Солохина Н.А.

**Переживание болезни у подростков, госпитализированных в психиатрическую клинику, и методы психосоциальной реабилитации** \_\_\_\_\_

Пережогин Л.О.

**Нарушение психосоциальной продуктивности у несовершеннолетних с безнадзорностью и криминальной активностью** \_\_\_\_\_

Пилявская О.И.

**О клинических факторах риска детской и подростковой шизофрении** \_\_\_\_\_

Попов Ю.В., Пичиков А.А.

**Множественные суициды у подростков** \_\_\_\_\_

Примоченок А.А.

**Вопросы диагностики экзогенно-органических заболеваний головного мозга у подростков** \_\_\_\_\_

Пыхтарев В.Н., Лусс Л.А.

**О направлениях реабилитационной и психосоциальной работы с подростками в условиях специализированного отделения психиатрической больницы** \_\_\_\_\_

Резниченко Т.С.

**Специфика языковых нарушений и продолжительность курсового лечения** \_\_\_\_\_

при системном недоразвитии речи \_\_\_\_\_

Рычкова Л.С., Супрун С.А.

**Дифференцированный подход к коррекции дезадаптационных расстройств у детей-сирот с легкой умственной отсталостью** \_\_\_\_\_

Северный А.А.

**Комплексная коррекция психосоматических расстройств в педиатрической практике** \_\_\_\_\_

Седова А.А., Красненков В.Л.

**Клинико-социальные аспекты оказания психиатрической помощи подросткам с задержкой психического развития** \_\_\_\_\_

Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П., Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И.

**Психотические формы расстройств аутистического спектра (мультидисциплинарные аспекты)** \_\_\_\_\_

Сомова В.М.

**Клинические проявления мягкого аутизма в детском, подростковом и юношеском возрасте (по данным катамнеза)** \_\_\_\_\_

Стоялова Т.В. Иванова Т.И., Крахмалева О.Е.

**Динамика структуры психической заболеваемости допризывников** \_\_\_\_\_

Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Куприянова Т.А., Коновалова В.В., Филлипова Е.А.

**Биологические и социально-психологические аспекты профилактики пограничных психических расстройств у детей** \_\_\_\_\_

Счастный Е.Д., Семке В.Я., Попова Н.М., Клесюк Н.М.

**Половые отличия суицидального поведения у подростков** \_\_\_\_\_

Тарасов Д.О.

**Пограничные психические нарушения при туберкулезе легких у подростков** \_\_\_\_\_

Уваровская О. Ю., Хайретдинов О.З.

**Исследования катамнеза больных с различными формами детского аутизма** \_\_\_\_\_

Хайретдинов О.З., Романов Д.В., Баранов В.С.

**Некоторые аспекты психосоциальной терапии при психических расстройствах у детей и подростков** \_\_\_\_\_

Хмелева Ю.Б., Завьялова Н.Е.

**Клинические особенности пресуицидального периода у детей и подростков, совершивших суицидальную попытку в рамках “острой реакции на стресс”** \_\_\_\_\_

Хорошавина О.В., Багаев В.И.

**Особенности воспитания детей-инвалидов с умственной отсталостью** \_\_\_\_\_

Черепанова Е.В.

**Психосексуальные проблемы детей-сирот и инвалидов** \_\_\_\_\_

Чижова Т.Н., Малинина Е.В., Бенько Л.А.

**Особенности дошкольного возраста у детей с уходами и бродяжничеством** \_\_\_\_\_

Шалимов В.Ф.

**Социально-психиатрическая помощь детям в условиях образовательной среды** \_\_\_\_\_

Шелудько М.В., Вакула И.Н.

**Аутизм как эпилептическое непароксизмальное расстройство** \_\_\_\_\_

Шереметьева И.И., Видяшкин В.Н.

**Гендерные особенности структуры отклоняющегося поведения у современных подростков на примере Алтайского краевого психоневрологического диспансера** \_\_\_\_\_

Шмакова О.П., Андреева О.О.

**Динамика инвалидизирующих психических расстройств** \_\_\_\_\_

Юрьева Л.Н., Гура Э.И.

**Синдром “лишенные родительской опеки”** \_\_\_\_\_

## ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

Антохин Е.Ю., Будза В.Г.

Протекторные психологические механизмы при психогениях позднего возраста \_\_\_\_\_

Белов А.В., Даренский И.Д., Яковлев В.Г.

Терапия сенильного когнитивного дефицита \_\_\_\_\_

Будза В.Г., Баянова А.А., Антохин Е.Ю.

Длительная глутаматергическая терапия дементного синдрома умеренной и тяжелой степени выраженности сосудистого и сочетанного (сосудисто-атрофического) генеза мемантином: эффективность и безопасность \_\_\_\_\_

Вознесенская Т.Г., Медведева А.В.

Некогнитивные невропсихические расстройства при болезни Альцгеймера \_\_\_\_\_

Воронина Е.О., Будза В.Г.

Диагностика псевдоальцгеймеровской формы сочетанной сенильно-сосудистой деменции \_\_\_\_\_

Гантман М.В.

Когнитивные и тревожно-депрессивные расстройства у лиц пожилого возраста, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера \_\_\_\_\_

Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., Алимова Л.В.

Предпосылки отрицательного влияния одинокого проживания на психическое состояние больных позднего возраста \_\_\_\_\_

Клопжжникова В.Л., Струкова Е.Ю.

Некоторые аспекты специализированной помощи в геронтопсихиатрии \_\_\_\_\_

Колыхалов И.В.

Поведенческие и психотические расстройства при деменции (эпидемиологические и терапевтические аспекты) \_\_\_\_\_

Летникова З.В., Полищук Ю.И., Гурвич В.Б.

Динамика тревожных расстройств у больных позднего возраста в процессе психосоциальной терапии в условиях КЦСО \_\_\_\_\_

Лудын Т.Н., Одарченко С.С., Чеперин А.И.

Организация сестринского ухода за пациентами страдающими деменцией в структуре полипрофессиональной бригады \_\_\_\_\_

Любов Е.Б.

Клинико-эпидемиологические, фармакоэпидемиологические и экономические аспекты старческих деменций \_\_\_\_\_

Михайлова Н.М.

Деменция при болезни Альцгеймера смешанного альцгеймеровско-сосудистого генеза \_\_\_\_\_

Николаев Л.Н.

Оказание участковым психиатром специализированной помощи при деменциях \_\_\_\_\_

Одарченко С.С., Чеперин А.И.

Онтогенетический подход к превенции психических расстройств позднего возраста: организационные основы \_\_\_\_\_

Осколкова С.Н., Львова С.В.

Роль поддерживающей терапии у пожилых больных шизофренией в ПНИ \_\_\_\_\_

Перчаткина О.Э., Лукьянова Е.В., Семке В.Я.

Клинико-динамические аспекты инволюционной истерии \_\_\_\_\_

Полищук Ю.И., Летникова З.В., Гурвич В.Б.

Тревожные расстройства в позднем возрасте, выявляемые вне психиатрических учреждений \_\_\_\_\_

Поляковская Т.П.

К типологической дифференциации инволюционной истерии \_\_\_\_\_

Попова Н.М., Шахурова Н.И., Горшкова Л.В.

Аффективные расстройства в пожилом возрасте \_\_\_\_\_

Пырков П.П.

Профилактика стигм у пожилых пациентов с амнестическими расстройствами в многопрофильной больнице \_\_\_\_\_

Раевский А.А.

К вопросу о разработке дифференцированных программ психотерапии пациентов геронтопсихиатрического профиля \_\_\_\_\_

Руженская О.В.

Мотивационные аспекты обращаемости населения за геронтопсихиатрической помощью \_\_\_\_\_

Сафарова Т.П.

Психофармакотерапия психически больных позднего возраста \_\_\_\_\_

Сафонова Н.Ю., Балунцов О.А.

Нарушения сна у пожилых больных с церебро-васкулярной болезнью \_\_\_\_\_

Семенова Н.В., Случевская С.Ф.

Особенности бригадной модели комплексной геронтопсихиатрической помощи \_\_\_\_\_

Семке В.Я.

Пограничная геронтопсихиатрия: социальный, клинический и реабилитационный аспекты \_\_\_\_\_

Сиденкова А.П.

Биопсихосоциальные аспекты формирования поздних деменций \_\_\_\_\_

Сметанников П.Г.

Бредовые формы функциональных психозов обратного развития и церебральные механизмы их клинических особенностей \_\_\_\_\_

Смирнов О.Р.

Клинико-динамические особенности тревоги у дементных больных \_\_\_\_\_

Шахурова Н.И., Павлова О.А., Лебедева В.Ф., Попова Н.М.

Клинико-нозологическая структура депрессивных состояний на фоне хронической ишемии мозга у пациентов пожилого возраста \_\_\_\_\_

Яковлева О.Б.

Отдаленные исходы депрессий в позднем возрасте \_\_\_\_\_

Якупова Г.А., Бабаев А.С.

Музыкотерапия и деменция \_\_\_\_\_

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Абриталин Е.Ю.

Немедикаментозные методы преодоления фармакологической резистентности при депрессивных расстройствах \_\_\_\_\_

Артюх В.В., Соколов А.В.

Психопатологический подход как основа оптимизации лечения маниакально-бредовых состояний высокими суточными дозами кветиапина \_\_\_\_\_

Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А.

Антипсихотическая терапия шизофрении и латентные нарушения углеводного обмена \_\_\_\_\_

Бирюкова Е.В., Мосолов С.Н.

Нейрофизиологические изменения при лечении тревожных расстройств методом нейрофидбека и их связь с клиническим состоянием больных \_\_\_\_\_

Боев О.И., Киворкова А.Ю., Шевченко А.М.

Комплексный природный препарат с психотонизирующим эффектом \_\_\_\_\_

Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А.,

Хамарханова А.А., Швецова А.В.

Вальдоксан в терапии умеренной и тяжелой депрессии \_\_\_\_\_

Браун Б., Голубев А.В., Детке М., Браун Д.,

Виллиамс Д.В., Иржевская В.П.

Применение методики Непрерывного Контроля

Качества интервью с пациентами при проведении

клинических исследований в психиатрии \_\_\_\_\_  
 Булатова Д.Р., Малин Д.И.  
**Особенности антипсихотической терапии  
 больных шизофренией и шизоаффективным  
 расстройством с зависимостью от каннабиодов** \_\_\_\_\_  
 Васильева А.В.  
**Биопсихосоциальная модель терапии затяжных  
 форм невротических расстройств** \_\_\_\_\_  
 Вернекина Н.С.  
**Квантовая терапия в комплексном лечении  
 больных с депрессивными расстройствами** \_\_\_\_\_  
 Виллиамс Д.В., Комиссаров П.С., Голубев А.В., Осман Д.,  
 Кобак К.К., Бебуришвили А.А., Соляник М.А.  
**Централизованное дистанционное обследование  
 пациентов – новый метод повышения качества клинических  
 исследований в психиатрии** \_\_\_\_\_  
 Голенков А.В.  
**Электросудорожная терапия: информированность  
 и отношение населения в Чувашии** \_\_\_\_\_  
 Городничев А.В., Мосолов С.Н.  
**Сравнительное изучение поздних отказов  
 от профилактической терапии у пациентов  
 с рекуррентным депрессивным расстройством,  
 принимающих антидепрессанты (АД) нового  
 поколения или амитриптилин** \_\_\_\_\_  
 Городошникова И.В., Будза В.Г., Бомов П.О.  
**Сравнительное исследование рисперидона (сперидана)  
 в стационаре общепсихиатрического профиля** \_\_\_\_\_  
 Лобанова И.В., Григорьева Е.А.  
**Терапия рекуррентного депрессивного расстройства  
 комбинацией сертралина (стимулотона) и амисульприда  
 (солиана) в сравнении с монотерапией сертралином** \_\_\_\_\_  
 Данилов Д.С.  
**Атипичные нейролептики при лечении шизофрении  
 (сравнительное проспективное исследование)** \_\_\_\_\_  
 Дашкина Г.К.  
**Заместительная терапия антидепрессантами  
 больных с пограничными психическими расстройствами,  
 длительно принимающих бензодиазепиновые  
 транквилизаторы (БДТ)** \_\_\_\_\_  
 Джуга Н.П., Козловский В.Л.  
**Исследование дифференцированного применения  
 ноотропов (пантогама и глицина) при лечении шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Елфимов М.А.  
**Эффективность иглорефлексотерапии  
 при лечении артериальной гипертонии в клинике  
 пограничных психических расстройств** \_\_\_\_\_  
 Задорожная О.В., Дроздовский Ю.В.  
**Выявление и профилактика нежелательных  
 побочных эффектов психофармакотерапии у психически  
 больных с сопутствующим поражением печени** \_\_\_\_\_  
 Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И.  
**Опыт применения атипичного антипсихотического  
 препарата сертиндол в психиатрических  
 стационарах России** \_\_\_\_\_  
 Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И.  
**Терапия шизофрении сертиндолом: оптимизация  
 терапевтических схем на основе результатов  
 анализа опыта применения препарата в психиатрических  
 стационарах России** \_\_\_\_\_  
 Иванов М.В., Мазо Г.Э., Чомский А.Н.  
**Динамика симптоматических кластеров шизофрении  
 и показателей безопасности терапии антипсихотиками  
 с различной пролактогенной активностью** \_\_\_\_\_  
 Иванова Л.А., Бобров А.С.  
**Ладастен в терапии органической астении и расстройства  
 адаптации** \_\_\_\_\_  
 Иоффе Г., Теревников В., Стенберг Я.-Х., Иоффе М.,  
 Тиухонен Я., Буркин М.

Миртазапин, добавленный к антипсихотикам –  
 потенциальный соперник клозапина?  
 Канаева Л.С., Вазагаева Т.И.  
**Стойкость ремиссии при фармакотерапии  
 и психотерапии у больных с депрессивными  
 расстройствами** \_\_\_\_\_  
 Капилетти С.Г., Шафаренко А.А.  
**Результаты российского мультицентрового  
 фармакоэпидемиологического исследования  
 частоты метаболических расстройств  
 у больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Козловский В.Л.  
**Актуальные вопросы фармакотерапии  
 в практике врача-психиатра** \_\_\_\_\_  
 Мазо Г.Э., Шманёва Т.М.  
**Влияние психофармакотерапии на развитие  
 фармакогенной прибавки веса у пациентов  
 с депрессивным расстройством** \_\_\_\_\_  
 Маслеников Н.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н.  
**Когнитивный ответ как предиктор эффективности  
 транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС)  
 при шизофренических депрессиях** \_\_\_\_\_  
 Маслов К.А., Гаевский Р.Г.  
**Влияние лечения методом форсированной  
 инсулинокоматозной терапии (ФИКТ)  
 на длительность и качество ремиссии у больных  
 с параноидной шизофренией** \_\_\_\_\_  
 Масловский С.Ю., Козловский В.Л.  
**Лекарственная коррекция увеличения массы тела  
 при назначении антипсихотиков** \_\_\_\_\_  
 Мексичева Л.Н., Боев О.И., Шевченко А.М.  
**Комплексный препарат с транквилизирующим  
 эффектом для лиц опасных профессий** \_\_\_\_\_  
 Мишин А.В., Жигарева Н.П.  
**Применение современных психофармакотерапевтических  
 препаратов при лечении пациентов  
 психоневрологического интерната** \_\_\_\_\_  
 Озорнина Н.В., Говорин Н.В., Озорнин А.С.  
**Состояние антиоксидантной защиты у больных  
 с первым психотическим эпизодом** \_\_\_\_\_  
 Олейчик И.В.  
**К вопросу о целесообразности использования  
 комбинированной психофармакотерапии  
 при лечении эндогенных депрессий** \_\_\_\_\_  
 Оленева Е.В., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н.  
**Эффективность присоединения ЭСТ к терапии  
 атипичными нейролептиками при резистентной  
 шизофрении с неблагоприятным прогнозом** \_\_\_\_\_  
 Петрюк А.П.  
**Способ интенсивного лечения психопатических  
 реакций у больных органическим расстройством  
 личности с агрессивным поведением** \_\_\_\_\_  
 Попов М.Ю.  
**Актуальность поиска новых подходов  
 к оптимизации терапии шизофрении классическими  
 нейролептиками** \_\_\_\_\_  
 Потапов А.В., Мосолов С.Н., Шафаренко А.А.,  
 Костюкова А.Б.  
**Стандартизированные клинико-функциональные  
 критерии терапевтической ремиссии при шизофрении:  
 описание и валидизация** \_\_\_\_\_  
 Прощенко И.В.  
**Влияние кортексина на лечение больных  
 параноидной формой шизофрении** \_\_\_\_\_  
 Рогозина М.А., Шаповалов Д.Л., Полозова Т.М.  
**Применение кветиапина при тревожно – депрессивных  
 состояниях у лиц пожилого возраста в амбулаторной  
 психиатрической практике** \_\_\_\_\_  
 Рукина Н. Ю., Голдобина О. А.

**Роль соматической патологии в развитии побочных эффектов нейролептической терапии у больных шизофренией** \_\_\_\_\_

*Степанчук Ю.Б., Иванов М.В.*

**Применение агомелатина в терапии депрессивных расстройств непсихотического уровня** \_\_\_\_\_

*Стяжкин В.Д., Стяжкина М.В., Бурдуковский М.А.*

**Длительное лечение нейролептиками больных шизофренией в период ремиссии – необходимость или дефект инструкций** \_\_\_\_\_

*Сюняков С.А., Незнамов Г.Г.*

**Оптимальное соотношение размерной и категориальной методологии при клинических исследованиях новых психотропных препаратов** \_\_\_\_\_

*Ушкелова А.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н.*

**Эффективность и переносимость агомелатина при лечении депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства** \_\_\_\_\_

*Цилли Е.И., Вальддорф Е.В., Барлукова Е.И., Снопкова Ю.Г.*

**Клиническая динамика психотических расстройств у больных шизофренией при терапии сертиндолом** \_\_\_\_\_

*Чахава В.О., Будтуева Ф.С.*

**Оптимизация терапии больных с резистентным генерализованным тревожным расстройством (ГТР) нейролептиками** \_\_\_\_\_

*Шафаренко А.А., Капилетти С.Г., Мосолов С.Н.*

**Ремиссия как цель лечения маниакальных состояний при применении атипичных антипсихотиков** \_\_\_\_\_

*Щербакова И.В., Крылатых В.Ю.*

**Оценка краткосрочных и долгосрочных результатов применения венлафаксина при паническом расстройстве** \_\_\_\_\_

*Янушко М.Г., Иванов М.В.*

**Когнитивные нарушения у больных шизофренией: диагностика и возможности коррекции в процессе поддерживающей антипсихотической терапии** \_\_\_\_\_

*Яхин К.К., Газизуллин Т.Р.*

**Предикторы эффективности лечения параноидной шизофрении при терапии атипичными нейролептиками (на примере сертиндола и арипипразола)** \_\_\_\_\_

#### СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

*Абдраязкова А.М., Шульга А.Г., Кабанова Т.Н.*

**Управление конфликтами в судебно-психиатрических стационарах** \_\_\_\_\_

*Аболонин А.Ф.*

**Модель профилактики девиантного поведения и реабилитации несовершеннолетних правонарушителей** \_\_\_\_\_

*Абрамов С.В., Голланд В.Б.*

**Оценка качества организации амбулаторного агрессивными формами общественно опасного поведения** \_\_\_\_\_

*Аксаков И.А., Зиньковский А.К.*

**Особенности проявления социальной агрессии у военнослужащих по призыву** \_\_\_\_\_

*Алексеева Г.Ю., Керова Т.Н., Сазонова Т.А., Шулакова Т.В.*

**Уголовно-процессуальная дееспособность в экспертной практике** \_\_\_\_\_

*Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Макушкин Е.В.*

**Проблемные вопросы комплексной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних** \_\_\_\_\_

*Баранов А.В.*

**Динамические показатели уровня общественно-опасных деяний лиц с тяжелыми психическими расстройствами в Тамбовской области** \_\_\_\_\_

*Басинская И.А., Введенский Г.Е.*

**Лечение антиандрогенами психически больных, совершивших сексуальные правонарушения** \_\_\_\_\_

*Белоус И.В., Березанцев А.Ю.*

**Вопросы амбулаторного лечения больных шизофренией с агрессивными формами общественно опасного поведения** \_\_\_\_\_

*Букреев Н.В., Булыгина В.Г., Шульга А.Г.*

**Комплексная оценка факторов внутрибольничной агрессии в психиатрических стационарах, осуществляющих принудительное лечение** \_\_\_\_\_

*Воронин В.С., Каганович Ю.Т., Булыгина В.Г.*

**Психодиагностические задачи в стационаре, осуществляющем принудительное лечение (ПЛ)** \_\_\_\_\_

*Гажа А.К., Ерошина О.С.*

**Трудовая реабилитация как одно из направлений работы с пациентами, находящихся на принудительном лечении** \_\_\_\_\_

*Гайдова Н.А., Позднякова В.Б.*

**Применение палиперидона при лечении шизофрении в условиях психиатрического стационара специализированного типа** \_\_\_\_\_

*Голланд В.Б., Яхимович Л.А.*

**Статистические показатели формирования группы активного диспансерного наблюдения (АДН)** \_\_\_\_\_

*Гордеев Л.С., Новиков Ю.Г., Зиньковский А.К.*

**Психиатрические аспекты сексуального насилия над детьми и подростками** \_\_\_\_\_

*Горинов В.В., Баева А.С.*

**Клинико-динамическая характеристика и экспертная оценка расстройства личности у обвиняемых** \_\_\_\_\_

*Демешева Е.А.*

**Характеристика амбулаторного контингента психически больных, совершивших общественно опасные деяния** \_\_\_\_\_

*Дерябина О.М., Кузнецов Д.А.*

**Профиль агрессивности у подэкспертных, совершивших ООД (гендерный аспект)** \_\_\_\_\_

*Диденко А.В.*

**Реформирование уголовно-исполнительной системы России и реабилитационные программы для осужденных с расстройствами личности** \_\_\_\_\_

*Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазыко Н.В., Оспанова А.В.*

**Клинико-терапевтические аспекты амбулаторного принудительного наблюдения и лечения больных шизофренией** \_\_\_\_\_

*Дозорцева Е.Г., Бадмаева В.Д.*

**Основные принципы оказания помощи несовершеннолетним жертвам преступлений** \_\_\_\_\_

*Дьякова И.В.*

**Групповые сексуальные правонарушения, совершенные несовершеннолетними с гомо объектом** \_\_\_\_\_

*Дьякова Н.В., Пищикова Л.Е., Мамонова И.П.*

**Дополнительные возможности экспертной диагностики при нейропсихологическом исследовании лиц пожилого возраста** \_\_\_\_\_

*Каганович Ю.Т., Воронин В.С., Кузнецов Д.А.*

**Клинико-социальные предикторы нарушений режима в стационаре, осуществляющем принудительное лечение психически больных** \_\_\_\_\_

*Казаковцев Б.А., Малкин Д.А., Букреев Н.В.*

**Профилактика повторных общественно опасных действий психически больных** \_\_\_\_\_

*Кальченко И.А., Семин И.Р.*

**Клинические и социальные характеристики психически больных, находящихся на активном диспансерном наблюдении** \_\_\_\_\_

*Каменсков М.Ю.*

**Особенности психофизиологической диагностики парафилий у лиц, страдающих шизофренией** \_\_\_\_\_

*Камнева Л.Ю., Гущина Е.Е.*

**Комплексная судебная психолого-психиатрическая** \_\_\_\_\_

экспертиза (КСПЭ) по делам о компенсации морального вреда \_\_\_\_\_  
 Качаева М.А., Русина В.В.

Особенности судебно-психиатрической оценки женщин с психическими расстройствами, совершивших агрессивные преступления против личности \_\_\_\_\_  
 Кондратьев Ф.В.

Антропогенное зависимое расстройство личности \_\_\_\_\_  
 Котов В.П., Мальцева М.М., Голланд В.Б.

Показатели состояния принудительного лечения (ПЛ) в России \_\_\_\_\_  
 Котова М.А., Кабанова Т.А.

Рассогласования в оценках эмоциональных и поведенческих симптомов членами полипрофессиональной бригады, осуществляющей принудительное лечение \_\_\_\_\_  
 Кравченко Н.Е., Зикеев С.А.

Психические нарушения у подростков, госпитализированных в недобровольном порядке \_\_\_\_\_  
 Кудрявцев И.А.

Методологические основы интеграции и основные модели комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз \_\_\_\_\_  
 Линчук А.Д.

Динамика негативных и продуктивных расстройств у больных параноидной шизофренией в отделении для принудительного лечения специализированного типа \_\_\_\_\_  
 Лысенко Н.Е.

Психофизиологические методы в судебной экспертизе \_\_\_\_\_  
 Макушкин Е.В., Мохонько А.Р.

Проблемные и организационные вопросы стационарной судебно-психиатрической экспертной службы \_\_\_\_\_  
 Малкин Д.А.

Гендерные особенности контингента осужденных, нуждающихся в стационарном психиатрическом лечении в местах лишения свободы \_\_\_\_\_  
 Мамонова И.П., Пищикова Л.Е., Дьякова Н.В.

Значение неврологической диагностики при судебно-психиатрической оценке деменций позднего возраста \_\_\_\_\_  
 Морозова М.В., Савина О.Ф.

Особенности протекания аффекта у лиц с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости \_\_\_\_\_  
 Мохонько А.Р., Муганцева Л.А.

К характеристике общественно опасных действий психически больных \_\_\_\_\_  
 Назырова А.Р.

Исследование факторов психологической адаптации больных параноидной шизофренией в условиях стационарного принудительного лечения в связи с задачами психотерапии и реабилитации \_\_\_\_\_  
 Низкин С.И., Казакова Е.Ю., Белевитина Н.А.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза по семейным спорам о воспитании или месте проживания ребенка при раздельном проживании родителей \_\_\_\_\_  
 Новикова-Грунд М.В., Саламова Д.К.

Перспективы исследования индивидуального сознания лиц, совершивших сексуальные преступления \_\_\_\_\_  
 Петрова И.С.

Зависимость выявленных психических расстройств с наличием суицидального поведения у лиц, подверженных судебно-психиатрической экспертизе \_\_\_\_\_  
 Пищикова Л.Е., Мамонова И.П., Дьякова Н.В.

Особенности экспертной оценки когнитивных расстройств у лиц пожилого возраста при неврологическом обследовании \_\_\_\_\_

Потемкин Б.Е., Жмудь М.В., Ленская В.С., Сиденкова А.П.

Анализ трудозатрат судебно-психиатрических экспертов при проведении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам в отношении граждан пожилого и старческого возраста \_\_\_\_\_  
 Сафуанов Ф.С.

Психотерапия и судебно-психологическая экспертиза как психотехнические системы \_\_\_\_\_  
 Семке В.Я., Диденко А.В.

Некоторые аспекты психосоциальной терапии и реабилитации осужденных с личностной патологией в местах лишения свободы \_\_\_\_\_  
 Соломахин Б.Д., Ситчихин П.В.

О тенденциях амбулаторного принудительного лечения и профилактики общественно опасных действий лиц, находящихся на амбулаторном принудительном лечении, в условиях внебольничной психиатрической службы г. Краснодара \_\_\_\_\_  
 Старичков Д.А., Овчинников А.А., Смолякова О.А.

Факторы риска общественно опасных действий больных шизофренией \_\_\_\_\_  
 Тазлова Р.С., Жукова Е.В.

Социально-психологический профиль осужденных в возрасте до 25 лет по данным следственного изолятора г. Якутска \_\_\_\_\_  
 Тарасова Г.В., Вандыш В.В.

К характеристике декомпенсаций у обвиняемых с ОПР и коморбидной сердечно-сосудистой патологией \_\_\_\_\_  
 Усов Г.М., Гаврилова А.С., Саутина Т.В.

Принципы вторичной профилактики особой общественной опасности больных шизофрении \_\_\_\_\_  
 Устьянина Ж. Г.

Роль психотерапевтической работы в осознании болезни у психически больных, совершивших ООД \_\_\_\_\_  
 Филатов А.Е., Гажа А.К.

Психосоциальная реабилитация для пациентов, находящихся на принудительном лечении (ПЛ), в учреждении специализированного типа \_\_\_\_\_  
 Харитоновна Н.К., Королева Е.В., Тюлькина О.Ю.

Судебно-психиатрическая экспертиза лиц пожилого и старческого возраста в гражданском процессе \_\_\_\_\_  
 Цымбалова А.Б., Голенков А.В.

Судебно-психиатрический анализ убийств, совершенных в Чувашии (по данным амбулаторной экспертизы 1999–2008 гг.) \_\_\_\_\_  
 Чижова Д.С.

Аспекты классификации уголовных дел при проведении Судебно-психологической экспертизы психологического воздействия \_\_\_\_\_  
 Шадуро Ю.В., Воронин В.С.

Клинико-социальные факторы, способствующие общественно опасному поведению подростков-правонарушителей, страдающих расстройствами шизофренического спектра, находящихся на стационарном принудительном лечении \_\_\_\_\_  
 Щукина Е.Я., Булыгина В.Г.

Способы профилактики синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) у медицинского персонала, осуществляющего реабилитационные мероприятия в судебно-психиатрической практике \_\_\_\_\_

ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ И ОРГАНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Абакумова А.А., Арзуманов Ю.Л., Тверицкая И.Н., Каменская А.И.

- Нарушение внимания у наркологических больных и их детей** \_\_\_\_\_  
*Авдеева Т.И., Морозов Д.И., Волков А.В., Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н.*
- Лечение депрессивных расстройств у больных опийной наркоманией и алкоголизмом, страдающих хроническим гепатитом С и получающих противовирусную терапию** \_\_\_\_\_  
*Агibalова Т.В., Поплевченко К.Н., Романова К.А.*
- Динамика состояний когнитивных функций у больных с зависимостью от опиатов при лечении атипичными нейролептиками** \_\_\_\_\_  
*Александрова А.С., Зиньковский А.К.*
- Распространенность наркологических заболеваний, зарегистрированных в Вышневолоцкой ЦРБ Тверской области за период с 2005 по 2009 гг.** \_\_\_\_\_  
*Альтшулер В.Б., Кашин А.В., Кравченко С.Л.*
- Клинические особенности алкоголизма у бездомных больных** \_\_\_\_\_  
*Аносова Е.В.*
- Перспективы использования психообразовательного подхода в профилактике зависимости от алкоголя и гашиша у подростков** \_\_\_\_\_  
*Арзуманов Ю.Л., Абакумова А.А., Адамова А.В., Борисова Е.В.*
- Прочность неосознаваемых ассоциативных связей у больных, употребляющих психоактивные вещества** \_\_\_\_\_  
*Асанов А.Ю., Рожнова Т.М.*
- Клинико-генеалогическое исследование супружеских пар из семей, где алкоголизмом страдают мужчины** \_\_\_\_\_  
*Баринов А.М., Даренский И.Д., Гаспер И.Б., Чирко В.В., Дёмина М.В.*
- Влияние соматической патологии на течение героиновой наркомании** \_\_\_\_\_  
*Барыльник Ю.Б., Лим В.Г., Щетинин С.Г.*
- Влияние транскраниальной электростимуляции на патологическое влечение к алкоголю у больных алкогольной энцефалопатией** \_\_\_\_\_  
*Белоглазов Д.Н., Лим В.Г.*
- Терагерцовая терапия алкогольной полиневропатии** \_\_\_\_\_  
*Белокрылов И.В., Райзман Е.М., Кузнецов А.Г., Каминская А.О.*
- Актуальные мотивации больных опийной наркоманией в аспекте клиники и психотерапии** \_\_\_\_\_  
*Бизина Л.Н.*
- Динамика психических и соматических симптомов депрессии и тревоги у больных алкоголизмом на фоне психотерапии с применением нелекарственных методов** \_\_\_\_\_  
*Бисалиев Р.В.*
- Клиническая характеристика суицидального поведения у больных алкогольной зависимостью** \_\_\_\_\_  
*Бондарев В.Г., Завьялова Н.Е.*
- Уровень суицидальности у лиц с психической патологией, осложненной зависимостью от ПАВ** \_\_\_\_\_  
*Бузык О.Ж., Гуревич Г.Л., Саркисян А.Р.*
- Реабилитация пациентов с коморбидной патологией** \_\_\_\_\_  
*Буркин М.М., Горанская С.В.*
- Исследование динамики аддиктивного поведения подростков в республике Карелия** \_\_\_\_\_  
*Бычков Е.Н., Барыльник Ю.Б., Староверов А.Т., Хлебников А.Н.*
- Патогенность смога энтеогенов при алкогольном абстинентном синдроме** \_\_\_\_\_  
*Варфоломеева Ю.Е.*
- Субдепрессивные состояния при алкоголизме** \_\_\_\_\_  
*Винникова М.А.*
- Оптимизация психофармакологического лечения в наркологии** \_\_\_\_\_  
*Воеводин И.В., Бохан Н.А.*
- Реабилитация больных наркотической зависимостью** \_\_\_\_\_  
*Волков А.В., Амелина С.В., Фролова Н.Е., Шешнина Н.А., Зиновьева М.А.*
- Анонимное анкетирование учащихся в системе профилактики употребления психоактивных веществ** \_\_\_\_\_  
*Ермолов А.Ю., Володин В.С.*
- Распространенность курения среди студентов медицинской академии и педагогического университета** \_\_\_\_\_  
*Гарганеев С.В., Рыбалко М.И.*
- Аддиктивное поведение современных подростков** \_\_\_\_\_  
*Гаспер И.Б., Чирко В.В., Демина М.В., Даренский И.Д., Баринов А.М.*
- Клиника ВИЧ-энцефалопатии у наркологических пациентов** \_\_\_\_\_  
*Гиленко М.В., Вандыш В.В.*
- ОПР, коморбидные с синдромом зависимости от ПАВ** \_\_\_\_\_  
*Говорин Н.В., Сахаров А.В.*
- Распространенность наркологической патологии среди пациентов соматического многопрофильного стационара** \_\_\_\_\_  
*Гофман А.Г., Меликсетян А.С.*
- Об использовании методик аффективно-стрессовой психотерапии при лечении алкоголизмом** \_\_\_\_\_  
*Григорьев Г.И., Мильчакова В.А., Григорьева Д.Г.*
- Лечение лиц, страдающих игровой зависимостью, в международном институте резервных возможностей человека** \_\_\_\_\_  
*Грязнева И.А.*
- Влияние уровня социально-психологической адаптации на отношение подростков к психоактивным веществам** \_\_\_\_\_  
*Гуревич Г.Л., Бузык О.Ж.*
- Патологическое влечение к азартным играм у больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
*Дальсаев М.А., Дальсаева Р.Ч.*
- Сравнительная оценка и динамика наркологических расстройств в Чеченской республике и республике Ингушетия за период с 2005 по 2009 годы** \_\_\_\_\_  
*Даренский И.Д., Дудко Т.Н.*
- Эндогенные факторы дезадаптации наркологических больных** \_\_\_\_\_  
*Демина М.В., Чирко В.В., Даренский И.Д., Баринов А.М.*
- Аддиктивная триада – стрессовые синдромы наркологической клиники** \_\_\_\_\_  
*Доронкин В.К.*
- Участие общественных и религиозных организаций в оказании реабилитационной помощи лицам, зависимым от ПАВ** \_\_\_\_\_  
*Дудко Т.Н., Даренский И.Д., Адамова Т.В.*
- Мотивационная ригидность – одна из причин рецидивов героиновой зависимости** \_\_\_\_\_  
*Евсеев В.Д.*
- Лечение больных опиоидной наркоманией венлафаксином** \_\_\_\_\_  
*Естегнеев А.С.*
- Система аналитического мониторинга лечебно-реабилитационного процесса** \_\_\_\_\_  
*Жарков Ю.Н., Хватов Б.И.*
- Синдромологический подход к оценке состояния сексуальности при наркологических заболеваниях** \_\_\_\_\_  
*Зенцова Н.И., Дудко Т.Н.*
- Функциональная психологическая диагностика в системе наркологических учреждений** \_\_\_\_\_  
*Игонин А.Л., Шевцова Ю.Б.*

**Социально-ориентированный подход к комплексному лечению больных с зависимостью от ПАВ** \_\_\_\_\_  
*Калимулина Д.Х., Юлдашев В.Л., Алехин В.Е., Тарасюк О.А.*

**Опыт анонимного анкетирования подростков г. Уфы** \_\_\_\_\_  
*Калягин В.В.*

**Терапевтические и психотерапевтические технологии лечения гемблинга** \_\_\_\_\_  
*Карпец В.В., Дереча В.А., Дереча Г.И., Карпец А.В., Постнов В.В.*

**Формирование социальной компетентности личности наркологических больных в процессе реабилитации** \_\_\_\_\_  
*Кибитов А.О.*

**Молекулярно-генетические маркеры терапевтической резистентности у больных алкоголизмом** \_\_\_\_\_  
*Кожина Т.А., Яшкина И.В.*

**Современные подходы к купированию алкогольного абстинентного синдрома** \_\_\_\_\_  
*Козырева А.В.*

**Гендерные особенности интеллектуально-мнестического снижения при алкогольной зависимости** \_\_\_\_\_  
*Кондратьев П.О.*

**Формирование динамической модели взаимодействия приходского священника и психотерапевта по защите от алкогольной угрозы** \_\_\_\_\_  
*Котов С.В.*

**Анализ ранних дезадаптивных паттернов поведения у больных опиоманией** \_\_\_\_\_  
*Кошкина Е.А.*

**О порядке оказания помощи наркологическим больным** \_\_\_\_\_  
*Крупницкий Е.М., Звартау Э.Э., Вербицкая Е.В., Масалов Д.В., Бураков А.М., Цой М.В., Вальгрэн В.Ю., Бушара Н.М., Романова Т.Н., Блохина Е.А., Тюрина А.А., Палаткин В.Я., Славина Т.Ю.*

**Эффективность имплантата налтрексона (продетоксона) при лечении больных опийной наркоманией** \_\_\_\_\_  
*Крупнов А.Н.*

**Влияние сексуальной функции на длительность терапевтической ремиссии у мужчин с алкогольной зависимостью** \_\_\_\_\_  
*Куликов А.Ю., Усенко К.Ю.*

**Анализ стоимости экономического бремени злоупотребления алкоголем в Российской Федерации** \_\_\_\_\_  
*Ласков В.Б., Погосова И.А., Ласкова И.В., Головченко Я.Ю.*

**Новая технология профилактики зависимости от психоактивных веществ у подростков** \_\_\_\_\_  
*Лим В.Г., Барыльник Ю.Б., Щетинин С.Г.*

**Коррекция мнестического снижения у больных алкогольной энцефалопатией методом транскраниальной электростимуляции** \_\_\_\_\_  
*Литвинков Н.П., Вешнева С.А., Овдиенко В.Б.*

**Психотерапевтическая лечебно-реабилитационная программа с использованием анатаксона** \_\_\_\_\_  
*Лошаков Е.С., Орлова М.А., Гофман А.Г.*

**О выявлении психических расстройств в наркологической практике** \_\_\_\_\_  
*Мальгин В.Л., Елшанский С.П., Малыгин Я.В.*

**Особенности личностных свойств и психопатологических нарушений у зависимых от азартных игр** \_\_\_\_\_  
*Мамин Г.В.*

**Алкоголизация как фактор риска в развитии тяжелых форм сосудистого слабоумия** \_\_\_\_\_  
*Мандель А.И., Анкудинова И.Э., Кисель Н.И.*

**Ассоциированные формы алкоголизма у женщин** \_\_\_\_\_  
*Мармылева Е.И., Ваулин С.В.*

**Варианты коморбидности патологического гемблинга с психическими расстройствами** \_\_\_\_\_

*Матюхина Е.Г.*

**Лечение больных алкогольным делирием с помощью атипичных антипсихотиков** \_\_\_\_\_  
*Меликсетян А.С.*

**Причины рецидивов алкоголизма** \_\_\_\_\_  
*Менделевич В.Д.*

**Наркологические расстройства: первичные психопатологические или вторичные поведенческие феномены?** \_\_\_\_\_  
*Михайлов М.А.*

**Психопатология патологического влечения** \_\_\_\_\_  
*Молчанова Ю.Ю.*

**Особенности ценностных ориентаций при гемблинге** \_\_\_\_\_  
*Морозов Д.И., Волков А.В., Авдеева Т.И., Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н.*

**Особенности аффективных расстройств у больных опийной наркоманией и алкоголизмом, страдающих хроническим гепатитом С и получающих противовирусную терапию** \_\_\_\_\_  
*Мостовой С.М.*

**О новых подходах к медицинскому освидетельствованию лиц, находящихся в состоянии опьянения** \_\_\_\_\_  
*Немкова Т.И.*

**Клинические особенности острых алкогольных галлюцинозов в условиях современной терапии** \_\_\_\_\_  
*Носатовский И.А.*

**Органическое расстройство личности в результате хронической марганцевой интоксикации** \_\_\_\_\_  
*Орлова М.А., Гофман А.Г.*

**Клиника психозов, возникающих при сочетании шизофрении и заболевании шизофренического спектра с алкоголизмом** \_\_\_\_\_  
*Папырин В.Д., Вторушин К.С.*

**Эффективность применения имплантата “налтрексона гидрохлорида” в лечебно-реабилитационной программе для больных опийной зависимостью** \_\_\_\_\_  
*Перехов А.Я., Солдаткин В.А.*

**Половая конституция лиц, страдающих патологическим влечением к азартным играм** \_\_\_\_\_  
*Погосов А.В., Морозова С.Н., Сочивко Ю.Н.*

**Клиника и лечение посттравматических стрессовых расстройств, сочетающихся с алкоголизмом, у комбатантов** \_\_\_\_\_  
*Понизовский П.А., Магалиф А.Ю.*

**Особенности алкогольной зависимости у активно работающего контингента больных** \_\_\_\_\_  
*Потрываева Н.Ю., Зиньковский А.К.*

**Социально-психологическое влияние семьи на женщин, страдающих алкоголизмом** \_\_\_\_\_  
*Резник А.М.*

**Особенности злоупотребления алкоголем и алкогольной зависимости у ветеранов локальных войн, проходивших стационарное лечение** \_\_\_\_\_  
*Рожнова Т.М.*

**Основные характеристики внутрисемейных отношений и психоэмоционального статуса супружеских пар с наличием аддитивных расстройств** \_\_\_\_\_  
*Рохлина М.Л., Чистякова Л.А.*

**Криминальное поведение у больных героиноманией** \_\_\_\_\_  
*Сединина Н.С., Патрушева Л.М., Подойницына Г.Г., Сединин А.Л.*

**Качество жизни больных опийной наркоманией, находящихся в реабилитационном центре** \_\_\_\_\_  
*Смирнов В.К., Сперанская О.И.*

**Синдром патологического влечения к курению в свете рецепторно-геномной теории эволюции человека** \_\_\_\_\_



Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Бухановский А.О.  
**Предиспозиция к игровой зависимости** \_\_\_\_\_  
 Сперанская О.И., Смирнов В.К.  
**Принципы терапии табачной зависимости у женщин** \_\_\_\_\_  
 Староверов А.Т., Барыльник Ю.Б., Бычков Е.Н.,  
 Хлебников А.Н.  
**Оптимизация терапии никотиновой зависимости** \_\_\_\_\_  
 Судраба В., Ранцан Э., Миллере И.  
**Возможности наркологической помощи в Латвии** \_\_\_\_\_  
 Теммюев Д.Ч., Таукенова Л.М.  
**“Комплексная программа профилактики наркотизма  
 среди молодежи – в XXI без наркотиков”** \_\_\_\_\_  
 Туманов Н.В.  
**Долгосрочные программы амбулаторного  
 лечения больных алкоголизмом** \_\_\_\_\_  
 Тучин П.В., Бузик О.Ж.  
**Анализ проблем, актуальных для больных  
 опиоидной зависимостью и установленных  
 во время групповой психотерапии** \_\_\_\_\_  
 Уманский М.С., Зотов П.Б., Уманская П.С.  
**Алкогольные психозы в Тюменской области** \_\_\_\_\_  
 Филатова Т.А., Куракова М.Г.  
**Совместное участие специалистов медицинского,  
 психологического и социального профиля  
 в мероприятиях первичной профилактики  
 зависимости от ПАВ в подростковой среде** \_\_\_\_\_  
 Филиппова О.Н., Шайдукова Л.К.  
**Деформация психических сфер у больных  
 опиоидной наркоманией** \_\_\_\_\_  
 Хомерики Н.С., Малыгин В.Л., Смирнова Е.А.  
**Факторы риска формирования интернет –  
 зависимого поведения у подростков** \_\_\_\_\_  
 Царегородцева С.А.  
**Преждевременное старение на фоне алкогольной  
 зависимости после боевого стресса** \_\_\_\_\_  
 Цыганков Б.Д., Джангильдин Ю.Т., Маркина О.А.  
**Клинико-нозологическая дифференциация  
 расстройств шизофренического спектра  
 у больных в условиях длительного употребления  
 галлюциногенов** \_\_\_\_\_  
 Чащина О.А., Усов Г.М.  
**Клинические особенности ассоциированных  
 форм наркологической и психической патологии** \_\_\_\_\_  
 Чернобровкина Т.В., Ибрагимова М.В.  
**Развитие взаимоотношений науки и практики  
 на примере функционирования клинико-диагностической  
 лаборатории в наркодиспансере** \_\_\_\_\_  
 Четвериков Д.В., Четверикова М.В.  
**Факторы риска алкоголизации у лиц с психическими  
 заболеваниями** \_\_\_\_\_  
 Шайдукова Л.К.  
**Особенности “интернет-обусловленных” реакций** \_\_\_\_\_  
 Шемчук Н.В.  
**Патологическое влечение к азартным играм  
 (клиника, диагностика, принципы терапии)** \_\_\_\_\_  
 Шлёмина И.В.  
**Особенности мышления, памяти и самооценки  
 больных шизотипическим расстройством,  
 сочетающимся с алкоголизмом** \_\_\_\_\_  
 Шустов Д.И., Агибалова Т.В., Смышляев А.В.  
**Связь патологического влечения и степени  
 тяжести аутоагрессивного поведения у больных  
 с зависимостью от опиатов** \_\_\_\_\_  
 Эм Т.В.  
**Психопатологические нарушения у жен,  
 мужа которых страдают алкогольной  
 или наркотической зависимостью** \_\_\_\_\_  
 Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Зенцова Н.И.  
**Функциональная психологическая диагностика лиц,**

**зависимых от ПАВ** \_\_\_\_\_  
 Ярыгина Е.Г., Прокопьева В.Д., Молькина Л.Г.  
**Применение антиоксиданта севитина при оказании  
 реабилитационной помощи больным алкоголизмом** \_\_\_\_\_  
 Ясникова Е.Е.  
**Динамика показателей личностной и ситуативной  
 тревожности у больных героиноманией  
 во время абстинентного синдрома** \_\_\_\_\_

ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭПИЛЕПСИЯ.  
 НЕЙРОПСИХИАТРИЯ

Андрейко Д.М.  
**Когнитивный профиль как объективный критерий  
 эффективности лечения больных эпилепсией** \_\_\_\_\_  
 Андрусенко А.А., Бушуева М.Л., Шарафиев И.В.  
**Оценка органических психических расстройств  
 у лиц призывного возраста** \_\_\_\_\_  
 Артемьева М.С., Гетьман К.В.  
**Динамика и дифференциальная диагностика  
 психических расстройств при прогрессирующей  
 мультифокальной лейкоэнцефалопатии** \_\_\_\_\_  
 Басамыгин А.В., Назметдинова Д.М., Калинин В.В.  
**Течение пароксизмального синдрома в аспекте  
 качественного взаимодействия когнитивной  
 и аффективной сфер** \_\_\_\_\_  
 Вандыш В.В.  
**К вопросу о нозологической оценке  
 органического психического расстройства** \_\_\_\_\_  
 Гогберашвили Т.Ю.  
**Возрастные особенности нарушения высших  
 психических функций у детей с парциальными  
 формами эпилепсии** \_\_\_\_\_  
 Железнова Е.В., Земляная А.А., Соколова Л.В.,  
 Медведев И.Л.  
**Психопатологические аспекты лобной эпилепсии** \_\_\_\_\_  
 Зайцев О.С., Меликян З.А., Потапов А.А., Микадзе Ю.В.,  
 Захарова Н.Е., Ураков С.В., Шарова Е.В.,  
 Александрова Е.В., Кравчук А.Д., Гаврилов А.Г.  
**Психопатология травмы глубоких мозговых структур** \_\_\_\_\_  
 Земляная А.А., Калинин В.В., Железнова Е.В.,  
 Соколова Л.В., Крылов О.Е.  
**Психопатологические и нейроконституциональные  
 особенности больных эпилепсией и терапевтическая  
 динамика припадков** \_\_\_\_\_  
 Казенных Т.В., Семке В.Я.  
**Расстройства аффективной сферы при эпилепсии  
 (клинический и реабилитационный аспекты)** \_\_\_\_\_  
 Калинин В.В., Земляная А.А., Крылов О.Е.  
**Взаимодействие некоторых личностных  
 и нейробиологических факторов при развитии  
 аффективной патологии у больных эпилепсией** \_\_\_\_\_  
 Кекелидзе З.И.  
**Антропогенные психические расстройства** \_\_\_\_\_  
 Крылов О.Е., Калинин В.В., Земляная А.А.,  
 Ковязина М.С.  
**Психопатологическая симптоматика в зависимости  
 от латерализации сенсомоторных функций  
 у больных эпилепсией** \_\_\_\_\_  
 Киссин М.Я., Олина М.В., Пашкова И.М., Борисова Е.В.  
**Предикторы суицидального поведения  
 у больных эпилепсией** \_\_\_\_\_  
 Концевой В.А., Скворцова В.И., Савина М.А., Петрова Е.А.  
**Клинико-патогенетические особенности  
 постинсультной апатии** \_\_\_\_\_  
 Кузьмина А.П., Буркин М.М.  
**Психопатология патологической извитости  
 внутренней сонной артерии** \_\_\_\_\_  
 Кузьминова М.В.  
**Клинические и социальные факторы, препятствующие**

эффективности реабилитации больных эпилепсией с психическими расстройствами \_\_\_\_\_  
 Лукшина А.А., Ураков С.В.

Психические нарушения и эпилептический синдром при глиомах височных долей головного мозга \_\_\_\_\_  
 Максимова П.А., Носачев Г.Н.

О необходимости выделения умеренных когнитивных расстройств экзогенно-органического генеза \_\_\_\_\_  
 Малинина Е.В., Супрун С.А.

Нейрофизиологические маркеры психических расстройств в детском возрасте \_\_\_\_\_  
 Медведев И.Л., Железнова Е.В.

Депрессия у женщин с эпилепсией: особенности формирования и течения \_\_\_\_\_  
 Назметдинова Д.М., Басамыгин А.В., Калинин В.В.

Роль моторной асимметрии и гендерных различий в течение эпилептического процесса \_\_\_\_\_  
 Плотников А.В., Шереметьева И.И.

Экзогенно-органические психические расстройства в сочетании с туберкулезом легких \_\_\_\_\_  
 Полецкий В.М.

Алгоритм терапии непсихотических резидуально-органических расстройств \_\_\_\_\_  
 Полянский Д.А., Калинин В.В.

Психические расстройства и ВИЧ-инфекция \_\_\_\_\_  
 Рогачева Т.А.

Изменения личности у больных эпилепсией на стадии ремиссии припадков \_\_\_\_\_  
 Санашева И.Д.

Экзогенно-органические заболевания головного мозга: этнокультуральный аспект \_\_\_\_\_  
 Семакина Н.В., Бочарова И.А., Багаев В.И., Злоказова М.В.

Организация работы детского городского эпилептологического приема \_\_\_\_\_  
 Сергеев В.А., Сергеева П.В.

Клиническая диагностика неврозоподобных расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы – возможности и ограничения \_\_\_\_\_  
 Соколова Л.В., Железнова Е.В., Земляная А.А.

Эпилептические и псевдоэпилептические припадки у пациентов подростково-юношеского возраста \_\_\_\_\_  
 Субботин К.Ю., Ермакова Н.Г., Калинин В.В.

Особенности клеточного иммунитета при симптоматической и криптогенной эпилепсии \_\_\_\_\_  
 Токарева Н.Г.

Типы акцентуаций характера больных эпилепсией подросткового возраста \_\_\_\_\_  
 Усюкина М.В., Фролова А.В.

Принципы диагностики деменции при эпилепсии \_\_\_\_\_  
 Хохлов Л.К., Горохов В.И.

К проблеме “органического” в психопатологии \_\_\_\_\_  
 Чекалова М.П., Зиньковский А.К.

Клинико-социальная характеристика больных эпилепсией в Кисловодской психиатрической больнице \_\_\_\_\_  
 Черняк З.В., Полонская Н.Н.

Нервно-психические нарушения при эпилепсии \_\_\_\_\_  
 Шестаков В.Ю., Зиньковский К.А.

Агрессия и социальное функционирование больных эпилепсией \_\_\_\_\_  
 Абабков В.А.

Персонализированная психотерапия \_\_\_\_\_  
 Авдеенок Л.Н., Семке В.Я.

Использование когнитивных методов в консультации проблемных семей \_\_\_\_\_  
 Аксенов М.М., Семке В.Я., Постоева В.А.

Взаимосвязь личностных факторов стрессоустойчивости и стратегий совладающего поведения у студентов

Томских университетов \_\_\_\_\_  
 Алкеева-Костычева Е.А.

Применение краткосрочной психодинамической психотерапии в лечении больных с непсихотическими психическими расстройствами в условиях стационара \_\_\_\_\_  
 Андросова М.А., Антохин Е.Ю.

Особенности психологической защиты больных дистимией с избытком массы тела \_\_\_\_\_  
 Аппенянский А.И.

Анализ личного опыта как способ профессионального роста психотерапевта \_\_\_\_\_  
 Бабушкина Л.В., Мищенко М.В., Романовский В.А., Бойко А.Ю., Аппенянский А.И., Бойко Ю.П., Кыров Н.Е.

Психотерапия близким пострадавших в Перми, при взрывах в метро и при крушении самолета под Смоленском (конец 2009 – начало 2010 годов) \_\_\_\_\_  
 Баранов В.С., Романов Д.В., Носачев Г.Н., Смирнова Д.А.

Роль психолингвистического подхода в становлении психотерапии как научной дисциплины \_\_\_\_\_  
 Баранов В.С., Романов Д.В.

Некоторые принципы построения интегративной модели психотерапии \_\_\_\_\_  
 Бардышевская М.К.

Перспективы развития уровневой модели базальной эмоциональной регуляции \_\_\_\_\_  
 Белоусова М.В., Шмакова М.А.

Психологическое сопровождение приемной семьи \_\_\_\_\_  
 Березанцев А.Ю., Стражев С.В., Монасыпова Л.И.

Психическое здоровье и качество жизни: возможности психотерапии в реабилитации женщин со злокачественными новообразованиями репродуктивной системы \_\_\_\_\_  
 Блинков А.Н., Смирнова Д.А.

Об устойчивой позиции гипноспсихотерапии в российской психотерапевтической практике \_\_\_\_\_  
 Бородин В.И., Рейхель Н.В.

Групповая психотерапия в комплексном лечении женщин с параноидной шизофренией в условиях стационара \_\_\_\_\_  
 Бурнова И.В.

К вопросу об особенностях психотерапевтического контакта \_\_\_\_\_  
 Бурно А.М.

О когнитивном содержании “субъективно-неуместных” эмоций \_\_\_\_\_  
 Бурно М.Е.

Опыт применения элементов терапии творческим самовыражением (М. Бурно) – ТТСБ – при сосудистой деменции в условиях стационара \_\_\_\_\_  
 Вишневетская Е.В.

О возможности применения психофизиологических методов диагностики для оптимизации процесса психотерапии \_\_\_\_\_  
 Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б.

Валидизация опросника Детской депрессии (CDI) М. Ковак \_\_\_\_\_  
 Голуб С.Н., Ульянов И.Г.

Факторы невротических расстройств, обусловленные домашним насилием \_\_\_\_\_  
 Горлова А.П., Рупчев Г.Е.

Исследования когнитивной сферы у больных артериальной гипертензией молодого возраста \_\_\_\_\_  
 Демидова Л.Ю., Долныкова А.А.

Стигматизация психически больных и профессиональная информированность о болезни \_\_\_\_\_  
 Джангильдин Ю.Т., Адамс А.Л.

Значение клинико-психологических методов в оценке эффективности психотерапии шизофрении в условиях Дневного реабилитационного стационара \_\_\_\_\_  
 Джинчарадзе Е.В., Бородин В.И.

Повседневные стрессовые события у клиентов Московской службы психологической помощи (МСПП) \_\_\_\_\_

*Добряков И.В.*

Психологическая и психотерапевтическая помощь женщинам, переживающим перинатальные потери \_\_\_\_\_

*Дроздовский Ю.В., Краля О.В.*

Этапность психотерапевтической помощи больным с сочетанной травмой, обнаружившим пограничные психические расстройства \_\_\_\_\_

*Егоров Б.Е.*

Истерия — закономерное исчезновение или просчет специалистов? \_\_\_\_\_

*Ениколопов С.Н., Кузнецова С.О. Абрамова А.А.*

Враждебность как “мишень” психотерапевтической работы с психическими и психосоматическими расстройствами \_\_\_\_\_

*Еричев А.Н.*

Использование печатных материалов для пациентов в когнитивно-поведенческой психотерапии \_\_\_\_\_

*Зайцева О.Г., Бойко Е.О., Ложникова Л.Е.,*

*Агеев М.И., Стрижев В.А.*

Роль семьи в реабилитации больных нервной анорексией \_\_\_\_\_

*Зарецкий Ю.В.*

Факторы, влияющие на преодоление учебных трудностей у подростков с девиантным поведением \_\_\_\_\_

*Зверева Н.В., Рощина И.Ф.*

Клиническая психология развития и психический дизонтогенез \_\_\_\_\_

*Иговская А.С.*

Психотерапия пациентов со специфическими расстройствами личности с преобладанием ипохондрии \_\_\_\_\_

*Игумнов С.А., Григорьева И.В.*

Интегративная психотерапия психических и поведенческих расстройств у пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы \_\_\_\_\_

*Ижко М., Мавров С.Н., Мисютина В.В., Бурштейн А.В.*

К вопросу об изучении клинико-психологических особенностях пациентов с невротическими расстройствами выбирающих стационарный и амбулаторный вариант психотерапии \_\_\_\_\_

*Исаев Д.Д.*

Кризис гендерной идентичности и варианты его разрешения \_\_\_\_\_

*Калмыкова И.Ю.*

О психотерапевтическом повышении качества душевной жизни больных шизофренией с переживанием неполноценности \_\_\_\_\_

*Карвасарский Б.Д.*

Российская психотерапия: состояние и перспективы развития \_\_\_\_\_

*Карнозов В.Л., Линева Т.Ю., Кирсанова Г.Ф.*

Об участии психиатра в лечении больных первичным гипогонадизмом \_\_\_\_\_

*Козленко Е.А., Оруджев Я.С., Зубова Е.Ю.*

Особенности эмоционального отношения медицинских и социальных работников, к больным страдающим туберкулезом \_\_\_\_\_

*Колотильщикова Е.А.*

Методика краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов при невротических расстройствах \_\_\_\_\_

*Косенко Е.А., Генайло С.П.*

Экспериментально-психологическое исследование при ПТСР \_\_\_\_\_

*Кочетков Я.А.*

Нейробиологические аспекты психотерапии депрессивных расстройств \_\_\_\_\_

*Краснова В.В.*

Социальная тревожность как фактор нарушений интерперсональных отношений и дезадаптации студентов \_\_\_\_\_

*Кряжев М.Г.*

Психологическая обратная связь в психотерапии медицинской психологии \_\_\_\_\_

*Лебедев М.А.*

Рациональная психотерапия – “хорошо забытое старое” в лечении и профилактике стрессовых расстройств \_\_\_\_\_

*Левина С.Д., Назаренко Л.А.*

Элементы гипносуггестивной психотерапии в общепсихиатрическом отделении \_\_\_\_\_

*Лутова Н.Б.*

Отношение семьи к медикаментозному лечению – фокус для комплайнс-терапии \_\_\_\_\_

*Лычкова Ю.В., Дудкина О.В., Волчкова Т.Ф.*

Групповая работа психолога с пациентами, страдающими психическими расстройствами \_\_\_\_\_

*Ляшкова С.В.*

Индивидуальная психотерапевтическая программа как способ дифференцированной программы лечения для пациентов с невротическими расстройствами в условиях отделения внебольничной психотерапии \_\_\_\_\_

*Мадорский В.В.*

Использование проективной гипнотерапии в проработке нарциссической ярости при шизофрении \_\_\_\_\_

*Макаров В.В.*

Психотерапия в психиатрии \_\_\_\_\_

*Максимова М.Ю., Садальская Е.В.*

Использование психодинамической образной психотерапии для коррекции внутренней картины болезни при эндогенных психических расстройствах юношеского возраста \_\_\_\_\_

*Мизинова Е.Б.*

Клинический патоморфоз невротических расстройств (психологический аспект) по данным последних трех десятилетий \_\_\_\_\_

*Моргунова А.М., Коцюбинский А.П., Еричев А.Н.*

Когнитивно-поведенческая терапия при параноидных идеях \_\_\_\_\_

*Назыров Р.К., Холявко В.В.*

О развитии клинической психотерапии \_\_\_\_\_

*Никитина И.В., Медведева Ю.М.*

Динамика социальной тревожности в студенческой популяции в процессе обучения \_\_\_\_\_

*Никишина Е.Ю., Печникова Л.С.*

Совладающее поведение и социальные навыки больных шизофренией подростков \_\_\_\_\_

*Николаева В.В.*

Особенности совладающего поведения у подростков с различными соматическими заболеваниями \_\_\_\_\_

*Никулин А.В.*

О методике внедрения новой медицинской технологии в области психотерапии на примере программа для психиатрических учреждений “Арт-терапия в психосоциальной реабилитации и психотерапии психических расстройств” \_\_\_\_\_

*Новикова Г.Р.*

Дизонтогенетические расстройства: компоненты психологической структуры, имеющие дифференциальное значение \_\_\_\_\_

*Норамбуэна М.Д., Кузнецов О.Г., Космынина Н.Г.*

Групповая работа по методу “психосоциальной анимации” с хронически психически больными \_\_\_\_\_

*Нюхалов Г.А.*

Разработка групповой психотерапии экзистенциальной направленности для пациентов \_\_\_\_\_

- с шизофренией \_\_\_\_\_  
Оксимец А.А.
- Защитная организация личности при психических расстройствах** \_\_\_\_\_  
Оруджев Я.С., Козленко Е.А.
- Формирование эмпатии и аффилиации медработников в условиях психиатрического стационара** \_\_\_\_\_  
Остапенко А.В., Колов С.А.
- Социальная фрустрированность и агрессивное поведение участников локальных конфликтов** \_\_\_\_\_  
Павлов И.С.
- Нозоцентризм и нормоцентризм в психиатрии** \_\_\_\_\_  
Павловский И.О.
- Разработка психодиагностического опросника, для определения психотерапевтической модели лечения пациентов с невротическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
Пайкин М.Л., Мухина А.В.
- О противоречиях в определении нормативного статуса медицинского психолога и их влияние на формирование стоимости объема психотерапевтической помощи** \_\_\_\_\_  
Пак Е.С., Пуговкина О.Д.
- Дисфункция интерперсональной сферы у больных хроническими депрессиями** \_\_\_\_\_  
Петрова Г.А., Даймитова М.Т.
- Переживание одиночества и эмоционального неблагополучия у студентов ВУЗов** \_\_\_\_\_  
Печникова Л.С.
- Самоотношение девиантных подростков с эмоциональной депривацией** \_\_\_\_\_  
Погосова И.А.
- Сочетание психофармакотерапии и психотерапии при коморбидных тревожно-фобических расстройствах** \_\_\_\_\_  
Полищук Ю.И.
- Духовное измерение в психиатрии** \_\_\_\_\_  
Портнова А.А.
- Принципы оказания экстренной психолого-психиатрической помощи беженцам в зоне военного конфликта** \_\_\_\_\_  
Празднова В.А., Зеленкова Т.В.
- Деструктивные циклические взаимосвязи психологических особенностей и семейного поведения матерей пациентов с невротическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
Прибытков А.А.
- Опыт психотерапевтического лечения психогенных послеродовых депрессий непсихотического уровня** \_\_\_\_\_  
Прокудин В.Н., Бойко Ю.П., Лященко Т.В.
- Особенности организации психотерапевтической и психологической помощи в Ожоговом Центре ГКБ № 36 обожженным лицам, пострадавшим при пожаре в Пермском клубе “Хромая лошадь”** \_\_\_\_\_  
Пуговкина О.Д., Щеголева Л.М.
- Дисфункции интерперсональной сферы у больных хроническими депрессивными и тревожными расстройствами** \_\_\_\_\_  
Ремесло М.Б., Медведева Н.С.
- Перспективы клинико-лингвистических исследований в психотерапии** \_\_\_\_\_  
Рупчев Г.Е., Алексеев А.А.
- Нарушение исполнительных функций у больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
Сазонов В.Я., Клименко В.Н.
- Актуальность изучения синдрома эмоционального выгорания врача-онколога на современном этапе** \_\_\_\_\_  
Сидорова О.Г., Сединина Н.С., Кузнецов О.И.
- О необходимости психологической помощи студентам** \_\_\_\_\_  
Скрипачева Е.Н., Аксенов М.М.
- Стрессоустойчивость к кризису среднего возраста и трудоспособность у работающих женщин** \_\_\_\_\_  
Смирнова Д.А.
- Выбор психотерапевтического подхода в лечении легких депрессий** \_\_\_\_\_  
Соколов Е. Ю.
- Синдром эмоционального выгорания у сотрудников органов внутренних дел** \_\_\_\_\_  
Солохина Т.А., Алиева Л.М., Анохина В.В., Марушкевич Н.В., Грачева Н.С., Цапенко А.И.
- Групповая психологическая работа с персоналом психиатрических стационаров** \_\_\_\_\_  
Строганов А.Е.
- Психотерапевтический монтаж – новый метод психотерапии** \_\_\_\_\_  
Тарабрина Н.В.
- Психология посттравматического стресса – новой научное направление в клинической психологии** \_\_\_\_\_  
Тукаев Р.Д., Корабельникова О.П., Кузнецов А.Н., Кузнецов В.Н., Срывкова К.А.
- Методика когнитивно-ориентированной психотерапии тревожных расстройств с приступами паники** \_\_\_\_\_  
Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И.
- Соотношение психологических факторов инсомнии и объективной картины сна у больных хронической инсомнией** \_\_\_\_\_  
Тютев Р.А., Балашов П.П.
- Влияние психотерапии избыточного веса на выраженность симптомов депрессии и тревоги у пациентов с СД 2 типа** \_\_\_\_\_  
Федоряка Д.А., Холявко В.В.
- О влиянии модели первичного контакта с невротическим пациентом на результаты психотерапевтического процесса** \_\_\_\_\_  
Харина Е. А., Бардюркина В.А., Байдавлетов А. Э.Т., Антохин Е.Ю.
- Тренинг анализа ситуаций у больных с непсихотическими депрессиями** \_\_\_\_\_  
Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В., Пуговкина О.Д., Воликова С.В., Никитина И.В., Петрова Г.А., Юдеева Т.Ю.
- Оценка факторов эффективности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра на основе “сбалансированной” исследовательской методологии** \_\_\_\_\_  
Цапенко А.И., Солохина Т.А., Шевченко Л.С.
- Помощь в преодолении болезни** \_\_\_\_\_  
Чехлатый Е.И., Колов С.А.
- Динамика показателей патологического гнева в процессе групповой психотерапии комбатантов** \_\_\_\_\_  
Шмакова М.А.
- Принципы духовности в системе реабилитации душевных больных** \_\_\_\_\_  
Юдеева Т.Ю., Воликова С.В.
- Роль семейной терапии в лечении аффективных расстройств у пациентов юношеского возраста** \_\_\_\_\_  
Яковис А.С.
- Методика независимой оценки качества индивидуальной психотерапевтической работы с больными невротическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
Яровицкий В.Б., Былим И.А.
- Опыт организации психологической поддержки родственникам пострадавших в результате теракта в Ставрополе** \_\_\_\_\_

СУИЦИДОЛОГИЯ И СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

Арбузов А.Л., Резник А. М.

Некоторые особенности психозов у ветеранов

локальных войн, проходивших стационарное лечение \_\_\_\_\_  
*Асанов А.О.*  
**Клинико-динамические особенности конверсионных расстройств** \_\_\_\_\_  
*Бедина И.А.*  
**Психические расстройства у женщин в период пребывания в заложниках** \_\_\_\_\_  
*Вальддорф Е.В., Цилли Е.И., Петрова И.С.*  
**Зависимость выявленных психических расстройств с наличием суицидального поведения у лиц, подверженных судебно-психиатрической экспертизе** \_\_\_\_\_  
*Ваулин С.В., Алексеева М.В.*  
**Анализ качества суицидологической помощи в условиях психиатрического стационара** \_\_\_\_\_  
*Ворсина О.П.*  
**Суицидальные попытки населения Усть-Ордынского Бурятского автономного округа** \_\_\_\_\_  
*Дедов К.Н., Шадрин И.В.*  
**Новые подходы к лечению ПТСР у участников современных военных конфликтов** \_\_\_\_\_  
*Епанчинцева Е.М., Семке В.Я., Якутенок Л.П., Аксенов М.М.*  
**Терапия и превенция посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий** \_\_\_\_\_  
*Заливин А.А., Дроздовский Ю.В., Козлов С.И.*  
**Суицидальное поведение пациентов с пограничными психическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
*Захарова Н.М., Петрова С.Н., Чобану И.К., Немсцверидзе К.Я.*  
**Ранняя психосоциальная реабилитации в условиях стационара скорой медицинской помощи пациентов, совершивших суицидальные действия** \_\_\_\_\_  
*Злова Т.П., Ахметова В.В., Ишимбаева А.Н.*  
**Суицидальные тенденции у подростков Забайкальского края: группы риска** \_\_\_\_\_  
*Зотов П.Б., Уманский С.М.*  
**Самоубийства и суицидальные попытки онкобольных** \_\_\_\_\_  
*Зулкарнеева З.Р.*  
**Методы терапии суицидального поведения больных шизофренией и органическим расстройством личности** \_\_\_\_\_  
*Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В.*  
**Психические расстройства у комбатантов-пенсионеров МВД** \_\_\_\_\_  
*Калмыков Ю.А.*  
**Оценка суицидального риска среди несовершеннолетних** \_\_\_\_\_  
*Колов С.А.*  
**Симптомы посттравматического стрессового расстройства и деперсонализации в отдаленном периоде боевого стресса** \_\_\_\_\_  
*Корнетов Н.А.*  
**Организационные и образовательные подходы к выявлению депрессивных расстройств с превенцией суицидального поведения** \_\_\_\_\_  
*Кукшина А.А.*  
**О некоторых показателях качества жизни здоровых добровольцев и больных с аффективными расстройствами, совершивших аутоагрессивные действия** \_\_\_\_\_  
*Куценко Н.И., Зотов П.Б.*  
**Суицидальный семейный анамнез у больных, длительно страдающих рассеянным склерозом** \_\_\_\_\_  
*Панченко Е.А., Агеев С.Е., Степанов Е.В.*  
**Клинические, социальные и личностно-психологические детерминанты суицидального поведения** \_\_\_\_\_  
*Потапов О.В., Ульянов И.Г.*  
**Краткие характеристики тревоги существования**

в группах с расстройствами адаптации макросоциального геноза (РАМГ) \_\_\_\_\_  
*Пудиков И.В.*  
**Затяжные реактивные депрессии с фантомными переживаниями у матерей погибших военнослужащих** \_\_\_\_\_  
*Резник А. М.*  
**Сравнение психопатологических симптомов и синдромов у ветеранов локальных войн и военнослужащих, не принимавших участия в боевых действиях** \_\_\_\_\_  
*Руженкова В.В., Руженков В.А., Туркова Ю.Н.*  
**Ретроспективный анализ суицидального поведения учащейся молодежи** \_\_\_\_\_  
*Румянцева Г.М., Чинкина О.В.*  
**Некоторые аспекты экспертной оценки психических расстройств у пострадавших в результате неконтролируемого воздействия опасных антропогенных факторов среды** \_\_\_\_\_  
*Рутц В.*  
**Роль гендерных различий в первичной профилактике суицидов в переходный период** \_\_\_\_\_  
*Сергеев В.А., Грачёва Л.В.*  
**Комплексная клинико-психологическая диагностика субклинических проявлений хронического посттравматического боевого стрессового расстройства** \_\_\_\_\_  
*Синенченко А.Г., Костюк Г.П., Слюсарев А.С.*  
**Пограничные психогенные расстройства у военнослужащих в экстремальных ситуациях** \_\_\_\_\_  
*Ступакова С.В., Сединина Н.С., Сединин А.Л.*  
**Влияние уровня личностной тревожности на показатели на показатели качества жизни солдат срочной службы** \_\_\_\_\_  
*Халеева Н.Б., Резник А. М.*  
**Посттравматическое стрессовое и другие невротические расстройства у ветеранов войн, проходивших лечение в психиатрическом стационаре** \_\_\_\_\_  
*Цупрун В.Е., Фадеев П.Н., Бондаренко М.Ю.*  
**Этнорегиональные особенности суицидального поведения в республике Марий Эл**

## ПРОБЛЕМЫ СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ

*Агарков В.А., Уварова Е.В., Бронфман С.А., Самохвалова К.В., Манн У.С.*  
**Комплексное психолого-психиатрическое исследование пациенток с диагнозом вторичная нормогонадотропная аменорея** \_\_\_\_\_  
*Агарков С.Т., Кащенко Е.А., Жарков Ю.Н.*  
**Три принципа категориального подхода к гендерным исследованиям** \_\_\_\_\_  
*Азизов А.П., Кибрик Н.Д.*  
**Интегративный подход в психотерапии сексуальных расстройств** \_\_\_\_\_  
*Алексеев Б.Е.*  
**От медицинской сексологии к сексологической медицине** \_\_\_\_\_  
*Амбарцумян Э.С., Анипченко А.В., Григорьев М.Э.*  
**F52.0 у женщин: гиподиагностика или ментальность** \_\_\_\_\_  
*Анипченко А.В., Григорьев М.Э., Амбарцумян Э.С.*  
**Проблемы коморбидности синдрома сниженного сексуального влечения** \_\_\_\_\_  
*Аркус М.Л., Кибрик Н.Д., Прокопенко Ю.П.*  
**Психотерапия обсессивно-фобических расстройств сексуального содержания** \_\_\_\_\_  
*Березовская Н.А.*  
**Сексуальное функционирование и репродуктивные установки женщин детородного возраста с невротическими расстройствами**

Ворник Б.М., Кришталь Е.В.  
**Сексопатология: проблемы и перспективы** \_\_\_\_\_  
 Голанд Я.Г., Суслова М.Б., Голанд А.А.  
**Особенности психотерапии гомосексуализма** \_\_\_\_\_  
 Доморацкий В.А.  
**Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи и коитофобии у мужчин** \_\_\_\_\_  
 Егоров Б.Е., Тихомирова Г.Н.  
**Истерические проявления в сексологической практике и их психотерапевтическое лечение** \_\_\_\_\_  
 Кабанов А.Г.  
**К вопросу об организации сексологической службы Волгоградской области** \_\_\_\_\_  
 Кан И.Ю., Ягубов М.И.  
**Особенности диагностики расстройств полового влечения** \_\_\_\_\_  
 Кибрик Н.Д., Карашева Б.Г.  
**Нейрофизиологические методы исследования в сексологии** \_\_\_\_\_  
 Коломиец В.П.  
**Профилактика коммуникативных барьеров в консультировании пациентов с расстройствами сексуального здоровья** \_\_\_\_\_  
 Кочарян Г.С.  
**Психогенные сексуальные дисфункции: поведенческая модель** \_\_\_\_\_  
 Матевосян С.Н., Введенский Г.Е.  
**Катамнез лиц с транссексуализмом** \_\_\_\_\_  
 Перехов А.Я.  
**Этика сексологии и сексопатологии** \_\_\_\_\_  
 Прокопенко Ю.П.  
**“Эректильная дисфункция” – стигма современной сексопатологии** \_\_\_\_\_  
 Решетняк Ю.А., Кибрик Н.Д.  
**Учет затрат времени при оказании сексологической помощи** \_\_\_\_\_  
 Сергеев В.А., Фомина Т.А.  
**Клиническая характеристика расстройств сексуального спектра у женщин с увеличивающейся маммопластикой** \_\_\_\_\_  
 Серов А.Д., Сыровкашина К.С.  
**Аттитуды сексуальных правонарушителей, связанные с восприятием образа женщины и ребенка** \_\_\_\_\_  
 Толмачёва С.В., Семке В.Я., Аболонин А.Ф.  
**Динамика сексуальности у больных опийной наркоманией** \_\_\_\_\_  
 Хритинин Д.Ф., Стеняева Н.Н., Гарданова Ж.Р.  
**Женские сексуальные дисфункции в общесоматической практике** \_\_\_\_\_  
 Шигапова В.И., Ягубов М.И.  
**Клинические особенности психических расстройств у женщин с оргазмическими дисфункциями** \_\_\_\_\_  
 Штарк Л.Н., Ягубов М.И.  
**Сексуальные дисфункции у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, выявляемые на фоне современной антипсихотической терапии** \_\_\_\_\_  
 Ягубов М.И.  
**Сравнительный анализ особенностей развития невротических расстройств у пациентов с сексуальными дисфункциями** \_\_\_\_\_

НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ  
 ИНСУЛЬТА, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ  
 И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС

Алферова В.В., Шкловский В.М., Узбеков М.Г., Мисионжик Э.Ю., Лукьянюк Е.В., Гехт А.Б.  
**Роль хронического окислительного стресса (ОС) и компенсаторных метаболических реакций**

**у больных перенесших ишемического инсульта** \_\_\_\_\_  
 Андрейко М.Ф.  
**Психопатологические маски острого нарушения мозгового кровообращения** \_\_\_\_\_  
 Балунув О.А., Дорофеева С.А., Мокшанцев П.С.  
**Роль Акатинола Мемантина в процессе восстановления речи у больных с афазией** \_\_\_\_\_  
 Дорофеева С.А.  
**Взаимоотношение агностико-апрактических и речевых нарушений при локальных поражениях головного мозга в связи с задачами нейрореабилитации** \_\_\_\_\_  
 Завалко Ю.Н., Андрейко М.Ф.  
**Опыт психиатрической реабилитации постинсультным больным** \_\_\_\_\_  
 Захаров Д.В., Балунув О.А.  
**Маркеры психосоциальной адаптации пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией в процессе реабилитации** \_\_\_\_\_  
 Концевой В.А., Скворцова В.И., Савина М.А., Петрова Е.А.  
**Клиническая типология постинсультной апатии** \_\_\_\_\_  
 Лукина Л.В., Балунув О.А., Семенова Н.В., Ситник Л.И.  
**Аффективные расстройства в восстановительном периоде церебрального инсульта** \_\_\_\_\_  
 Малин Д.И., Кобозев Г.Н.  
**Аффективные и когнитивные нарушения у больных с расстройствами речи при органических заболеваниях головного мозга в ходе нейрореабилитации** \_\_\_\_\_  
 Резник А.М.  
**Особенности клиники органических психических расстройств вследствие травмы головного мозга у ветеранов локальных войн, получающих лечение в психиатрическом стационаре** \_\_\_\_\_  
 Сартакова О.В.  
**К вопросу об организации помощи лицам, перенесшим черепно-мозговую травму и не получавшим лечение в остром ее периоде** \_\_\_\_\_  
 Сафонова Н.Ю., Балунув О.А.  
**Катамнез больных пожилого возраста с лакунарными церебральными инфарктами и когнитивными расстройствами** \_\_\_\_\_  
 Селищев Г.С., Малин Д.И., Кобозев Г.Н., Орлов И.Ю., Кудряшов А.В.  
**Инсомнические расстройства в структуре психоорганического синдрома у больных с нарушениями речи обусловленными ЧМТ и последствиями ОНМК** \_\_\_\_\_  
 Чалая Е.Б., Чалая И.В.  
**Клинические особенности депрессии в хроническую фазу инсульта** \_\_\_\_\_

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

Абриталин Е.Ю., Корзнев А.В., Лебедев А.В.  
**Нейровизуализационные предикторы фармакорезистентных депрессивных расстройств** \_\_\_\_\_  
 Алфимова М.В., Абрамова Л.И., Зенова Е.В., Бархатова А.Н., Голиббет В.Е.  
**Связь полиморфизма гена NRG1 с когнитивными функциями у больных шизофренией и здоровых** \_\_\_\_\_  
 Андросова Л.В., Михайлова Н.М., Ключник Т.П.  
**Функция нейтрофилов и маркеры воспаления при болезни Альцгеймера** \_\_\_\_\_  
 Бабурин И.Н., Дубинина Е.Е., Карвасарский Б.Д., Соколян Н.А.  
**Хронический окислительный стресс и другие биохимические сдвиги у невротических больных** \_\_\_\_\_

Бочкарев В.К.

**Электронцефалографическая оценка астении у больных с пограничными психическими расстройствами**

Брусов О.С., Злобина Г.П., Каледа В. Г., Омельченко М.А., Морозова М.А., Бениашвили А.Г.

**Изучение особенностей состояния тромбоцитов**

**больных шизофренией и людей с высоким**

**риском заболевания шизофренией (ВРЗШ)**

Брюхин А.Е., Меламуд А.А., Чепелев А.В.

**К вопросу о биологических механизмах**

**повышения уровня аминотрансфераз в плазме**

**крови у пациенток с нервной анорексией (НА)**

**и нервной булимией (НБ)**

Бузык О.Ж., Кибитов А.О., Шувалов С.А.

**Клинические проявления алкогольного**

**абстинентного синдрома и полиморфные варианты**

**гена дофамин-бета-гидроксилазы (DBH)**

Букановская Т.И., Дзапарова Л.К.

**Взаимосвязь между нарушением углеводного**

**обмена и когнитивным функционированием**

**у больных с алкогольной зависимостью**

Буланов В.С., Горобец Л.Н.

**Сравнительная характеристика влияния**

**на уровень пролактина препаратов каберголин**

**(достинекс) и бромкриптин в процессе**

**коррекции нейролептической гиперпролактинемии**

**у пациентов с шизофренией и шизоаффективным**

**расстройством, принимающих рisperидон**

Василенко Л.М., Буланов В.С.

**Фактор питания у психически больных с ожирением,**

**принимающих нейролептики**

Васильева А.И., Говорин Н.В.

**Динамика уровня нейромаркеров в сыворотке**

**крови больных шизофренией**

Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Невидимова Т.И.,

Семке В.Я.

**Оптимизация терапии психических расстройств**

**на основе иммунобиологических подходов**

Брусов О.С., Голимбет В.Е., Коровайцева Г.И.,

Фактор М.И., Алексеева Е.Е., Шемякина Т.К.

**Содержание тромбоцитарного серотонина**

**и генетические варианты переносчика серотонина**

**и моноаминоксидазы у больных шизофренией**

Голимбет В.Е.

**Молекулярно-генетические исследования шизофрении:**

**современные подходы и перспективы**

**практического использования**

Горобец Л.Н.

**К вопросу о некоторых патофизиологических**

**основах функционирования эндокринной системы**

**у больных первым эпизодом шизофрении**

Гуткевич Е.В., Перчаткина О.Э., Иванова С.А., Семке В.Я.

**Участие гуморального звена серотониновой**

**системы в патогенезе невротических психических**

**расстройств**

Дроздов А.Э., Бадмаева В.Д., Табеева И.Ф.,

Филатова Т.С., Коган Б.М.

**Особенности гормонального статуса подростков,**

**находившихся на стационарной судебно-психиатрической**

**экспертизе**

Ермакова Н.Г., Крюков В.В., Емельянова И.Н.

**Клинико-иммунологическая характеристика**

**психопатологических расстройств у участников**

**ликвидации последствий аварии на ЧАЭС**

**в отдаленном периоде**

Жиляева Т.В.

**Полиморфизм гена MTHFR677TT как фактор**

**риска шизофрении**

Зиньковский К.А., Яковлев Н.А., Мусина Л.О.

**Влияние кортексина на изменение обмена**

**сфингомиелинов у больных эпилепсией**

Иванова Г.П., Горобец Л.Н.

**Механизмы психоиммунного взаимодействия**

**у больных с зобом Хашимото**

Иванова С.А., Ветлугина Т.П.

**Влияние психотропных препаратов на иммунитет**

**и апноуз у больных с депрессивными**

**расстройствами**

Игумнов С.А., Докукина Т.В., Минзер М.Ф.

**Компьютерная ЭЭГ с применением когерентного**

**анализа в диагностике ограниченных неврозоподобных**

**расстройств и расстройств, связанных со стрессом**

Изнак А.Ф., Изнак Е.В., Корнилов В.В., Концевой В.А.

**Динамика ЭЭГ в процессе терапии психогенно**

**спровоцированной депрессии**

Изнак Е.В., Изнак А.Ф., Корнилов В.В., Концевой В.А.

**Динамика латентных периодов когнитивных вызванных**

**потенциалов и времени реакции при лечении затяжной**

**психогенной депрессии**

Кенунен О.Г.

**Порочный круг “тревога – стресс – тревога”**

**как основа развития психопатологии**

Комлач И.Л., Добровольский А.П., Новожилова Т.Ф.,

Аталиков С.Б.

**Оценка состояния нейромедиаторных систем**

**головного мозга у детей с синдромом дефицита**

**внимания и гиперактивности и новый подход к терапии**

Корзенев А.В.

**Использование методов комплексного**

**нейровизуализационного обследования в целях оценки**

**патогенеза депрессивных и тревожно-обсессивных**

**расстройств**

Кусков М.В.

**Изучение скрытой активности изоферментов**

**лактатдегидрогеназы лимфоцитов и нейтрофилов**

**от больных с расстройством адаптации**

Лапин И.А., Мельникова Т.С., Краснов В.Н.,

Андрушкявичус С.И.

**Утренне-вечерний градиент параметров ЭЭГ**

**при эндогенных депрессивных расстройствах**

Лебедева И.С., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., Петрайкин А.В.,

Семенова Н.А., Якимов А.О., Ахадов Т.А.

**Электрофизиологические маркеры когнитивных**

**функций как отражение ключевых нейробиологических**

**звеньев патогенеза шизофрении**

Левчук Л.А., Гуткевич Е.В., Семке В.Я., Иванова С.А.

**Содержание серотонина сыворотки крови**

**при невротических психических расстройствах**

Лобачева О.А., Меньянцева Т.А., Семке А.В.

**Дисбаланс TN1/TN2 иммунного ответа при шизофрении**

Матросова М. И., Горобец Л.Н.

**Особенности секреции пролактина у больных**

**первым эпизодом шизофрении**

Медведев И.Л., Железнова Е.В.

**Половые гормоны и психопатологическая симптоматика у**

**женщин с эпилепсией и аффективными расстройствами**

Мельникова Т.С., Рогачева Т.А.

**Роль ЭЭГ исследования в оценке качества**

**ремиссии эпилепсии**

Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С., Новицкий В.В.,

Семке В.Я., Куприянова И.Е.

**Иммунные нарушения у женщин с тревожно-**

**депрессивными расстройствами, коморбидными**

**с эндометриозом**

Невидимова Т.И., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А.,

Батухтина Е.И., Кокконова Д.Н.

**Использование иммунофизиологических параметров**

**в диагностике и оценке эффективности терапии психических расстройств** \_\_\_\_\_  
*Никитина В.Б., Семке В.Я., Ветлугина Т.П.*  
**Клинико-иммунологические критерии прогноза затяжного течения расстройств адаптации** \_\_\_\_\_  
*Озорнин А.С., Говорин Н.В., Озорнина Н.В.*  
**Влияние антипсихотиков на содержание сывороточных липопротеинов у больных с первым психотическим эпизодом** \_\_\_\_\_  
*Пантелеева Г.П., Мельникова Т.С., Бологов П.В., Митрофанов А.А.*  
**Клинические и ЭЭГ характеристики больных шизоаффективными психозами** \_\_\_\_\_  
*Патышева Е.В., Прокопьева В.Д., Кисель Н.И.*  
**Влияние микроволновой резонансной терапии на активность каталазы и супероксиддисмутазы плазмы крови больных алкоголизмом** \_\_\_\_\_  
*Певзнер А.А., Григорьева Е.А., Дьяконов А.Л.*  
**Биоэлектрическая активность мозга и гармоническое звуковое воздействие** \_\_\_\_\_  
*Пиотровская В.Р., Незнанов Н.Г., Зуева И.Б.*  
**Результаты исследования участия маркеров воспаления в формировании аффективно-когнитивных изменений у лиц с метаболическим синдромом и гипертонической болезнью I-II** \_\_\_\_\_  
*Смирнова Л.П., Кротенко Н.М., Семке А.В.*  
**Влияние типичных нейролептиков на антиоксидантную систему эритроцитов больных шизофренией** \_\_\_\_\_  
*Солонский А.В.*  
**Нейроморфологические закономерности пренатального воздействия алкоголя на мозг человека** \_\_\_\_\_  
*Стояк В.А., Гусев С.И., Трофимова М.В., Иванова С.А.*  
**Дегидроэпиандростерон и дегидроэпиандростерон сульфат у лиц с расстройствами личности с антисоциальным поведением** \_\_\_\_\_  
*Стрелец В.Б.*  
**Основные результаты исследования ЭЭГ при шизофрении за последние 10 лет** \_\_\_\_\_  
*Узбеков М.Г.*  
**Антидепрессивный эффект тианептина связан с ускорением оборота серотонина в синапсе** \_\_\_\_\_  
*Уранова Н.А., Востриков В.М., Зимина И.С., Вихрева О.В., Коломеец Н.С., Орловская Д.Д.*  
**Сниженная реактивность глии в мозге при шизофрении** \_\_\_\_\_  
*Файзуллоев А.З.*  
**Психофизиологический статус больных с астеническими нарушениями** \_\_\_\_\_  
*Филатов И.В., Краснов А.А.*  
**Сравнительная характеристика показателей биоэлектрической активности мозга у пациентов с шизофренией** \_\_\_\_\_  
*Шадрин И.В., Дедова К.Н., Пугачёв А.Н.*  
**Нейроанатомия и нейрофизиология эмоциональных нарушений у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР)** \_\_\_\_\_  
*Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Корзенев А.В., Лыткин В.М., Тарумов Д.А.*  
**Диагностика депрессивных расстройств с использованием современных методов нейровизуализации** \_\_\_\_\_  
*Шаруда И.И.*  
**Об изучении психофизиологических особенности механизмов психологической адаптации (совладания) у больных невротическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
*Шкловский В.М., Алферова В.В., Узбеков М. Г., Мисионжик Э. Ю., Лукьянюк Е.В., Гехт А.Б.*  
**Прогностическое значение ряда серологических маркеров для определения реабилитационного потенциала больных с очаговым нарушением неврологических функций** \_\_\_\_\_

*Шульц Е.В.*  
**Диагностика невротических и неврозоподобных расстройств на основе анализа электроэнцефалограмм методами нелинейной динамики** \_\_\_\_\_  
*Юлдашев В.Л., Асададуллин А.Р., Хуснутдинова Э.К.*  
**Клинико-генетические аспекты формирования униполярной депрессии** \_\_\_\_\_

**ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ**

*Антропов Ю.А.*  
**Инновационные пути совершенствования преподавания психиатрии** \_\_\_\_\_  
*Балашова С.В., Дереча Г.И., Габбасова Э.Р., Постнов В.В.*  
**Общественная ориентированность клинической психологии** \_\_\_\_\_  
*Благовидова О.Б.*  
**Обучение врачей первичного медицинского звена вопросам охраны психического здоровья: сравнительное исследование двух регионов Российской Федерации** \_\_\_\_\_  
*Бобров А.Е.*  
**О взаимосвязи последипломного образования и организации психиатрической помощи** \_\_\_\_\_  
*Григорьева Е.А., Хохлов Л.К., Манучарян Ю.Г.*  
**О некоторых актуальных вопросах послевузовской профессиональной подготовки специалистов** \_\_\_\_\_  
*Дереча В.А.*  
**О значении компетентностно-квалиметрического подхода в совершенствовании последипломной подготовки психиатров-наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов** \_\_\_\_\_  
*Джангильдин Ю.Т.*  
**Диалогичность образовательного процесса в психотерапии** \_\_\_\_\_  
*Дороженков И.Ю.*  
**Психосоматика в системе послевузовского профессионального образования врачей** \_\_\_\_\_  
*Залилова З.К., Панкова О.Ф.*  
**Современные подходы к профилактике невротических и поведенческих расстройств у будущих врачей** \_\_\_\_\_  
*Зинкина А.П., Степанова О.Н., Пузикова О.Ю.*  
**Компетентностный подход в подготовке специалистов по социальной работе в психиатрии** \_\_\_\_\_  
*Зиньковский А.К., Лакеева Ю.В.*  
**Оценка типов центрации личности студентов медиков** \_\_\_\_\_  
*Кондратьев Ф.В.*  
**К основам постдипломного образования** \_\_\_\_\_  
*Кремлева О.В., Пирогова О.Н., Сиденкова А.П.*  
**Психиатры выбирают модульное обучение** \_\_\_\_\_  
*Ледванова Т.Ю., Барыльник Ю.Б., Витренко М.Ю., Коломейчук А.В.*  
**Коммуникативная компетентность как часть компетентностной модели подготовки психиатров и наркологов** \_\_\_\_\_  
*Москвитина У.С., Руженков В.А.*  
**Имидж врача-психиатра в представлениях лиц с психическими расстройствами** \_\_\_\_\_  
*Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А.*  
**Образовательные интернет ресурсы в психиатрии** \_\_\_\_\_  
*Носачев Г.Н., Романов Д.В., Баранов В.С., Носачев И.Г., Стрельник С.Н.*  
**Междисциплинарное взаимодействие в структуре последипломного образования: вопросы психического здоровья** \_\_\_\_\_  
*Панина Н.А., Ванчакова Н.П.*  
**Формирование педагогических навыков в процессе профессионального обучения психиатров** \_\_\_\_\_  
*Петрова Н.Н.*



**К вопросу о профессиональной подготовке  
в области психиатрии** \_\_\_\_\_  
*Решетников В.А., Трущелёв С.А.*

**Воспроизводство научных кадров в области психиатрии** \_\_\_\_\_  
*Степанова О.Н., Пузикова О.Ю., Зинкина А.П.*

**Непрерывное образование как элемент  
последипломной подготовки специалистов  
по социальной работе в психиатрии** \_\_\_\_\_  
*Стяжкина М.В., Быстрова С.Е., Гришаткина Н.Г.*

**Об обучении психиатрии в рамках последипломного  
образования врачей-интернистов** \_\_\_\_\_  
*Трущелёв С.А.*

**Основные направления диссертационных  
работ в области психиатрии** \_\_\_\_\_  
*Худяков А.В., Смирнова О.Ю.*

**Размышления о подготовке психиатров-наркологов** \_\_\_\_\_  
*Чирко В.В., Дёмина М.В., Баринов А.М., Даренский И.Д.*

**Совершенствование профессиональной подготовки  
врачей психиатров-наркологов** \_\_\_\_\_  
*Шайдукова Л.К., Усманов Д.Н., Халиуллин А.Х.*

**Методологическое и содержательное различие  
в преподавании психиатрии отечественным  
и иностранным студентам** \_\_\_\_\_  
*Шаменов Р.А., Смирнова Д.А., Осипова Т.Н., Налетов С.Л.*

**Деятельность регионального молодежного  
профессионального сообщества:  
проблемы и пути решения** \_\_\_\_\_  
*Шевченко Ю.С.*

**Субъективные проблемы последипломного  
образования в детской психиатрии** \_\_\_\_\_  
*Яхин К.К., Калмыков Ю.А.*

**Особенности последипломной подготовки  
медицинский психологов** \_\_\_\_\_

## ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

### “ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ” КАК ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

В. В. Абашина, Е. Ю. Струкова

(Тамбов)

Проблема диагностики и лечения депрессивных и других непсихотических расстройств является актуальной проблемой современной медицины. Депрессии и тревожные расстройства стоят наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями в первом ряду болезней, снижающих трудоспособность, приводящих к инвалидизации пациентов. Анализ распространенности депрессивных и тревожных расстройств в общей популяции показывает ее неуклонный рост. Тамбовская область не является исключением, так отмечается постоянный рост непсихотических психических расстройств с 990,3 в 2007 году до 1020,8 в 2009 году. Очевидна необходимость взаимодействия с общей системой здравоохранения, в частности, в виде интеграции отдельных форм психиатрической помощи в учреждениях первичной медицинской сети, прежде всего в территориальных поликлиниках. Одной из таких форм взаимодействия стало создание “Центра Здоровья” на базе ГУЗ “Тамбовская областная больница”, где осуществляется совместное сотрудничество со специалистами ОГУЗ “Тамбовская психиатрическая больница”, в частности с медицинскими психологами.

За время открытия с декабря 2009 года Центр посетили около 1600 человек. Средний возраст составляет 27 лет. Целью настоящего обращения в центр здоровья являлось: 20% – получение информации о здоровом образе жизни; 20% – о правильном питании; 0,5% – отказ от табакокурения; 0,3% – отказ от приема алкоголя; 58% – получение информации о наличии заболеваний.

Все пациенты, которые обращались в Центр здоровья, обязательно проходили скрининг – оценку уровня психофизиологического и соматического здоровья. Был использован опросник HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) для оценки выраженности эмоциональных расстройств при различных заболеваниях. Так, субклиническая – выраженная тревога и депрессия была выявлена в 37,5% случаев; в основном 70% составляют женщины в возрасте от 27–37 лет; у которых в 45% случаев отмечается наследственная отягощенность (гипертоническая болезнь); 10% не употребляют алкогольные напитки, а 30% употребляют крепкие алкогольные напитки; в 10% отмечается табачная зависимость; нерегулярное питание отмечается в 45% случаев; менее 7 часов сна наблюдается в 10%; пассивный образ жизни отмечается у 60%. Клиническая – выраженная тревога и депрессия была выявлена у 12,5% обратившихся.

В основном это мужчины, имеющие среднее специальное образование, 50% случаев имеют наследственную отягощенность гипертонической болезнью; у 70% отмечается употребление крепких алкогольных напитков, у 20% – табачная зависимость; не занимались активным образом жизни 80% пациентов; в 50% случаев отмечается ненормированный рабочий день. Таким образом, полученные данные являются дополнительным аргументом, подтверждающим необходимость соблюдения принципов терапевтического партнерства, межпрофессионального взаимодействия психиатров, психологов с врачами первичного звена медицинской помощи.

### ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАК МОДЕЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ПОДДЕРЖКИ КРАСНОГО КРЕСТА

В. А. Агапова, Д. М. Мухамадиев

(Москва)

Актуальность проблемы профилактики и социальной реабилитации нарушений психического здоровья у лиц, страдающих различными формами соматических заболеваний, не вызывает сомнений. Это в полной мере относится и к больным туберкулезом, у которых на различных этапах заболевания формируются разнообразные по характеру психосоматические расстройства. Так, установлено, что у впервые выявленных больных туберкулезом до начала лечения в 100% случаев выявляются психовегетативные расстройства с высоким уровнем соматической и психической тревоги и депрессии, а химиотерапия туберкулеза в ряде случаев усугубляет психический статус пациентов, что довольно часто может стать причиной отказа больного от продолжения лечения.

Опыт, накопленный МФОККиКП и Российским Красным Крестом, и повседневная практика реализации комплексных программ оказания социальной помощи больным туберкулезом свидетельствуют о необходимости предоставления общественных форм психосоциальной помощи, что обусловлено в первую очередь недостаточно развитой системой организации психологической помощи в противотуберкулезных учреждениях РФ. С 2000 года РКК осуществляет деятельность по оказанию психосоциальной помощи больным туберкулезом в рамках комплексной программы борьбы с ТБ. Ежегодно специалистами по психологической помощи РКК предоставляется психосоциальная помощь более 1000 больным ТБ. Подбор групп больных осуществляется по рекомендации фтизиатров, занимающихся контролируемым лечением больного на основе согласия больных. Психологическое сопровождение больных туберкулезом включает диагно-

стику, консультирование, коррекцию и информирование пациентов. Психологи РКК осуществляют консультирование в виде разовых и долгосрочных повторных консультаций, направленных на положительное принятие диагноза, формирование внутренней мотивации к излечению, мобилизацию внутренних ресурсов, направленных на выздоровление, помощь в решении личных проблем пациента и перестройку его существующих взаимоотношений с окружающими, повышение самооценки, чувства личного достоинства пациента.

Таким образом, психосоциальная поддержка больных туберкулезом является эффективным компонентом их комплексного лечения, позволяющим существенно повысить уровень приверженности пациентов к их скорейшему излечению.

### ОПЫТ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

А. П. Агарков, Л. В. Варанкова  
(Томск)

Современные тенденции оказания психиатрической помощи в России, как и во всем мире, в настоящее время заключаются в том, что происходит уменьшение коек круглосуточных стационаров за счет расширения менее затратных внебольничных форм помощи: дневных стационаров и стационаров на дому. В течение последних лет в стационаре Томской клинической психиатрической больницы также произошло уменьшение коечного фонда с 1600 до 1240. Число коек дневного стационара для взрослых и детей увеличено до 200.

За последние 5 лет отмечается снижение количества поступивших в стационар с 7505 до 6782 человек в 2009 году за счет расширения коек дневного пребывания во взрослом диспансерном отделении. Уровень госпитализации в 2009 году составил 65,3 на 10 тыс. человек населения (в 2005 – 86,0). Снижается длительность пребывания пациентов, находящихся на лечении в стационаре, с 91,3 в 2007 году до 82,3 в 2009 году.

Выписка пациентов с длительными сроками госпитализации стала возможной с развитием полипрофессиональных методов работы как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Увеличены ставки социальных работников, клинических психологов, отработаны мероприятия по межведомственному взаимодействию с департаментом социальной защиты, центром занятости г. Томска. Во взрослом диспансерном отделении создано отделение психосоциальной реабилитации с направлениями работы по арттерапии, лечебной физкультуре, бытовой адаптации. В 2009 году удалось выписать 127 больных со сроком пребывания более одного года, из них 23 человека находились в больнице от 5 до 10 лет и более. На конец 2009 года в стационаре ОГУЗ "ТКПБ" осталось 476 пациентов с длительностью пребывания более 1 года, из них – 64 человека со сроками пребывания более 10 лет. Бригадный метод работы

позволил восстановить социальные связи и жилье, вернуть больных в семьи, переоформить документы и пенсии. Система социально-трудовой реабилитации в нашей больнице в настоящее время приобретает качественно иной характер, сочетая трудовую реабилитацию в ЛТМ, на промышленных предприятиях и психосоциальные методы работы (социальные тренинги, психообразовательные программы для пациентов и их родственников).

Чрезвычайно актуальной является стратегическая задача – максимально используя ресурсы стационарной и амбулаторной службы, вернуть пациентов в общество, семью, на предприятия, применяя разработанные программы как на ранних этапах заболевания, так и для "хронизированных" больных.

### СТАЦИОНАР НА ДОМУ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. В. Агаркова, И. Р. Семин  
(Томск)

Развитие стационарзамещающих форм специализированной медицинской помощи началось в Томской областной психиатрической организации с 2004 г. За прошедшие годы специалистами накоплен определенный опыт, который стал основой разработки методических рекомендаций для участковых врачей-психиатров.

Необходимыми условиями использования стационара на дому (СНД) в психиатрической практике являются клинические и социальные факторы.

С клинической точки зрения оказалось, что эта относительно новая форма психиатрической помощи является наиболее адекватной для больных трех нозологических групп: пациентов с расстройствами шизофренического спектра, больных с органическими психическими расстройствами психотического уровня и психическими расстройствами вследствие эпилепсии.

Социальный аспект оказания психиатрической помощи в форме СНД требует предварительной оценки семейных взаимоотношений пациентов, а также их отношений с соседями. Совместными усилиями участкового врача, психолога и социального работника проводится, в случае необходимости, коррекция отношений больного с микросоциальным окружением.

В результате отработанной схемы организации СНД эта форма психиатрической помощи ежегодно используется в отношении 350–380 больных. Она не только помогает экономить ресурсы стационара, но имеет также фармакоэкономическое значение. Благодаря СНД больные с затяжными формами психических расстройств, отказавшиеся от соцпакета, имеют возможность получать современные эффективные препараты (рисполепта и другие).

Сами больные и их родственники положительно оценивают практику СНД при изучении качества их жизни с помощью специального опросника.

Таким образом, организация психиатрической помощи по типу СНД, на основании нашего опыта, имеет объективные и субъективные положительные оценки.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СООБЩЕСТВЕ**

**Е. С. Акимкина**  
(Москва)

*Цель исследования* – изучение качества жизни больных шизофренией как критерия эффективности комплексного психосоциального лечения.

*Методы:* шкала качества жизни QLS (Heinrichs, 1984), опросник SF-36 (Ware, Gandek, 1998).

*Результаты.* Изучено качество жизни двух групп больных шизофренией. Первая группа (102 пациента) получала только медикаментозную терапию (этап выписки из стационара). Вторая группа (24 человека) – члены общественной организации “Семья и психическое здоровье”, помимо фармакотерапии получали комплексное психосоциальное лечение, включающее тренинг социальных навыков, психообразование, групп-аналитическую психотерапию, досуговые программы, лечебную физкультуру. Анализ на основе опросника SF-36 показал, что во второй группе субъективные показатели качества жизни достоверно выше, чем в первой. Оценка качества жизни по шкале QLS также выявила статистически значимые различия. У пациентов первой группы отмечалось обеднение социальных контактов, снижение общего уровня социальной активности, трудности в межличностных взаимоотношениях. Пациенты второй группы активно использовали предоставляемые возможности, были мотивированы на выполнение определенных социальных ролей. Несмотря на наличие инвалидности, многие работали или искали работу, были больше удовлетворены ролевым функционированием, для них характерны планы на будущее, любознательность, способность получать удовольствие от жизни, прилагать усилия для достижения целей. Комплексное психосоциальное лечение в условиях естественного социального окружения способствует восстановлению больных шизофренией, улучшению качества их жизни, оценка которого служит надежным критерием эффективности психосоциальных вмешательств.

### **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ**

**И. А. Аксаков, А. К. Зиньковский**  
(Тверь)

Целью работы явилось изучение состояния психического здоровья и выявление факторов риска психической дезадаптации у военнослужащих по призыву (ВСП). Обследовано 393 ВСП, проживающих в Тверском регионе, за 1994–2008 гг. с помощью “Базисной карты для

клинико-эпидемиологических этнокультуральных исследований”, предложенной ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. Как показали результаты исследования, из всего контингента ВСП 267 человек (67,94%) проживали до призыва в г. Твери, 126 (32,06%) – в районах области. Среднее образование имели 224 (57%), средне-специальное – 164 (41,73%), высшее – 5 (1,27%) обследованных. Отягощенность наследственности алкоголизмом отмечена у 103 (26,21%), шизофренией – у 16 (4,07%), эпилепсией – у 5 (1,27%), суицидом родственника – у 18 (4,58%) и другим психическим заболеванием – у 18 (4,58%). До призыва в армию черепно-мозговые травмы перенесли 103 (26,21%) человека. Отмечались следующие аддикции у ВСП: алкоголизация – 108 (27,48%), курение – 187 (47,58%), злоупотребление ПАВ – 78 (19,85%). До призыва в армию у обследованных имело место девиантное (64 – 16,28%) и деликвентное поведение (40 – 10,18%), судимость (21 – 5,34%). Все срочнослужащие были признаны при призыве психически здоровыми. В дальнейшем ВСП были комиссованы в рамках следующих психических расстройств: психопатия – 198 (50,38%), невроз – 69 (17,60%), последствия ЧМТ – 68 (17,30%), расстройство личности – 30 (7,63%), олигофрения – 21 (5,34%) и шизофрения – 7 (1,78%). При этом, у 273 (69,46%) ВСП отмечались эпизоды ауто- и гетероагрессии. Целесообразно создание специальных служб для выявления нарушений психического здоровья у призывников и ВСП, а также по психиатрическому наблюдению за ВСП, комиссованными по психическим заболеваниям в ПНД по месту их жительства.

### **РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

**М. А. Алиев, Г. Д. Азаева**  
(Махачкала)

Разнообразие и эффективность лечебно-реабилитационных воздействий, предназначенных для пациентов, страдающих шизофренией, во многом зависят не только от использования клинически обоснованных и эффективных медицинских технологий, но и от уровня организации психиатрической помощи, наличия необходимых структурных подразделений, их взаимодействия, наличия подготовленных кадров и др., а также постоянного контроля результатов деятельности психиатрических учреждений.

Психиатрическая служба Республики Дагестан развивается в сложных социально-экономических условиях многонационального и многоконфессионального региона, имеющего разрушенную экономику, постоянно сотрясаемого террористическими актами.

В этих условиях недостаточное текущее финансирование не позволяет поддерживать сложную структуру психиатрической службы. На сегодняшний день она представлена только стационарным и амбулаторным зве-

нями. Внебольничные подразделения не развиты. Имеются существенные сложности в обеспечении пациентов современными лекарственными средствами. Контингент больных, обслуживаемый Республиканским клиническим психоневрологическим диспансером, за последние три года возрос на 3% и составляет 193,4 на 10000 человек населения, из них диспансерный – 159,7 и консультативный – 33,7 пациентов на 10000 человек населения (2009 г.). Доля больных, получающих психиатрическую помощь в условиях стационара, за исследуемый период снизилась на 4% и составляет 17,9% от всех больных, получающих диспансерное динамическое наблюдение и консультативную помощь. Обеспеченность койками не превышает 1,0 на 1000 человек населения. Стоимость койко-дня в стационаре одна из самых низких по стране – 359,0 рубля.

Число пролеченных больных за последние 3 года увеличилось на 8,3% и составляет 754,4 на 100 коек. Средний койко-день не превышает 42,0–44,0 дня. При этом первичный выход на инвалидность составил 0,37 на 1000 человек населения. Число суицидов – 0,004. Количество общественно-опасных действий (на 100 диспансерных больных) – 2,0 и имеет выраженную тенденцию к снижению.

Из представленных показателей деятельности службы можно сделать вывод о том, что при самой низкой финансовой и структурной обеспеченности показатели деятельности психиатрической службы республики не отстают от общероссийских, а в ряде случаев имеют лучшие значения. Данное противоречие заслуживает специального исследования, которое проводится нами в настоящее время. На первом его этапе можно констатировать, что значительную роль в положительной динамике деятельности службы наряду с организационными решениями (разработка и использование стандартов организации) играют этно-культуральные особенности обслуживаемого населения. К положительным из них можно отнести: высокую толерантность общества в целом к лицам, страдающим психическими расстройствами, солидарную ответственность семьи пациента за его благополучие и качество жизни. К негативным – главным образом, низкую обращаемость пациентов – только в условиях значительной выраженности психических расстройств, стремление к ранней выписке из стационара без достижения достаточно стойкой ремиссии, высокую степень отказа от льготного лекарственного обеспечения в пользу монетизации льгот.

#### **ПРОГРАММА “ЖИЛЬЕ С ПОДДЕРЖКОЙ” КАК ИННОВАЦИОННАЯ ФОРМА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СЕРВИСА**

Н. К. Антошкина, А. Н. Харин  
(Омск)

Программа “Жилье с поддержкой” является промежуточным этапом в реабилитации психически больных на

пути от стационара к самостоятельному проживанию в обществе. В системе психиатрической помощи Омской области данная Программа включает общежитие, групповой дом, квартиры для независимого проживания, приобретенные и арендованные. Эти организационные формы находятся во взаимосвязи друг с другом, но имеют разный уровень приближенности и разную степень сохраняющегося контроля (медицинского, социального) за пациентами. Полипрофессиональная бригада занимается многоосевой динамической оценкой, планированием и реализацией лечебно-реабилитационных вмешательств. Показаниями для направления в Программу является заключение всех специалистов бригады о возможности пациента проживать самостоятельно, учитывается желание пациента, невозможность его выписки домой в силу неблагоприятных социальных факторов. Программа основана на принципах терапевтического сообщества, что способствует улучшению комплайенса и клинико-функциональных результатов. На сегодняшний день в программе 14 квартир, в которых проживает 30 пациентов, всего программой охвачено около 60 человек. Все пациенты участвуют в психосоциальных мероприятиях. В разы уменьшилось количество повторных госпитализаций, в то же время возросло число визитов амбулаторного приема. Улучшилось владение навыками повседневной жизни пациентов, у многих восстановлены потерянные ранее контакты с родственниками, расширились социальные сети, улучшились и расширились возможности проведения досуга, решена часть социально-правовых проблем. Все сказанное свидетельствует о клинических и клинико-социальных достижениях, подтверждающих эффективность жилья с поддержкой.

#### **7-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ**

С. М. Бабин, О. М. Василенко  
(Оренбург)

С 2003 г. в Оренбурге существует региональное отделение Общероссийской общественной организации инвалидов и их родственников “Новые возможности”. В организации отделения ведущую роль играли специалисты – сотрудники психиатрических ЛПУ. В 2005 г. на базе открытого областного психотерапевтического центра Оренбургской областной клинической психиатрической больницы № 2 был создан клуб “Эдельвейс” регионального отделения ООИИ “Новые возможности”. В настоящее время клуб насчитывает около 70 участников. Открытый режим работы клуба и регулярность встреч (2 раза в неделю) сформировали костяк самых активных его членов. В программе работы клуба: организация познавательных экскурсий, музыкально-литературных встреч, совместных пеших прогулок, проведение различных досуговых мероприятий. В клубе работает студия бисероплетения “Надежда”, в которой занимается 7–10 человек 2 раза в неделю. Руководит студией професси-

ональный преподаватель, сотрудник областного центра детско-юношеского творчества.

Особо следует подчеркнуть абсолютно добровольное участие в работе клуба. Часть пациентов посещает только заседания клуба и отказываются от визитов к врачам или психологам. Мы сознательно пошли на этот шаг, четко разделив лечебную работу психотерапевтического центра и организацию группы самопомощи. С нашей точки зрения это помогло сформировать относительно независимую структуру и продемонстрировать уважение к сознательному выбору людей со стороны профессионалов. Разумеется, это не означает отсутствие поддержки и помощи специалистов. Сегодня руководителем регионального отделения является медицинский психолог – сотрудник областного психотерапевтического центра. Без нашего руководства, постоянной моральной, а иногда и материальной поддержки региональное отделение просто бы не существовало. Однако можно отметить, что постепенно за эти годы активность и самостоятельность членов отделения явно возросли. Таким образом, постепенно складывается партнерская модель взаимоотношения потребителей психиатрической помощи и специалистов.

#### **ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ СЕВЕРА СИБИРИ**

П. П. Балашов, А. М. Сульдин

(Томск, Сургут)

Как показывает опыт развития внебольничной психиатрической помощи в различных странах мира, проведение реформирования дорогостоящих больничных форм в национальном масштабе предусматривает опережающее развертывание вспомогательных служб, готовых принять пациентов с психосоматическими расстройствами по месту их постоянного проживания, для проведения соответствующих лечебно-реабилитационных программ, обеспечения социальной защиты и ухода. Из внебольничных форм наиболее адекватными в организационном плане представляются учреждения социального обслуживания населения, способные обеспечить организацию внебольничной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи наиболее социально уязвимым контингентам населения – детям с ограниченными возможностями, детям из социально неблагополучных семей, лицам с хроническими психическими расстройствами, утратившим социальные связи, гражданам пожилого возраста и инвалидам. Действующая модель психолого-психотерапевтической помощи г. Сургута в учреждениях социальной защиты предоставляет такие виды психотерапевтической помощи, как работа экстренной психологической помощи по телефону “Доверие”, обеспечение психодиагностики, психотерапии и психологического консультирования. Логическая структура службы представлена клинико-организационными

этапами, включая оценку ограничений жизнедеятельности и формирование клинико-статистических групп для распределения пациентов по лечебно-реабилитационным маршрутам. Специфические особенности психиатрической помощи подопечным учреждений социальной защиты определяются типом учреждения социального обслуживания (нестационарное, полустационарное, стационарное), возрастом и социальным статусом подопечных, характером психосоматической патологии.

#### **ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С ПРИВЛЕЧЕНИЕМ МОБИЛЬНОЙ СВЯЗИ**

Е. А. Белебева, О. Н. Степанова, И. Н. Мурина,  
Л. А. Сазонова

(Омск)

В быстро меняющихся условиях жизни многие переживают растерянность, страх, затруднения в адаптации и нуждаются в помощи кризисных служб. В Омской областной психиатрической больнице есть суицидологическая служба, представленная кабинетом психотерапевтической помощи, кабинетами медико-психологической помощи и “Телефоном доверия”, работа которых совершенствуется и поддерживается межведомственно, составляется паспорт кризисных служб области.

Идёт оптимизация работы “Телефона доверия”. Медико-психологическая помощь по телефону имеет ряд преимуществ: анонимность, доступность, конфиденциальность, бесплатность. Консультирование круглосуточно осуществляют врачи-психиатры, психиатр-нарколог, психолог. До недавнего времени помощь можно было получить только по городскому телефону с оплатой по междугородному тарифу для населения области.

С 10 февраля 2010 г. при поддержке министерства здравоохранения Омской области основные операторы мобильной связи Te1e2, МТС, Билайн, Мегафон предоставили возможность получать бесплатно медико-психологическую помощь своим абонентам в пределах Омской области. Проводится рекламная поддержка в СМИ.

За четыре месяца работы все обращения, полученные по мобильной связи, составили 32% от всех обратившихся на Телефон доверия или 1505 звонков, в том числе из 17 отдаленных районов области. Проблемные обращения составляют в среднем 75% от общего количества. Увеличились обращения лиц в кризисных состояниях и с суицидальными тенденциями. Значительно увеличилась нагрузка на специалистов Телефона Доверия, которые обслуживают до 54 обращений в сутки: до 32 звонков на городскую линию и до 22 звонков на телефоны мобильной связи.

Таким образом, введение номеров мобильной связи на Телефоне Доверия увеличивает доступность квалифицированной медико-психологической помощи для населения Омской области на ранних этапах развития стрессовых состояний и суицидальных тенденций.

### РАБОТА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ТРУДОУСТРОЙСТВО ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е. М. Богутова, О. В. Дудкина, Ю. В. Лычкова  
(Омск)

В Реабилитационном дневном стационаре БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» работа с пациентами, желающими трудоустроиться, включает индивидуальные и групповые занятия. Внедрены два тренинга, направленные на предоставление информации об этапах трудоустройства, помощь в адекватном выборе места работы, повышение степени мотивации к труду, приобретение и развитие навыков адекватного поведения на собеседовании и т.п. Один из тренингов нацелен на поиск простой, неквалифицированной работы и ориентирован на людей с утраченными навыками квалифицированного труда, второй – проводится с пациентами, сохранившими трудовые навыки, и предполагает трудоустройство по прежней специальности. Ежегодно число трудоустроенных пациентов увеличивается. В 2009 году трудоустроилось 37 пациентов. 15% из них работают по своим специальностям (инженер, психолог, бухгалтер, парикмахер, менеджер), 25% – на сниженном уровне (штукатур-молляр, библиотекарь, лаборант, продавец), 60% – на неквалифицированных должностях (дворник, уборщица, санитарка, грузчик).

Новым видом психосоциальной помощи в подразделении является сопровождение работающих пациентов участниками полипрофессиональной бригады после выписки с целью длительного сохранения рабочего места, формирования навыков сочетания лечения и трудовой деятельности, своевременного выявления изменений в психическом состоянии, предупреждения госпитализаций в стационар. С момента внедрения программы в 2008 году число пациентов, удерживающихся на рабочем месте длительное время, увеличилось более чем в два раза. В настоящее время 8 пациентов удерживаются на рабочем месте более года, 16 человек – около года, 23 – работают на одном месте полгода, что значительно выше показателей за 2007 год (2 пациента работали более года, 7 – год и 12 – 6 месяцев).

### ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Ю. В. Богушевская, А. О. Севостьянова  
(Курск)

Лечебные мероприятия при соматизированных расстройствах (СР) должны учитывать клинко-психопатологические и клинко-динамические характеристики заболевания, механизмы формирования его клинко-индивидуальные личностные особенности больных. Существует мнение (Kreire R.E., 2006) о целесообразности биопсихосоциального подхода в ре-

абилитации больных соматизированными расстройствами.

Целью настоящей работы являлась оценка эффективности комплекса мероприятий по реабилитации и реадaptации больных СР на этапе соматизированного развития личности (Погосов А.В., Богушевская Ю.В., 2007). Использовался полипрофессиональный подход (врач-психиатр, клинический психолог и специалист по социальной работе), 35 больных участвовали в психообразовательной программе и группах по интересам.

Психообразовательная программа внедрена в дневном стационаре Курского клинического психоневрологического диспансера как современная модель реабилитации психически больных (Севостьянов В.Г. с соавт., 2004). Она проводилась в закрытых группах с количеством участников от 5 до 10 человек. Каждый цикл состоял из 10–12 занятий продолжительностью 45–60 мин. 1–2 раза в неделю. После формирования группы подбирались темы занятий, определялся стиль общения и поведения с учетом индивидуальных особенностей больных. Ведущие программы психообразования вместе с больными выбирали наиболее актуальные темы бесед. Предусматривались следующие темы занятий: 1) Информация о болезни: проявления соматизированных расстройств, особенности течения и прогноза; 2) Роль стресса в возникновении заболевания, механизмы формирования телесных симптомов; 3) Значение психотерапии при СР; 4) Роль медикаментов в лечении СР; 5) Психологическая поддержка больных СР; 6) Обучение навыкам преодоления стресса; 7) Профилактика возникновения и обострения психических расстройств, связанных со стрессом.

Описанный подход имеет важное значение в комплексе восстановительных мероприятий, проводимых больным соматизированным развитием личности. Анализ его эффективности с изучением социального функционирования и качества жизни больных обнаружил положительную динамику указанных показателей.

### ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ И МЕДИКО- ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В 2005-2009 ГОДЫ

Ю. П. Бойко, Н. И. Жаркова  
(Москва)

В 2009 г. в городских ЛПУ Департамента здравоохранения функционировал 261 кабинет по профилю, из них 123 психотерапевтических и 138 медико-психологических, в 2005 г. – 185. В соматических ЛПУ действовало 169 кабинетов (83 и 86 соответственно), в психиатрических – 64 кабинета (28 и 36 соответственно), в наркологических – 28 кабинетов (12 и 16). В 2009 году врачами-психотерапевтами были приняты 60331 пациентов (в 2005 г. – 51338), число посещений составило 296767 и 244945 соответственно. Нагрузка на 1 психо-

терапевта в 2009 году составила 2108, в 2005 году – 2097 посещений. Медицинскими психологами приняты 204168 человек, что на 65673 человек больше, чем в 2005 г.

Из числа пациентов, принятых врачами-психотерапевтами в 2009 году, у 57% пациентов имелись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (возраст 40–59 лет); у 25% – органические заболевания, включая симптоматические (соматогенные) (группа 60 лет и старше); у 11% – аффективные непсихотические расстройства (группа 40–59 лет). По группам невротических и аффективных расстройств за период отмечается рост числа обращений, по органическим расстройствам – некоторое снижение.

Проводится активная работа по повышению профессионального уровня врачей-психотерапевтов и медпсихологов. В 2009 году 105 специалистов прошли соответствующую подготовку. Медицинские психологи проходят профпереподготовку по “Клинической психологии” и тематические усовершенствования. Эта работа проводится во взаимодействии с Профмедобъединением психотерапевтов, медицинских психологов и социальных работников (МОП).

Вместе с тем, в реестре ОМС недостаточно отражены (всего 9) услуги по психотерапии, что мешает повышению качества медицинской помощи, не везде оборудование кабинетов специалистов соответствует установленным требованиям.

Отделение психотерапии при ЧС ГПП № 223, специалисты службы и горОМО участвовали в оказании медицинской помощи при ЧС.

Специалисты службы принимают активное участие в ежегодных Московских Ассамблеях “Здоровье столицы”, Всероссийских конференциях “Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология” и организуемых Московским НИИ психиатрии.

Дальнейшее развитие клинической психотерапии остается по-прежнему основным направлением развития психотерапевтической и медико-психологической службы города.

#### **ОКАЗАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ЛИКВИДАТОРАМ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АВАРИИ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Г. И. Боридько, Е. В. Захаров,  
Л. Д. Солодникова, А. А. Уткин

(Омск)

Авария на Чернобыльской атомной электростанции является одной из самых крупных техногенных катастроф в истории человечества, в результате которой воздействию ионизирующего излучения подверглось более 5 млн. жителей России, Украины и Беларуси. Среди нарушений здоровья, связанных с аварией, одно из важных мест занимают психические расстройства. До на-

стоящего времени отсутствует единая концепция природы и развития поражения, его систематика, не разработана дифференциальная диагностика, отсутствует клиническая модель болезни, нет единого подхода к лечению и реабилитации больных. Психиатрическая статистика констатирует рост психических и поведенческих расстройств у этого контингента населения. Так, по нашим данным, наиболее часто у ликвидаторов чернобыльской аварии отмечаются следующие психические расстройства: церебраленические проявления, мнестические расстройства, эмоционально-волевые и когнитивные нарушения. Указанные причины актуализируют применение методов психосоциальной терапии и реабилитации, обеспечивающих доступность психиатрической помощи в работе с данным контингентом на базе соматического лечебного учреждения. При лечении пациентов в Госпитале для ветеранов войн успешно применяется широкий спектр психофармакологических средств, психотерапия, психосоциальная поддержка пациентов и их родственников, а так же психообразовательные программы. В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Всего помощь была оказана 1260 ликвидаторам чернобыльской аварии, из них 13% (т.е., 164 человека) прошли лекарственное и психосоциальное лечение у врача-психиатра. Было проведено исследование качества и эффективности оказываемой помощи, показавшее значительное улучшение соматического и психического самочувствия, а так же социального функционирования пациентов. В 70% случаев улучшились показатели памяти, внимания, настроения, значительно возросла дневная активность и результативность принимаемых действий.

#### **ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У КОРЕННЫХ НАРОДОВ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА**

Н. А. Бохан

(Томск)

**Актуальность.** Сложный феномен аккультурации у коренного населения Сибири и Дальнего Востока (СидВ) сопровождается ростом психических расстройств, изучение вклада которых в депопуляцию северных монголоидов явилось целью исследования. **Материал и методы.** Изучены показатели распространенности и проведено клиническое обследование лиц с наиболее часто встречающимися психическими расстройствами (МКБ-10) среди северных (северо-азиатские и арктические) монголоидов, которые проживают в границах СФО и ДФО и являются аборигенами данных территорий.

**Результаты.** Выявлена высокая частота психических расстройств (ПР): ведущая нозология у мужчин (2/3 от ПР) – алкоголизм (максимален в возрастной группе 28–



35 лет), у женщин – аффективные (депрессивные) расстройства. Зафиксирован рост суицидов, который в арктических районах Республики Саха (Я) среди малочисленных народов Севера составляет 48,3 на 100 тыс. человек населения. Злокачественность алкоголизма и алкогольных психозов (имеющих этнокультуральные особенности) определяет высокую смертность мужчин от суицида, несчастного случая и коморбидной патологии с деформацией половозрастной пирамиды в возрасте 25–40 лет.

**Вывод.** Среди коренных народов СиДВ актуальна полiproфессиональная превенция социально значимого спектра психических расстройств, связанных с аутодеструктивным (суицидальным) поведением, аффективной патологией, злоупотреблением алкоголем и другими ПАВ. Их рост сопровождается усилением процесса депопуляции в малочисленных этносах, этнокультуральная и междисциплинарная оценка причин которого позволит дифференцировать предпосылки к снижению уровня предотвратимой сверхсмертности среди коренных народов Севера.

#### ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Н. Д. Букреева  
(Москва)

В основе оптимизации деятельности психиатрических учреждений лежит совершенствование ее планирования, управления и финансирования. Существующие принципы не соответствуют потребностям общества. Реформа здравоохранения в целом и психиатрической службы, в частности, предусматривает: конкретизацию государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи: одноканальное финансирование учреждений здравоохранения; внедрение страховых принципов (деньги следуют за пациентом); мотивирование участников оказания медицинской помощи к постоянному повышению качества выполняемой работы и др.

Для их реализации в настоящее время психиатрическим сообществом подготовлены Порядки организации оказания психиатрической помощи и осуществления судебно-психиатрической экспертной деятельности. Разработаны стандарты медицинской помощи в области психиатрии и Протоколы ведения больных различными психическими расстройствами. Научно обоснованы принципы их использования в рамках внешних и внутренних взаиморасчетов между психиатрическими учреждениями и фондодержателями. Законодательной основой их применения в целях оптимизации психиатрической помощи послужит федеральный закон N 308243-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муници-

пальных) учреждений». Совокупность указанных законодательных, нормативных и методических документов позволят изменить правовое положение существующих психиатрических бюджетных учреждений, способных функционировать на основе рыночных принципов, без их преобразования и создать условия и стимулы для сокращения внутренних издержек и повышения эффективности их деятельности. Вступление его в действие будет способствовать: изменению механизмов финансового обеспечения бюджетных учреждений с расширенным объемом прав, переводя их с 1 января 2011 года со сметного финансирования на субсидии в рамках выполнения государственного задания; предоставлению права бюджетным учреждениям заниматься приносящей доходы деятельностью с поступлением доходов в самостоятельное распоряжение этих учреждений; устранению субсидиарной ответственности государства по обязательствам бюджетных учреждений с расширенным объемом прав и ряд других.

#### МИГРАНТЫ В БОЛЬНИЦЕ

М. А. Бурдуковский, Л. В. Елисеенко  
(Санкт-Петербург)

В повседневной практике психиатрам приходится часто использовать статью 9 Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», равно как и статью 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

Указом Президента РФ от 19.07.2004 года № 928 было утверждено Положение о Федеральной Миграционной службе. 18 июля 2006 года был принят Федеральный закон Российской Федерации № 109-ФЗ «О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации», который заложил предпосылки глубоких противоречий с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В соответствии со статьей 20 пунктом 2 данного Закона миграционному учету подлежали также и пациенты больниц, наравне с проживающими в гостиницах и прочее. Противоречие не бросалось в глаза, так как сам Закон по существу не действовал. И только после принятия Постановления Правительства РФ № 9 от 15.01.2007г. «Об утверждении Правил осуществления миграционного учета иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации» были установлены конкретные правила исполнения данного Закона. И теперь каждый руководитель психиатрической больницы обязан, невзирая на волю пациента, без разрешения суда в течение 24 часов информировать миграционную службу о факте помещения и пребывания больного в психиатрическом стационаре, заполняя «Уведомление о прибытии иностранного гражданина», документ, не относящийся к категории «ДСП».

Постановление Правительства РФ было опубликовано в «Российской газете» от 27 января 2007 г. N 17. До

сих пор данный документ не прошел регистрацию в Министерстве юстиции РФ. Однако в соответствии с ним полным ходом проводятся проверки рынков, гостиниц, промышленных предприятий, больниц, в том числе и психиатрических.

Ситуация, с которой столкнулись в частности больницы г. Санкт-Петербурга после проверок УФМС, неразрешимая. Вернее, решать ее должны как можно скорее законодатели. Но света в данном “законодательном туннеле” пока нет и не предвидится.

Таким образом, в настоящее время каждому главному врачу больницы при появлении в его учреждении лиц, не имеющих Российского гражданства, суждено сегодня делать свой собственный выбор: исполнять Закон РФ “О психиатрической помощи ...”, воздерживаясь от исполнения миграционного законодательства, но при этом быть готовым к долгой череде судебных разбирательств с совершенно неясным концом, или, понимая свою незащищенность, отложить Закон “О психиатрической помощи...” в сторону и выполнять Постановление Правительства РФ.

#### **СОСТОЯНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Р. Г. Валинуров, И. Ю. Ахмерова,  
Е. М. Евтушенко

(Уфа)

Структура психиатрической службы Республики Башкортостан на 1 января 2010 года представлена: тремя больницами, одним психоневрологическим диспансером, тринадцатью диспансерными психоневрологическими отделениями и кабинетами в районах и городах.

Число физических лиц врачей психиатрических специальностей, работающих в ЛПУ – 295, показатель обеспеченности врачами психиатрических специальностей составил 0,71 на 10 тыс. человек населения, коэффициент совместительства – 1,8. Всего в республике развернуто 3301 психиатрическая койка, из них детских – 165. Обеспеченность койками психиатрического профиля 8,2 на 10 тыс. человек населения. Психиатрами наблюдается 114511 больных, из них 46390 – на диспансерном учете, 68121 – в консультативно-лечебной группе. В 2009 году за психиатрической помощью впервые в жизни обратился 8671 пациент, из них 2557 детей в возрасте до 17 лет.

Показатель заболеваемости больных с психическими расстройствами составил 213,7 на 100 тыс. человек населения. Увеличение числа обратившихся за психиатрической помощью к специалистам связано с совершенствованием и внедрением методов профилактики и ранней диагностики психических расстройств, более активной позицией врачей-психиатров отдельных районов и горо-

дов. В структуре заболеваемости психическими расстройствами за последние три года отмечается рост пограничных расстройств, обусловленный обострением социально-экономических проблем и психологическими факторами, наблюдавшийся в последние годы. На протяжении анализируемых лет показатели заболеваемости психозами и шизофренией уменьшаются, выявляемость умственной отсталости в населении республики остается стабильной. Из общего числа больных, состоящих под наблюдением у психиатров, наибольшее число составляют больные в возрасте от 18 до 60 лет – 67,7%. Из 13362 больных, зарегистрированных у психиатра по поводу шизофрении, доля лиц трудоспособного возраста составляет 81%.

Число инвалидов с психическими расстройствами в 2009 году составило 29409 человек и по сравнению с 2007 годом возросло на 7%. В общем числе инвалидов 5,5% составляют больные с III группой инвалидности, 12,5% – дети-инвалиды в возрасте 0–17 лет включительно, 82% составляют инвалиды I-II групп.

Абсолютное число лечившихся стационарно больных на психиатрических койках составляет 16290 пациентов. Доля больных, пролеченных стационарно ко всем наблюдаемым психиатрами республики пациентам, в динамике трех лет уменьшается с 15,6% до 14,2%.

Оборот койки на протяжении нескольких лет остается стабильным – 4,9. Число дней работы койки в году увеличилось в связи с увеличением плана койко-дня (340) и составило 338,2. Средний койко-день лечившегося больного – 69,5.

Удельный вес повторно поступивших пациентов в динамике трех лет уменьшается, в 2009 году данный показатель составил 15,8%.

Доля больных, госпитализированных в психиатрические стационары в принудительном порядке в 2009 году, составила 16,3% от общего числа поступивших.

В структуре больных, лечившихся стационарно в 2009 году, больные с психозами составляют 58,9%, с шизофренией – 37,3%, пациенты с психическими расстройствами непсихотического характера – 29,8%, с умственной отсталостью – 7,9%, наркологические больные составили 3,4%.

Обзор состояния психиатрической службы РБ за последние годы отражает значительные позитивные изменения. К сожалению, неудовлетворительная материально-техническая и кадровая обеспеченность психиатрической службы на сегодняшний день не позволяет обеспечить истинные потребности населения в психиатрической, психотерапевтической, психологической и медико-социальной помощи. Остается низкая укомплектованность психиатрами в районах и городах. Неоднократные обращения к главам администраций и главным врачам районов и городов по вопросу укомплектования должностей врачей-психиатров положительного результата не принесли.

## МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТРУКТУР

Н. П. Ванчакова, Б. Б. Федоров, Н. А. Лапина  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Эффективность сотрудничества психосоматических и психиатрических структур отражается в состоянии больных, которые переводятся психиатрическими учреждениями в психосоматические отделения, и показателях летальности.

**Методы.** Стандартизированный анализ отчетной документации городского психосоматического центра за 2009 и 6 месяцев 2010 гг.

**Результаты.** В результате исследования выявлено, что все психиатрические стационары города регулярно переводили в психосоматический центр пациентов с сочетанием психотических и тяжелых соматических расстройств. Установлена корреляция между временем развития первых симптомов соматического заболевания, временем перевода в психосоматический стационар и исходом лечения в психосоматическом центре. Чем позже больной переводился, тем хуже были результаты. Установлена положительная корреляция между применением больших доз антипсихотических нейролептиков в психиатрическом стационаре с трудностями терапии и более худшими результатами лечения пациентов в психосоматическом центре. Подтверждена тенденция психиатрических учреждений завышать общую оценку состояния переводимых больных, что дезинформировало специалистов центра и приводило к дополнительным проблемам и трудностям в клинической работе.

**Заключение.** Выявлены организационные и терапевтические проблемы, которые препятствуют преемственности в лечебной работе психосоматических центров и психиатрических учреждений.

## АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ В РАБОТЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. М. Васильев, Н. И. Осатюк, Г. Г. Хомченко,  
И. С. Степанова, Н. С. Шкиря, С. С. Степанов,  
В. Ю. Абрамов  
(Омск)

Использование в Омской клинической психиатрической больнице имени Н.Н.Солодникова (далее – КПБ) автоматизированных систем управления (далее – АСУ) носит комплексный характер и охватывает все уровни учреждения. Отдел АСУ создан в 1992 году для получения статистических отчетов. Задачи отдела АСУ: учет объема и качества медицинской помощи; учет интегрированного коэффициента трудового участия врача; расчет усредненных показателей стоимости различных категорий пациентов; обучение персонала работе в рамках поставленных и реализуемых программ; взаи-

модействие с организациями для решения основных задач; систематизация и распространение опыта по вопросам АСУ в медицине. С помощью АСУ повысилась достоверность отчетов и сократились сроки их составления, появилась возможность оперативно принимать управленческие решения. Сейчас в больнице работает более 200 компьютеров, из них 150 включены во внутреннюю сеть, а 36 – подключены к сети интернет.

Для обеспечения защиты информации сети аппаратно разделены между собой, что делает невозможным проникновение из интернета во внутреннюю сеть больницы. Локальная сеть постоянно модернизируется и дает сотрудникам возможность работать в едином “информационном поле”. Это позволяет увидеть информацию о пациенте, независимо от того кем, когда и на каком этапе оказания помощи она вводилась; о работе отдельного подразделения и больницы в целом; получить данные о работе психиатрической службы области. Развитие вычислительной техники обеспечивает возможность использовать инновационные информационные технологии, базирующиеся на безбумажном получении, обработке, хранении и обмене информации. Данные хранятся в памяти ЭВМ, а доступ к ним, их изменение и обновление осуществляется по вычислительным сетям. Разумная формализация медицинской, административной и прочей деятельности лечебных учреждений при использовании персональных компьютеров – фундаментальная основа построения новой системы медицинского обслуживания на базе автоматизированных систем управления.

## СОЦИАЛЬНАЯ СЛУЖБА В СТРУКТУРЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Н. С. Власова  
(Санкт-Петербург)

Становление социальной работы, как особого направления, соотносится с переходом к биопсихосоциальной модели организации психиатрической помощи. Несмотря на сложности с комплектованием штатов на местах и незавершенностью нормативно-методической базы, деятельность специалистов по социальной работе и социальных работников в психиатрических учреждениях становится все более значимой. Естественным шагом в этом направлении является создание социальной службы, как отдельного подразделения стационара или амбулаторного психиатрического учреждения.

В Санкт-Петербургской городской психиатрической больнице №1 им. П. П. Кащенко первые социальные работники появились в середине 1990-х гг. Увеличение их числа и накопление опыта позволили в 2003 г. выделить отдельную социальную службу, включающую 7 специалистов по социальной работе и 10 социальных работников.

Курирует социальную службу заместитель главного врача по медицинской работе. Непосредственно координирует деятельность социальной службы один из специалистов по социальной работе.

Основными направлениями деятельности являются:

1. Социально-восстановительная работа (социально-бытовая и материальная помощь, восстановление социальных атрибутов, документов и социального положения больного).
2. Индивидуальная работа с пациентами.
3. Групповая работа с пациентами (психообразование, тренинги когнитивных и социальных навыков).
4. Работа с семьями пациентов (консультации и помощь в решении социальных и бытовых вопросов).

Сотрудники социальной службы объединены в особое структурное подразделение, но их работа охватывает все лечебные отделения больницы: обслуживающие “куст” (2–4 отделения) специалисты входят в состав полипрофессиональных бригад отделений своего “куста”. А сама служба является методическим центром, где проходит обучение персонал – врачи и медицинские сестры.

Создание социальной службы как структурного подразделения больницы позволило нарастить объем социальной работы, добиться ее унификации и повышения качества, в значительной степени разгрузить врачей и обеспечить полипрофессиональный характер помощи пациентам.

#### ОДНО ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ИННОВАЦИОННОГО ПОДХОДА В ПСИХИАТРИИ

В. С. Володин  
(Воронеж)

Для улучшения психиатрической помощи населению в нашей стране необходимо:

1. Организовать и провести тематическое усовершенствование по психосоматическим расстройствам как среди психиатров, психотерапевтов, наркологов, семейных врачей, так и узких специалистов: кардиологов, пульмонологов, гастроэнтерологов, эндокринологов, урологов, гинекологов, онкологов.
2. Проработать программу о медицинском психологе в системе оказания диагностической помощи населению в рамках как психиатрии, так и психосоматики. Подготовить медицинских психологов с целью оказания помощи по выявлению, диагностике и лечению лиц с психическими расстройствами.
3. Подготовить модульные программы по углубленной подготовке и переподготовке специалистов – детских психиатров и психотерапевтов, а также программ информированной подготовки специалистов первичного звена здравоохранения по проблемам детской психиатрии.

Создание организационных и практических мер, направленных на улучшение качества оказания психиатрической помощи населению, будет способствовать дальнейшему развитию системы охраны здоровья психически больных – взрослых и детей с улучшением показателей трудоспособности, снижением инвалидизации

населения, улучшением демографической ситуации в стране.

#### НОВАЯ ФОРМА ФИНАНСИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Ф. Ф. Гатин, Т. В. Гурьянова, Г. В. Горош  
(Республика Татарстан)

В Республике Татарстан в качестве пилотного проекта с 01.01.2009 г. предусмотрено сметно-бюджетное финансирование психиатрической помощи через систему ОМС. Подготовительным этапом являлось создание персонифицированной базы данных пациентов, разработка АС, утверждение клинико-статистических групп, затем, медико-экономических стандартов. Учитывая разнообразный контингент пациентов, при разработке клинико-статистических групп пребывание длительно болеющих учитывалось по факту пребывания в больнице. В начале совместной деятельности первичная медико-экономическая экспертиза ФОМС выявляла технические ошибки формирования счетов-реестров, которые совместно устранялись, дорабатывалась АС.

Данный вид финансирования сохранил атрибуты бюджетно-сметного, которое предполагало утверждение сметы доходов и расходов. Определение лимитов бюджетных ассигнований производилось строго в соответствии с Программой государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь. Тарифы на медицинские услуги по психиатрической помощи головному учреждению и его филиалам определялись индивидуально, исходя из сметных показателей и планового задания с применением повышающих коэффициентов к единому базовому тарифу. К сожалению, экономический кризис привел к снижению тарифа стоимости одного койко-дня с 584,21 до 537,65 руб., в условиях дневного стационара – с 235,58 до 216,81 руб., с 84,30 до 77,58 руб. – одного посещения и носил усреднённый характер.

Положительно то, что новая система финансирования позволила реально анализировать деятельности учреждения (персонифицированная база данных, вневедомственная экспертиза, точная статистика, возможность в Программе государственных гарантий пересмотра тарифов оказания медицинской помощи, относительных коэффициентов их стоимости), правильно распределять рабочее время специалистами и выполнять плановое задание, исполнять медико-экономические стандарты. Исчезла возможность приписок посещений в амбулаторной службе.

Отрицательным моментом данного финансирования явилось уравнивание стоимости койки разного профиля. Оплата труда сотрудников осуществлялась по разрядной сетке, в которой не предусматривалась система финансового стимулирования. Основные статистические показатели деятельности стационара остались стабильными. Сократилось среднее число дней пребывания больного на койке с 82 до 80 дней, вырос оборот кой-

ки с 4,1 до 4,3, при этом не произошло увеличения повторности поступлений в данном году, напротив, процент повторных поступлений уменьшился с 18,2 до 17,4%.

### ОПЫТ РЕГИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

К. М. Гебель, О. В. Лиманкин  
(Санкт-Петербург)

Движение потребителей психиатрической помощи, широко распространенное в т.н. развитых странах и оказывающее заметное влияние на совершенствование психиатрической службы, в России в настоящее время только разворачивается.

В 2005 г. в С-Петербурге при поддержке городской психиатрической больницы № 1 им. П.П.Кащенко начала работу инициативная группа, деятельность которой завершилась юридической регистрацией регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов вследствие психических заболеваний "Новые возможности". За прошедшие пять лет организация накопила полезный опыт и активно вовлекает в свою деятельность пациентов и их родственников.

Основными направлениями являются:

1. Работа с родственниками больных на базе учреждений амбулаторной психиатрической службы (психообразование, индивидуальная и групповая психотерапия, юридические консультации).
2. Участие в организации выставок художественных работ душевнобольных – в музеях Москвы, С-Петербурга и других городов.
3. Взаимодействие с органами государственной власти (администрация губернатора, Правительство города) – по вопросам улучшения лекарственного обеспечения, улучшения работы ПНИ и др.
4. Сотрудничество с другими организациями потребителей, такими, как "Невский клубный дом" (Санкт-Петербург), "Сингел" (Эстония), "Зигзаг" (Бельгия) – в форме встреч и семинаров.

В процессе работы мы столкнулись и с рядом проблем, сопровождающих в той или иной степени деятельность различных общественных организаций, объединяющих потребителей психиатрической помощи:

1. Отсутствие координации с другими партнерами, отсутствие патронажа федерального уровня, трудности с информационной, юридической и финансовой поддержкой.
2. Пассивность большинства родственников душевнобольных, которые предпочитают "оставаться в тени" из-за стигматизации и аутостигматизации.

Развитие диалога потребителей и организаторов психиатрической помощи особенно важно в свете того, что на "околопсихиатрической" сцене действуют организации, декларативно выступающие в защиту интересов

больных, но на деле преследующие свои, часто корыстные цели. Так, связанная с саентологической церковью Гражданская комиссия по правам человека, выступая с нападениями на психиатрию в целом, призывает больных отказываться от приема лекарств и обращения за психиатрической помощью. Ясно, что диалог с такими "партнерами", занимающими принципиально антипсихиатрическую позицию, лишен всякого смысла.

### ФИЛИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Г. М. Гершенович, А. С. Петров  
(Красноярск)

В соответствии с Постановлением Правительства Красноярского края в 2010 году проведена реструктуризация краевых психиатрических учреждений путем слияния восьми крупных (от 200 до 700 коек), географически удаленных до 500 км от г. Красноярска больниц и диспансеров, в единое юридическое лицо. Главная цель данного проекта – выведение психиатрической службы края из кризиса. Выбор филиальной модели реформирования определяется следующими ее преимуществами: аккумуляция финансовых средств по приоритетным направлениям деятельности, повышение эффективности использования материальных ресурсов, восстановление вертикали управления, формирование единого методического, информационного, локально-нормативного пространства, стандартов медицинских, административных технологий, возможность оперативного перераспределения потоков пациентов, повышение эффективности использования кадрового потенциала, снижение издержек на содержание вспомогательных служб (финансово-экономической, юридической, метрологической и т.д.). Для того, чтобы полностью реализовать возникающие при объединении возможности, необходимо провести внутреннюю перестройку психиатрической службы региона, создать новую функциональную и организационную структуру объединенных учреждений. Успешная реализации стратегии развития психиатрической помощи в условиях образования региональной филиальной сети возможна только на основе инновационного менеджмента, включающего формирование оптимальной, гибкой структуры психиатрических услуг, правильно выбранную модель управления филиалами, определяющую меру их самостоятельности, детально разработанные административные регламенты филиальной сети, развитие командных методов формирования и принятия решений (тренинговая работа по образованию команды заместителей и руководителей филиалов), эффективное мотивирование персонала, комплексное применение новейших информационных технологий как средства управления бизнес-процессами. Проводимая реорганизация психиатрической службы максимально соответствует по своему организационно-управленческо-

му и экономическому потенциалу масштабу и степени сложности, поставленным государством и обществом задачам по улучшению качества и доступности психиатрической помощи в условиях ограниченности финансовых ресурсов.

### **РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ КАЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

**О. А. Голдобина  
(Барнаул)**

Среди проблем повышения эффективности функционирования службы охраны психического здоровья система обеспечения качества оказания психиатрической помощи имеет особое значение.

В Алтайском крае с 2000 по 2008 гг. реализована концепция развития психиатрической службы, направленная на оптимизацию использования ресурсов, повышение качества оказания специализированной помощи. Проведена реструктуризация психиатрической службы в сторону значительного усиления амбулаторного звена, сокращения круглосуточного коечного фонда, развития стационарозамещающих технологий.

Увеличен штат участковых психиатров, медицинских психологов, социальных работников и специалистов по социальной работе. На сегодняшний день показатель обеспеченности местами дневных стационаров в крае значительно (в 2,3 раза) превосходит аналогичный средний по РФ, обеспеченность круглосуточными психиатрическими койками в 1,5 раза ниже аналогичного российского показателя.

Значимыми составляющими системы обеспечения качества определены: организация работы службы по принципу программно-целевого планирования; мониторинг основных показателей деятельности психиатрической службы, психического здоровья населения; организация работы медицинских регистровых систем; внедрение фармакоэкономического подхода с использованием ABC- и VEN- анализов, протоколов оказания помощи на разных этапах лечения.

Установлены критерии качества, организован их мониторинг с оценкой полученных результатов, использованием системы мотивации и экономического стимулирования медицинских работников к участию в деятельности по повышению качества специализированной помощи.

Выраженная положительная динамика приоритетных показателей работы службы в 2000–2009 гг. (снижение до 39,8 к/дней средней длительности пребывания больных в условиях стационара, до 8,2% – процента повторности госпитализации; уменьшение до 0,44% летальности на психиатрических койках; сокращение до 22,7 на 100 тыс. человек нас. (на 66,3%) первичного выхода на инвалидность; увеличение до 29,4% доли пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатри-

ческой помощи, в общем числе наблюдаемых больных), а также высокий показатель удовлетворенности населения медицинской помощью свидетельствуют об эффективности проводимых мероприятий, необходимости продолжения и совершенствования данной работы.

### **ПРЕДЛОЖЕНИЯ К РАЗРАБОТКЕ ОЧЕРЕДНОГО ПЕРЕСМОТРА МКБ (МКБ-11)**

**В. Б. Голланд, Б. А. Казаковцев  
(Москва)**

Действующий пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-10) значительно отличается от предыдущих. Его сопоставимость с МКБ-9, например, составляет около 40%. Россия на протяжении длительного периода участвует в коррекции и адаптации пересмотров МКБ. Начиная с 1968 года, в стране используются адаптированные варианты Класса IV в МКБ-7 (Группы 26, 27 и 28) и Класса V “Психические расстройства” в МКБ-8 и МКБ-9. Адаптированный для использования в России Класс V МКБ-10 “Психические расстройства и расстройства поведения” был утверждён Минздравом России 24 июля 1998 года.

Для предстоящего пересмотра МКБ требуется, на наш взгляд, применение следующего концептуального подхода. Наряду с сохранением при формировании МКБ-11 возможности для психиатров разных национальных школ донести до своего иностранного коллеги как можно более адекватное и разностороннее (многоосевое) понимание (видение) психического расстройства у конкретного пациента, следует, по опыту психиатров России и ряда других стран, учитывать необходимость уточнения диагноза в ходе длительного (иногда в течение всей жизни) наблюдения пациента в амбулаторных условиях. Это представляется важным для утверждения и дальнейшего внедрения в практику структурно-динамического подхода к диагнозу и прогнозу, в том числе социальному, при разных психических расстройствах. В данном отношении следует поддержать высказанное J.E. Mezzich (2005) мнение о том, что концепция диагноза должна включать в себя “формулу и процесс”, на которые нередко ссылаются как на “всесторонний диагноз”.

В ходе пересмотра класса V в МКБ-11 необходимо придать большее значение использованию таких общих понятий, как психотические расстройства, непсихотические расстройства, когнитивные расстройства. Необходимо также предусмотреть дальнейшую разработку понятийного аппарата для диагностики экзогенно-органических расстройств, психических расстройств при эпилепсии, соматических и соматоформных расстройств, вегетативных расстройств.

В целях обеспечения удобства использования практикующими врачами очередного пересмотра МКБ необходимо рассмотреть возможность не только создания алфавитного перечня всех используемых в классификации терминов, но также словаря дефиниций симптомов, синдромов и болезней.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТЧЁТНЫХ ДАННЫХ ДЛЯ  
ОЦЕНКИ ЧИСЛА БОЛЬНЫХ  
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,  
СНИМАЕМЫХ С ДИСПАНСЕРНОГО  
НАБЛЮДЕНИЯ**

Э. В. Голланд, В. Б. Голланд  
(Москва)

Начиная с 2010 г., в форме федерального статистического наблюдения № 36 “Сведения о контингентах психически больных”, появился новый показатель. В таблицах, в которых отражаются сведения о больных, находящихся под диспансерным наблюдением (табл. 2100) и больных, получающих консультативно-лечебную помощь (табл. 2110), в отдельной графе необходимо показать число больных, которые в течение отчётного года были переведены из группы консультативных больных в группу диспансерного наблюдения по разным причинам, но с соответствующими записями и пометками в медицинской карте амбулаторного больного и Карте обратившегося. Необходимо также показать число больных, переведённых из группы диспансерного наблюдения больных в группу консультативных больных, с записями и пометками в медицинской карте амбулаторного больного и Карте обратившегося за помощью.

При этом в графе 13 таблицы 2100 показывается число больных из числа состоящих на конец отчётного года под диспансерным наблюдением (графа 10), которые были переведены в течение года из группы больных, ранее получавших консультативно-лечебную помощь. Этот перевод может быть обусловлен как клиническими (отяжелением психопатологической картины заболевания, частыми госпитализациями, отсутствием устойчивой ремиссии и т.д.), так и социальными причинами (получением группы инвалидности, совершением общественно-опасных действий, потерей работы и др.) и зафиксирован записями о решении комиссии врачей-психиатров в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у-02) и в контрольной карте обратившегося (ф. № 030-1/у-02).

В графе 13 таблицы 2110 показывается число лиц из общего числа больных, получающих на конец года консультативно-лечебную помощь (графа 10), которые в течение отчетного года были переведены из группы больных, ранее находившихся под диспансерным наблюдением. Такой перевод производится по решению комиссии врачей-психиатров и является отражением улучшения клинического состояния пациента, состояния личностно-социального восстановления, стойкости и длительности ремиссии и может использоваться для их проверки. Этот перевод должен быть отражён в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у-02) и в контрольной карте обратившегося (ф. № 030-1/у-02).

Таким образом, можно будет рассчитать по отдельным клинико-нозологическим группам удельный вес числа больных, переведённых в течение года из группы диспансерного наблюдения больных в группу больных, ко-

торым оказывается консультативно-лечебная помощь в связи со стойким улучшением их состояния.

**РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ БРИГАДА  
В СТРУКТУРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОМОЩИ  
ДУШЕВНОБОЛЬНЫМ**

М. В. Горбунова, Е. Ю. Антохин, И. П. Кузнецов  
(Оренбург)

С целью расширения внебольничной помощи и повышения ее эффективности на базе ПНД Оренбургской психбольницы № 1 с 2007 г. организована реабилитационная бригада (РБ). Задачами РБ являются оказание комплексной помощи душевнобольным и их родственникам, осуществление связей с социальными службами города, общественными организациями. Состав РБ: психиатр – реабилитолог, клинический психолог, 2 психотерапевта, соц. работник, медсестра, специалист из центра занятости. Показания для курации РБ: пациенты с частыми обострениями и госпитализациями; состоящие на активном диспансерном наблюдении; имеющие нарушения режима амбулаторной терапии и низкий уровень комплаентности; с социальной дезадаптацией, проявляющейся в различных сферах социального функционирования. Противопоказания: явления психоза, сопровождающиеся дезорганизацией поведения; тяжелые сопутствующие заболевания; выраженное слабоумие. Решение о курации РБ принимается участковым врачом-психиатром с учётом рекомендаций клинического психолога и соц. работника при участии врача-реабилитолога. На каждого пациента заводится документация (карта реабилитации с реабилитационным маршрутом, заключения социального работника и клинического психолога). С учётом специфики амбулаторной работы составлены программы психосоциальной терапии, отличные от стационарных (психообразование, тренинги, например “тренинг трудоустройства”, как обязательные, так и по выбору пациентами и/или родственниками). Средняя длительность пребывания пациента в реабилитационной бригаде 1 месяц с посещением занятий 4–5 раз в неделю с рекомендацией прохождения повторных циклов раз в год. За 3 года курацией РБ охвачено 887 пациентов, число посещений составило 7500. Трудоустроено 80 инвалидов. Эффективность работы оценивается блоком психологических методик (диагностика копинга, самостигматизации, уровня социальной поддержки, когнитивно-поведенческих показателей).

**ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЗА  
ПЯТИЛЕТИЕ: ПРОТИВОРЕЧИВОСТЬ  
ТЕНДЕНЦИЙ**

И. Я. Гурович, Л. И. Сальникова  
(Москва)

Наметившееся некоторое снижение впервые выявленных в целом по России психически больных пока суще-

ственно не сказалось на выросшем за предыдущие годы зарегистрированном контингенте. Положительным является дальнейший переход от преимущественно биологической к биопсихосоциальной модели оказания психиатрической помощи и внедрение психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации в большинстве регионов, а также некоторое увеличение доли в психофармакотерапии психотропных средств новых поколений, обращение к качеству, взаимодействию с другими специалистами, в том числе первичной медицинской сети и пр. За истекшее пятилетие продолжился рост числа занятых в оказании психиатрической помощи психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, однако штатные возможности для этого еще далеко не исчерпаны. В части региональных служб (более 20) недостаточно делается для обеспечения учреждений этими специалистами (например, значительная часть регионов Центрального Федерального Округа и некоторые другие), что сдерживает развитие бригадных форм помощи. В то же время отрицательной тенденцией остается продолжающееся ослабление амбулаторной помощи: не всегда обоснованный рост консультативно-лечебной помощи за счет диспансерного наблюдения, в том числе больных психозами и шизофренией, тенденция к сокращению числа психиатрических, а также психотерапевтических кабинетов, уменьшение доли участковых врачей-психиатров, сниженное число посещений больных на 1 должность врача-психиатра, за исключением 2-х последних лет, при сохранении низкой доли посещений по поводу заболеваний. С 1990 года сокращена почти 1/4 коечного фонда страны (44358 коек), за пятилетие (2004–2008 гг.) сокращено 8915 коек. Даже с учетом того, что за это время было открыто 1794 места в дневных стационарах и добавлены указанные выше специалисты, за счет освободившихся средств, можно было бы открыть в России 130–140 отделений по 50 мест внебольничной реабилитации, настольчивого лечения в сообществе, реабилитационных общежитий, а открыты лишь единицы. Недостатки внебольничной помощи сказываются на уровне госпитализации, которая лишь несколько сократилась за 2 последних года (45,7 и 45,1 соответственно), снизилась, но остается высокой повторность поступлений в том же году (21,5%), больных шизофренией (27,7%), число больных, находящихся в стационаре свыше года (23,1%), длительность госпитализаций всех больных (75,7 к/дн.), шизофренией (105,4 к/дн.).

#### **ПСИХИАТРИЯ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НОВЫЕ РЕШЕНИЯ СТАРОЙ ПРОБЛЕМЫ**

Т. В. Довженко, В. Н. Краснов, А. Е. Бобров  
(Москва)

Психические расстройства отмечаются у 40–60% пациентов поликлиник, они негативно влияют на общее

состояние больных, обуславливают низкую комплаентность и неудовлетворенность населения оказанием медицинской помощи, препятствуют адекватному функционированию лечебных учреждений. Психиатрическая помощь на уровне первичного звена здравоохранения (ПЗЗ), несмотря на многолетние попытки ее улучшить, остается на недостаточном уровне, что связано с неопределенностью организационных моделей, медико-юридических норм, ведомственной и профессиональной разобщенностью.

С целью преодоления указанных затруднений была разработана стратегия психиатрического и медико-психологического сопровождения учреждений ПЗЗ. Стратегия направлена на повышение качества психиатрической помощи в поликлиниках через комплексное и согласованное осуществление организационных, образовательных и воспитательных мероприятий. При этом ключевой фигурой является участковый врач-терапевт или врач общей практики (семейный врач).

Суть разработанной модели состоит в обучении врачей ПЗЗ основным методам диагностики и лечения тревожно-депрессивных, легких когнитивных расстройств, формировании у них психологической компетентности и коммуникативных навыков, а также привитии норм профессиональной этики при работе с этой категорией больных. Указанный подход учитывает существующие нормативные и организационные возможности для сотрудничества психиатрической службы с муниципальными медицинскими учреждениями. Такое сотрудничество должно осуществляться по принципу "взаимодействия – прикрепления" (супервизии), когда психиатр (психотерапевт), не только формально консультирует больных с психическими расстройствами, но и обучает врачей ПЗЗ тактике и стратегии их ведения с учетом изменений соматического состояния и микросоциальной ситуации.

#### **ПРЕОДОЛЕНИЕ МИФОВ И СТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ЗАЛОГ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИИ**

Е. А. Дубицкая, Г. Н. Носачев, И. Г. Носачев,  
Ж. В. Киселева  
(Самара)

Среди мифов, посвященных тем или иным профессиям, первое место занимает медицина, а в медицине – психиатрия. Образ психически (душевно) больного в общественном сознании остается отрицательным, агрессивным и глупым, психические расстройства оцениваются как хронические, неизлечимые и приводящие к слабоумию, а диагноз – приговором и клеймом.

Категория психиатрического диагноза проявлялась в мифологии в трёх аспектах: дефинитивном (классификационном, номинативном), операциональном и социальном. На основе опросника "Психическое нездоровье в общественном сознании" (Ястребов В.С. и соавт. (2001) и кли-



нических и психологических интервью изучены ответы респондентов групп “Психиатры”, “Врачи других специальностей”, “Психологи”, “Общество” (все с высшим образованием) о их представлениях депрессивных расстройств.

В дефинитивном плане наименование “депрессия” было широко известно всем респондентам. Классификационный подход был известен только врачам и чётко – лишь психиатрам, остальные респонденты испытывали затруднения и широко использовали его вне психиатрии. Операциональный аспект диагностики совпадал только у психиатров, врачи других специальностей и психологи ориентировались на инструментальные методики, психологические тесты, респонденты группы “Общество” – на здравый смысл. Клинико-психопатологический метод не был популярен даже у респондентов-психиатров. Социальная диагностика депрессий была ещё более разбросана: от нитя, скуки, лентяев до тяжелого неизлечимого хронического заболевания с потерей трудоспособности, социального статуса человека и гражданина с утратой прав и обязанностей.

#### **ОСНОВЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПАЦИЕНТОВ И ЧЛЕНОВ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ**

О. В. Дудкина, Р. Ф. Привалова,  
Ю. А. Вьюшкова

(Омск)

Реабилитационный психиатрический дневной стационар является структурным подразделением БУЗ 00 “КПБ им. Н.Н. Солодниковой”. При поступлении каждый пациент проходит индивидуальный курс реабилитационных мероприятий, разработанный полипрофессиональной бригадой с учетом его потребностей, особенностей и пожеланий. Взаимодействие членов бригады с пациентами основано на таких понятиях, как “диалог”, “сотрудничество” и “опека”.

В структуре диалогового взаимодействия преобладают эмоциональные и когнитивные компоненты, направленные на развитие и повышение уровня эмпатии, чувства партнерства, умения избегать стереотипности в восприятии других, гибкости мышления, умения видеть свою индивидуальность, адекватно принимать и оценивать свою личность. Это осуществляется в процессе индивидуальной и групповой работы.

Сотрудничество подразумевает совместное определение видов деятельности, планирование, распределение сил и времени в процессе реабилитационных мероприятий на основе возможностей пациента, выработку комплайенса, формирование социальной активности.

Опека, в данном контексте, рассматривается как забота, которая не унижает достоинства “опекаемого”, не формирует потребительского отношения к жизни, и направлена на самостоятельный поиск решения различных проблем, при активной поддержке со стороны участников бригады.

Подобная структура взаимодействия участников полипрофессиональной бригады и пациентов позволяет установить доверительные, партнерские отношения. Пациент пребывает в атмосфере взаимопонимания, эмоциональной комфортности, чувствует себя значимым и защищенным, что благотворно сказывается на его психологическом состоянии, тем самым осуществляется восстановление индивидуального и общественного статуса, возникает желание сохранить сложившуюся систему взаимоотношений.

#### **О ПРАВОВЫХ АСПЕКТАХ ФОРМУЛИРОВАНИЯ ДИАГНОЗА ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА**

А. Л. Дьяконов, Л.К. Хохлов

(Ярославль)

Диагноз психического расстройства всегда имел правовую значимость, социальный резонанс, социально-правовые последствия. В Законе РФ “О психиатрической помощи...” содержится требование к унификации диагноза: он должен ставиться в соответствии с международными стандартами. Это требование Закона не всегда учитывается на том основании, что МКБ-10 – классификация чисто статистическая, стандартизация исключает индивидуальную творческую работу врача, возможности индивидуализации диагноза, что имеется более приемлемая отечественная систематика психических расстройств, которой и следует пользоваться. В результате на территории России расхождения в показателях общей заболеваемости даже по крупным группам заболеваний иногда достигают сотен раз (А.А. Чуркин). В современный период больные имеют более широкие возможности обращаться к разным психиатрам, работающим в разных учреждениях и городах. При этом выставляются и несовпадающие диагнозы. Это приводит к судебным конфликтам: возможности обратиться в суд сейчас расширились. Ссылки на то, что диагноз – понятие статистическое, здесь мало помогают. И в действительности диагнозы по МКБ-10 в практической работе получили такое же реальное значение, как диагнозы, выставляемые до её введения: они значатся во всех медицинских документах. МКБ-10 предоставляет довольно широкие возможности (обилие рубрик, допускаются коморбидность) для формулирования диагноза (в повседневной психиатрической практике далеко не все рубрики МКБ-10 используются). Да и не запрещается детализация диагноза. Но несомненно: МКБ-10 несовершенна и непривычна. И при всех обстоятельствах (в т.ч. и при наличии новой МКБ) необходимо создание и принятие официально утвержденной (обязательно и съездом российских психиатров) общенациональной систематики психических болезней. Пока в нашей стране функционируют классификации психических заболеваний, представляющие лишь отдельные психиатрические школы или научные коллективы. Они могут послужить основой для общенациональной классификации.

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА КАК ОСНОВА  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА  
К ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
В СОМАТИЧЕСКИХ ЛПУ**

Е. В. Елфимова, М. А. Елфимов

(Москва)

“Процесс обеспечения качества носит непрерывный циклический характер. Реализуя комплексные клинически обоснованные программы для конкретных больных, врач должен оптимизировать этот процесс, используя имеющиеся структурные подразделения службы, их ресурсное обеспечение, а также унифицированные подходы к технологическим процессам оказания помощи” [Дмитриева Т.Б., 2003]. Учитывая, что различные лечебные учреждения имеют различные материально-технические возможности, а в соматических лечебных учреждениях при оказании психиатрической помощи в ведении больных принимает участие большое количество специалистов, имеется необходимость создания собственных клинических путей ведения больного – технологической карты.

Технологическая карта основывается на клинических руководствах, передовом клиническом опыте, нормативных отраслевых документах. Она должна быть адаптирована к условиям лечебного учреждения и являться методическим пособием (руководством) для врачей. Для ее разработки создается междисциплинарная рабочая группа из врачей данного лечебного учреждения. Оказываемая медицинская помощь на основе разработанной технологической карты позволяет скоординировать действия всех участников в процессе ведения больного с установленным диагнозом в пределах имеющихся условий и ресурсов. При этом процесс управления качеством психиатрической помощи соматическим больным носит непрерывный и замкнутый характер: от этапа создания проекта ведения больного, мониторинга соблюдения технологического процесса в ходе текущей и заключительной экспертизы до внесения изменений в разработанную технологическую карту на основе проведенного анализа технологических отклонений при ведении больного.

**ДИНАМИКА КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ  
ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ  
С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

Е. Е. Ершов

(Санкт-Петербург)

Туберкулез, возможно, не в меньшей степени, чем психические расстройства, приводит к социальной изоляции и стигматизации больных. Это определяет особую сложность задачи по интеграции таких пациентов в общество.

С целью изучения клинико-социальных характеристик данной категории больных в С.-Петербургской психиат-

рической больнице № 1 им. П.П.Кашенко проводится исследование, охватывающее период с 1958 года (т.е. более полвека). Информация из медицинских карт больных, проходивших стационарное лечение в психотуберкулезных отделениях, заносится в специально разработанные карты, а затем обрабатывается с помощью пакета компьютерных программ. Полученные данные позволяют сделать некоторые обобщения.

В течение последних двух десятилетий общее число пациентов снижается, при этом отмечается их “постарение” (преобладание пациентов старше 50 лет). Заметно возросла доля лиц, длительность заболевания которых составляет свыше 10 лет (до 70%). Число больных, основной причиной госпитализации которых является алкоголизм, уменьшается; одновременно нарастает доля пациентов с деменцией органического генеза, шизофренией и олигофренией. В 1960–1970-е гг. доминировали лица, имеющие группу инвалидности в связи с туберкулезом (до 60%), в настоящее время более 80% пациентов – инвалиды по психическому заболеванию. Несмотря на значительное расширение спектра фармакотерапии – как психических заболеваний, так и туберкулеза, сроки стационарного лечения данной группы пациентов остаются достаточно длительными – свыше 200 дней. Большинство обследованных помимо психического заболевания и туберкулеза имеют одно или несколько коморбидных заболеваний. Стабильно высока доля пациентов, злоупотребляющих алкоголем (до 70%). В 1980–1990-х гг. отмечался резкий рост доли судимых (до 56%), но в последующие годы она снизилась до 30%.

Полученные данные позволяют говорить о том, что по своим клинико-социальным характеристикам психически больные с туберкулезом легких, находящиеся на стационарном лечении, устойчиво представляют проблемную группу пациентов.

С учетом разнообразия указанных проблем, система помощи, адресованная этим пациентам, должна носить комплексный и мультидисциплинарный характер, включать широкий спектр лечебных и реабилитационных мероприятий.

**ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ  
ИНВАЛИДОВ**

Н. П. Жигарева

(Москва)

В реабилитационном пространстве ПНИ, представленного жилой, социально-терапевтической, социально-трудовой, профессионально-образовательной, социально-культурной, медико-профилактической, физкультурно-оздоровительной и духовной средой, процесс многоаспектной реабилитации осуществляется различными специалистами: психиатрами, психологами, терапевтами, логопедами, специалистами по социальной работе, методистами, юристами и др.

Полипрофессиональные бригады определяют оптимальный выбор объема и последовательности этапов реабилитационного сопровождения.

Медицинское сопровождение характеризуется ранним включением и отражает нозологическую и синдромологическую диагностику, определение уровня реабилитационного потенциала, выявление характера функциональных нарушений и степени реабилитационного прогноза. Оно носит “сквозной характер”, т.к. на всем протяжении трудовой и социальной реабилитации инвалиды нуждаются в мониторинге состояния здоровья, корректировке медикаментозного воздействия, дозировке физической и интеллектуальной нагрузки.

Психолого-педагогическое сопровождение отражает необходимость личностно-психологической диагностики, выявления степени сформировавшихся либо утраченных личностных свойств. Оно включает оценку познавательных функций инвалидов, степени сформированности/распада социально-значимых навыков.

Юридическое сопровождение обеспечивает пребывание инвалидов в правовом поле, которое отражает их право на социально-бытовое устройство, медицинское обслуживание и лечебно-трудовую деятельность. Оно актуализируется на этапе трудоустройства инвалидов, защищая их права на работу в специальных условиях.

Все “сопровождающие” направления тесно интегрированы, что в перспективе обеспечивает единство реабилитационного процесса в рамках единого реабилитационного пространства.

### **ПЕРСПЕКТИВЫ АМБУЛАТОРНОГО ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**С. В. Зиновьев**

*(Санкт-Петербург)*

По нашим данным, группа совершивших противоправные и общественно-опасные действия психически больных составляет 1–1,5% от всего наблюдаемого амбулаторной сетью контингента. Несмотря на кажущуюся малочисленность, их долгосрочное ведение представляет немалые трудности: не менее половины этих больных нуждаются в постоянной поддерживающей терапии, столько же систематически употребляют психоактивные вещества, пациенты неохотно соблюдают комплаенс, часты поведенческие расстройства и грубая десоциализация. На базе психоневрологического диспансера нами предпринят проект долгосрочной бригадной работы с данной группой пациентов, включающий в себя три главных направления: 1) долгосрочная поддерживающая психофармакотерапия с широким использованием пролонгированных нейрореплетиков и тимостабилизаторов; 2) полноценный контакт с ближайшим окружением пациентов (родственники, соседи, органы правопорядка, дру-

гие пациенты) с созданием постоянно активного “лечебно-охранительного поля”; 3) структурирование свободного времени через адаптивное поведение (клубно-кружковая работа, психообразование, проведение культурных мероприятий, социально-правовая и бытовая помощь). Все это наиболее осуществимо на базе создающихся в амбулаторной сети отделений реабилитации, становящихся незаменимым инструментом интеграции этих сложных в ведении пациентов в общество. Кадровый потенциал и материальная база данных отделений позволяет успешно исправлять поведенческие нарушения, обеспечивать постоянную лекарственную поддержку со снижением количества госпитализаций и способствовать повышению социальной адаптации больных во всех сферах.

### **ХАРАКТЕР МЕЖЛИЧНОСТНОЙ КОММУНИКАЦИИ “МЛАДШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ – БОЛЬНОЙ” В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Е. Ю. Зубова, Я. С. Оруджев, Е. А. Козленко**  
*(Волгоград)*

Характер взаимоотношений младшего медицинского персонала с психически больными формирует психотерапевтическую или ятрогенную среду, которая определяет эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях круглосуточного стационара. Результат анонимного анкетирования 101 сотрудника выявил потребность младшего медицинского персонала дистанцироваться от пациентов в связи со стигмой категории “психически больной”, доходящей до дискриминации: 97±1,3% младших медработников не допускали возможности вступления с больными в брак, 80,2±4% – иметь детей, 70,3±4,5% сообщили, что из-за психической болезни общение с пациентами для них затруднительно, каждый третий забывал, о чем их просил больной (33,7±4,4%), не воспринимал жалобы пациентов всерьез (30,7±4,6%), не считал нужным скрывать к ним свое пренебрежение (31,7±4,6%). Только 44,6±4,9% младших медработников верили в успех лечения психического заболевания. “Психически больной” воспринимался в отрыве от “психической болезни”, что приводило к низкому уровню эмпатии. Ятрогенное и стигматизирующее влияние неудовлетворительного характера межличностной коммуникации “младший медицинский персонал-больной” требовало включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий групповых обучающих программ, тренингов и индивидуальных занятий с медицинским персоналом, целью которых являлась коррекция взаимоотношений медперсонал-пациент, основанная на дестигматизации и повышении роли младших медицинских работников в лечебно-реабилитационном процессе.

### МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА: ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

В. В. Казенных, В. Ф. Лебедева, Л. П. Якутенок  
(Томск)

Организация лечебно-диагностического процесса в психиатрическом стационаре является очень трудоемкой и требует хорошо налаженной работы многих структурных ее подразделений. Одним из важных звеньев этого процесса является организация терапевтической службы. Круг обязанностей врача-терапевта психиатрического стационара настолько велик и многообразен, что ограничить его только рамками консультативного осмотра психически больного или курирования больных с сопутствующими соматическими заболеваниями не представляется возможным. Организованная терапевтическая служба в психиатрическом стационаре имеет значение не только для своевременной и правильной диагностики и лечения сопутствующих соматических, но и основных психических заболеваний, а также для систематического уменьшения летальности, профилактики острых инфекционных заболеваний и осложнений, которые нередко возникают при применении новых психотропных препаратов. Нами систематизированы основные соматические заболевания, коморбидные с психическими расстройствами. Выявлено преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы (57,0%). У 14,8% пациентов диагностированы заболевания гепатобилиарной системы, у 14,0% – желудочно-кишечного тракта, церебральным атеросклерозом страдали 10,7% пациентов, заболеваниями мочеполовой системы – 9,7% и 7,3% – эндокринными расстройствами. Выявлены четкие взаимосвязи между психическим состоянием, выраженностью соматической патологии, подтвержденных дополнительными методами обследования. Комплексные программы реабилитации, включающие помимо базисного курса психотропной терапии, коррекцию соматического статуса, позволяют получить хороший терапевтический эффект, следствием чего является улучшение социального функционирования и качества жизни пациентов в целом.

### КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

И. А. Кальченко, И. Р. Семин  
(Томск)

На 1 января 2008 года в диспансерном отделении Томской областной клинической психиатрической больницы на активном диспансерном наблюдении (АДН) находилось 230 пациентов, проживающих в Томске. Это были больные, совершившие общественно опасные дей-

ствия (ООД) и после признания их невменяемыми прошедшие принудительное стационарное лечение – 98 человек (1 группа), а также взятые на АДН по инициативе врачей диспансера – 132 человека (2 группа).

Соотношение больных мужского и женского пола в 1 и 2 группах больных достоверно различалось: в 1 группе было всего 15,3% пациенток женского пола, а во 2 – 30,3% ( $p < 0,01$ ).

При изучении нозологической структуры психических расстройств у пациентов 1 и 2 групп было установлено, что 75,7% страдают расстройствами шизофренического спектра (все формы шизофрении и шизоаффективные расстройства), которые составили 79,6% – в 1 группе, и 73,5% – во 2. Больные с умственной отсталостью (УО) составили 10,2% в 1 группе и 9,8% – во 2. Психические расстройства в связи с эпилепсией диагностированы у 9,1% пациентов в 1 группе и у 7,4% – во 2. Расстройства личности составили 2,0% в 1 группе и 5,3% – во 2. В единичных случаях встречались органическое бредовое и биполярное аффективное расстройство. Более половины (51,0%) пациентов 1 группы не наблюдались психиатрами до совершения ООД, во 2 группе только 1,5% больных не наблюдались психиатрами до постановки на АДН ( $p < 0,001$ ).

Анализ семейного положения психически больных, находящихся на АДН, показал, что в обеих группах преобладали больные, не имеющие собственной семьи: в 1 группе они составили 84,7%, во 2 группе – 85,0%.

Оказалось, что в первой группе более 90%, а во второй более 80% больных имеют группу инвалидности, однако 65,3% в 1 и 72,3% во 2 группе временно или постоянно работают, как правило, без оформления трудовых отношений, что приводит к своеобразной эксплуатации пациентов и увеличивает риск повторных ООД.

### ЗАПРОСЫ ЭПОХИ НА “ПЕРЕЗАГРУЗКУ” ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ

А. М. Карпов, Д. Г. Семенихин  
(Казань)

За годы социально-экономических и идеологических реформ в России значительно изменилась биопсихосоциальная структура причин и клинических проявлений психических расстройств. Доля социальных и информационных составляющих резко возросла и превзошла долю биологических составляющих. Авторитетными государственными деятелями – председателем Совета Федерации С.М. Мироновым, директором ФСНК В.П. Ивановым, академиком РАМН Н.М. Римашевской, доктором наук Н.Е. Марковой и другими учеными на заседании Совета Федерации в 2008 г. признано, что главной причиной роста распространенности алкоголизма, наркомании, курения и асоциального поведения является целенаправленное информационно-психологическое воздействие СМИ, навязывающее населению патологические варианты поведения и неадаптивные стратегии приспо-

собления к жизни. Здравоохранению противостоит гораздо более мощная система здраворазрушения, сориентированная на психическое и духовное здоровье. Распространенность психических расстройств среди детей школьного возраста достигла 90–95% (А.А. Копанева, И.Ф. Тимербулатов, 2008), потребителями пива стали 33% юношей, 20% девушек и 75% населения (Т.А. Голикова, 2009). Более того, в печати появился термин шизофренизация, который ввел не психиатр, а доктор физико-математических наук Г.М. Малинецкий (2010). Он определил этим термином организацию и результативность деятельности современной управленческой элиты. Эти и другие факты являются мощнейшим вызовом психиатрам, на который нам надо ответить.

Если главными причинами психических расстройств признаются социальные и информационно-психологические, то и противодействие им должно быть в этих сферах.

Таким образом, появился запрос на разработку новых направлений развития психиатрии – защиты психического здоровья населения от целенаправленного разрушения СМИ, шоу-бизнесом и управленцами своей страны. Психиатрия является разделом клинической медицины, стоящей на базе биологических представлений об этиопатогенезе психических расстройств и преимущественно фармакологической их коррекции, не изменяющей ситуации в целом. Для выполнения своих задач перед обществом в современную эпоху психиатрам нужно, сохраняя клиницизм, выйти за медицинские границы профессиональной деятельности, разработать теоретическое и методическое обоснование экспертизы на ментальную безопасность продукции СМИ, шоу-бизнеса и управленческих решений, а также технологии для самозащиты психического и духовного здоровья населения. Есть варианты решений проблемы, которая заслуживает обсуждения на Российском съезде психиатров.

### ПСИХИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПОПУЛЯЦИИ ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

И. В. Кичигина, Н. В. Говорин, А. В. Сахаров  
(Чита)

**Цель исследования:** изучить эпидемиологические особенности психической патологии у лиц призывного возраста в Забайкальском крае.

**Методы исследования.** На базе Военно-врачебной комиссии в период осеннего призыва 2009 года было проанализировано 306 личных дел подростков 1991 г.р. с психиатрическими диагнозами.

**Результаты.** За призывную кампанию было признано негодными к военной службе 926 подростков. При этом на психиатрическую патологию пришлось 306 случаев (33,1%).

41,8% от всех психических расстройств составило инфантильное расстройство личности, 31,1% – умственная

отсталость, далее идут транзиторное расстройство личности – 14,1%, другие расстройства личности – 5,2%, органическое расстройство – 4,9%, шизофрения – 0,7%, заикание – 0,3%, употребление каннабиноидов с вредными последствиями – 1,6%, зависимость от алкоголя – 0,3%.

При этом, проживали в малообеспеченных семьях 52,9% призывников с психической патологией. Семья являлась многодетной у 27,5% призывного контингента, неполной – у 24,8%. Патология течения беременности и родов выявлена у 11,1%.

Среди исследуемого контингента наследственность былаотягощена алкоголизмом близких родственников у 52%, умственной отсталостью – у 7,2%, самоубийством – у 3,9%, расстройством личности – 2,3%, шизофренией и эпилепсией – по 1,6%.

**Выводы.** В структуре психической патологии у призывников в Забайкалье лидируют инфантильное расстройство личности и умственная отсталость. Большинство данных юношей проживают в сельской местности, в малообеспеченных, многодетных и неполных семьях, их наследственность преимущественно отягощена алкогольной зависимостью родителей.

### НЕИЗВЕСТНЫЕ ПАЦИЕНТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

А. П. Кольцов, М. А. Ландышев  
(Рязань)

Организация установления личности неизвестных пациентов, розыска их родственников является одной из функций лечебно-реабилитационного отделения – социальной службы нашего учреждения. Неизвестным считается пациент, не имеющий документов, удостоверяющих личность, или с документами, вызывающими сомнения в их принадлежности больному, не известным медицинскому персоналу и, по психическому состоянию, не сообщаящий о себе достоверных сведений. Так предписывает совместный приказ МВД РФ и МЗ РФ “О мерах по предотвращению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами”. В ходе данного исследования изучены все случаи госпитализации неизвестных в наше учреждение за последние два года. В таблице представлены сведения о нозологическом составе неизвестных.

Диагноз	Количество пациентов (чел.)	
	2008 г.	2009 г.
Умственная отсталость	1	2
Деменция	7	6
Шизофрения	1	3
Ретроградная амнезия	1	1
неясной этиологии		
Симуляция	–	1
Итого:	10	13

В связи с недостаточной эффективностью работы правоохранительных органов, установление личности каждого неизвестного требует серьезных усилий социальной службы. Нами выработана программа инструментальной социальной поддержки данной целевой группы пациентов, включающая в себя подробнейший сбор анамнестических сведений, тщательный анализ полученной информации, составление плана мероприятий, привлечение к розыску служб сообщества (правоохранительных органов, служб социальной защиты, миграционной службы, средств массовой информации). **Результаты:** за два года нам удалось установить личность двадцати пациентов (не установлена у троих). Для помощи двоим из трех мы обращались в суд, который установил факты, имеющие юридическое значение (имя, возраст, гражданство и др.). На основании решения суда больным выданы новые документы. Работа с третьим пациентом продолжается. **Вывод:** разработанная в нашем учреждении программа реабилитации неизвестных лиц доказала свою высокую эффективность.

#### АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

О. Н. Костиков, А. П. Гиляровская,  
М. И. Дерябина  
(Тамбов)

В Тамбовской психиатрической больнице внедрение новых инновационных подходов к организации реабилитационных мероприятий для пациентов с длительным пребыванием в стационаре стало возможным благодаря проводимой ежеквартальной оценке качества психиатрической помощи с позиций пациентов и их близких, которые в 80% случаев указали на необходимость занятия физической культурой и ведения здорового образа жизни. По их мнению, это позволит удовлетворить их потребность в движении и стабилизировать эмоции, научить владеть своим телом, развить не только физические качества, но также умственные и творческие способности, нравственные качества и т.д. Одной из методик является использование средств адаптивной физической культуры. Для повышения эффективности физической культуры больных в реабилитационном отделении в полипрофессиональную бригаду в 2009 году включен специалист по адаптивной физической культуре. С появлением специалиста по адаптивной физической культуре с педагогическим образованием и узкой специализацией удалось индивидуально подойти к оценке физического состояния каждого пациента. На региональные соревнования "Лыжня России – 2010" была выставлена команда участников из числа пациентов. Команда прошла предварительную подготовку на спортивной базе реабилитационного отделения, была полностью экипирована и

ознакомлена с целями и задачами предстоящих соревнований. Команда состояла из 6 человек (1 женщина и 5 мужчин) в возрасте от 23 до 50 лет с диагнозами: шизофрения и органическое поражение ЦНС. Участие в соревнованиях, как собственно и сама подготовка к ним, оказали положительное влияние на физическое и психическое состояние больных, вызвали интерес и желание участвовать в них у лиц, не попавших в этом году на соревнования.

Использование занятий физкультурой и спортом в психиатрических стационарах способствуют повышению стремления инвалидов к активной жизнедеятельности и адаптации в обществе, положительно воздействует на духовный мир, их нравственность, эстетическую культуру, культуру общения, творческие способности и т.д. По этой причине в составе полипрофессиональной бригады психиатрических больниц считаем необходимым участие специалиста по адаптивной физической культуре.

#### ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПСИХИАТРИИ

А. П. Коцюбинский, Н. С. Шейнина,  
Б. Г. Бутوما, И. О. Аксёнова, Т. А. Аристова,  
Н. А. Пенчул, Ю. В. Мельникова  
(Санкт-Петербург)

В качестве системообразующего фактора в функциональном диагнозе рассматриваются адаптационно-компенсаторные возможности пациента, что принципиально отличает функциональный диагноз от диагноза многомерного. Задачами функциональной диагностики является определение функциональной недостаточности: уровня «социальной компетентности» в основных сферах деятельности. В данном контексте рассматриваются три ряда характеристик: болезнь (клинико-биологический блок функционального диагноза), личность (психологический блок), социальный статус и окружение больного (психосоциальный блок). Клинико-биологический блок функционального диагноза отражает особенности заболевания у конкретного пациента и заканчивается установлением индивидуального клинического диагноза. Качественный и количественный анализ различных сторон психологической дезадаптации каждого пациента позволяет сформулировать психологический диагноз. Анализ данных, составляющих социальный блок функционального диагноза, позволяет определить цели и задачи программы ресоциализации конкретного пациента.

Результирующими показателями данных трёх блоков функционального диагноза являются интегративные характеристики биопсихосоциального функционирования: 1) тип приспособительного поведения; 2) уровень функционирования в различных социальных сферах; 3) качество жизни.

Анализ всех параметров функционального диагноза позволяет конструировать индивидуальные современные программы реабилитации и ресоциализации психически

больных. Это становится особенно актуальным при современном полипрофессиональном бригадном методе ведения больных и установке на интеграцию различных подходов, когда только целостная оценка состояния пациента позволяет специалистам разного профиля сформулировать цели и задачи, стоящие перед каждым из членов бригады.

#### ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

А. А. Краснов, С. Н. Козлова  
(Санкт-Петербург)

Обследовано 374 пациентов клиники психиатрии (средний возраст  $34,2 \pm 8,5$  лет) с невротическими расстройствами (14,4%); депрессивными состояниями (16,3%); наркоманией (22,2%); синдромом зависимости от алкоголя (14,2%); шизофренией (13,1%); отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (19,7%). Использовались клинический, клиничко-архивный, лабораторный инструментальный и статистический методы.

Результаты обследования показали высокую долю лиц с соматической патологией среди пациентов (64,7%). Выявлялись заболевания сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда (1,2%), аритмии (0,9%), нейроциркуляторная дистония (8,8%), заболевания миокарда (22,5%), гипертоническая болезнь (11,4%); заболевания желудочно-кишечного тракта: хронический гастродуоденит (5,4%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (2,2%), заболевания желчного пузыря (5,9%), заболевания поджелудочной железы (16,1%), заболевания печени (20,1%); эндокринная патология: сахарный диабет (0,6%), заболевания щитовидной железы (1,5%), ожирение (3,1%); гепатиты В и С (25,8%), ВИЧ-инфекция (6,2%). Удалось выявить статистически значимое преобладание заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов с невротическими, аффективными расстройствами и шизофренией ( $p < 0,05$  по критерию  $\chi^2$ ), при этом заболевания миокарда встречались при шизофрении вдвое чаще, чем при невротических и аффективных расстройствах. Гипертоническая болезнь преобладала у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (5,3%) и отдаленными последствиями ЧМТ (31,7%). Заболевания желудка и кишечника в равной степени отмечались у пациентов с различными психическими расстройствами (в среднем  $1\% \pm 0,6\%$ ). Отмечено преобладание ожирения у больных шизофренией ( $p < 0,05$  по критерию  $\chi^2$ ).

Проблемы оказания терапевтической помощи в условиях психиатрического стационара включали: ограниченную возможность обследования, частое выявление токсического и побочного эффекта психотропных пре-

паратов и ограниченную возможность снижения их дозировки, трудность сбора полного анамнеза из-за непродуктивности контакта, нередкую стертость проявлений соматического расстройства из-за психического состояния больного, полипрагмазию.

#### НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА КАК ФАКТОР, ВЛИЯЮЩИЙ НА СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАБОТАЮЩИХ

С. В. Кузьмина, К. К. Яхин  
(Казань)

С целью анализа распространенности состояний психической дезадаптации среди лиц, работающих в условиях воздействия шума, комплексного воздействия шума и вибрации, было обследовано 334 человека. Для этого была использована методика скрининга уровня невротизации, включающая в себя шесть шкал: астении, тревоги, непсихотической депрессии, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений и вегетативной дисфункции. По результатам обследования, лица каждой профессиональной группы были разделены на три группы: лиц со стабильной психической адаптацией, лиц с неустойчивой психической адаптацией и группу лиц с дезадаптацией. При таком подходе речь не идет о диагностике болезненных состояний, а лишь о количественном и качественном анализе тех признаков, которые могут встречаться как у здоровых, так и у больных с непсихотическими расстройствами.

Проведен анализ частоты возникновения различных вариантов психической адаптации и дезадаптации среди лиц, работающих в разных условиях производственной среды и трудового процесса. Полученные данные показывают, что удельный вес лиц с психической дезадаптацией в основной группе достоверно отличается от лиц контрольной группы. При проведении сравнения с группой контроля оказалось, что удельный вес лиц с психической дезадаптацией среди рабочих, не подвергающихся воздействию неблагоприятных факторов производства (группа контроля), относительно низок (18,25%), что характерно и для общей популяции населения. Полученные результаты свидетельствуют, что удельный вес лиц с психической дезадаптацией в основной и контрольной группах достоверно отличается между собой ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, можно сделать вывод, что лица, подвергающиеся воздействию таких производственных факторов, как шум и комплексному воздействию шума и вибрации, имеют большую, по сравнению с лицами контрольной группы, предрасположенность к срыву адаптационных возможностей и, как следствие, к более низкому уровню качества жизни.

**ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА  
АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

**В. Ф. Лебедева, С. Н. Мальцева**  
(Томск)

В условиях общемедицинской сети наиболее оптимальной формой специализированной помощи является модель интегративной медицины. В соответствии с этой моделью психиатр территориальной поликлиники осуществляет консультативный прием и лечение больных с психическими расстройствами, взаимодействует с интернистами, полноправно решая вопросы дифференциальной диагностики и лечебной тактики ведения пациентов.

Сформированы основные типы оказания лечебно-профилактической помощи: диагностический, лечебный, катамнестический. На диагностическом этапе формы участия врача-психиатра в психогигиенической помощи ограничиваются консультативно-методической и лечебно-консультативной помощью. Методы на диагностическом этапе – анкетирование, первичное или повторное консультирование, формирование основных групп наблюдения.

Лечебный этап осуществляется врачом-психиатром при участии врачей соматической поликлиники. Основные формы оказания лечебной помощи – амбулаторная либо стационарная.

Направление в психиатрический стационар больных, курируемых в поликлинике психиатром, необходимо в большинстве случаев – в 60,4% от общего числа всех больных, требующих курсовой или систематической терапии (17,5 на 1000 населения). Содержание катамнестического этапа лечебно-профилактической помощи составляет динамическое наблюдение психиатром больных.

Проводимые структурно-функциональные преобразования в практическом здравоохранении заключаются в решении его главной задачи – повышение качества медицинской помощи и усиление ее первичного звена службой специализированной психиатрической помощи. Общие принципы данных преобразований предусматривают доступность квалифицированной внебольничной помощи в необходимом объеме специалистами различного профиля, включая врачей-психиатров и психотерапевтов.

**ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
В XXI ВЕКЕ**

**Ю. В. Лебедев, Р. С. Тазлова**  
(Якутск)

Основными проблемами психического здоровья населения в XXI веке являются бытовое пьянство, низкий уровень физического здоровья подрастающего поколения, несоответствие организационных форм психиатрической помощи изменившейся структуре болезненности по психическим заболеваниям.

Здоровье населения в XXI веке будут определять психосоматические и саморазрушающие (болезни зависимости) заболевания человека. Данные заболевания имеют единую, общую причину – это низкий уровень качества жизни и неудовлетворенность ее условиями. Следует констатировать, что общесоматическая медицина по существу соединилась с психическими и поведенческими расстройствами личности.

По мере формирования бытового пьянства в форме систематического и привычного повышается толерантность, формируется периодичность эпизодов, высокая конформность, невозможность отказаться от выпивки (алкогольное поведение). В связи с этим бытовое пьянство следует рассматривать как начальную стадию алкогольной болезни.

В среднем по России лишь 10% выпускников школ абсолютно здоровы, в Республике Саха (Якутия) – всего 6%. Низкий уровень здоровья имеют и студенты Якутии. Установлено, что среди студентов-женщин 9% здоровых, среди мужчин – всего 4%.

Уже с середины XX века психиатрия психозов стала психиатрией пограничных состояний, которые по данным ВОЗ составляют 2/3 психических расстройств. Значительное несоответствие организационных форм психиатрической помощи изменившейся структуре психических расстройств не позволяют оказывать специализированную помощь в полном объеме. Законодательная база для совершенствования психиатрической помощи имеется, но отсутствует необходимое финансирование.

**ПЛАНИРОВАНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ С  
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА**

**О. В. Лиманкин**  
(Санкт-Петербург)

Биопсихосоциальная парадигма современной психиатрии предполагает, в том числе и оценку эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий с точки зрения всех сторон, задействованных в системе организации психиатрической помощи – специалистов, оказывающих помощь, организаторов здравоохранения и т.н. потребителей-пациентов и их родственников. Применяемые сегодня в психиатрии методы и инструменты такую оценку, охватывающую все разнообразие оцениваемых характеристик, сделать не позволяют.

Представляется, что решению этой проблемы может способствовать применение системного подхода, что подразумевает учет современных стратегий, совокупность актуальных для данной модели факторов и их иерархию, а также интересы всех вовлеченных сторон. Реализацией такого подхода стало проводимое в С-Петербурге изучение мнения профессионалов и потребителей о состоянии психиатрической помощи и перспективного ее развития.



Респонденты, число которых составило 660 человек, были разделены на равномерные группы: руководители учреждений; врачи; специалисты по социальной работе и медицинские психологи; социальные работники и специалисты по трудовой терапии; медицинские сестры, а также родственники пациентов, в т.ч. вовлеченные в деятельность организаций потребителей. Работа проводилась в форме одномоментного опроса и заполнения специальных анкет, разработанных НЦПЗ РАМН с участием петербургских специалистов.

Вопросы были составлены с учетом предполагаемого уровня информированности и компетентности респондентов различных групп, но значительная часть вопросов была "сквозной" - адресованной всем участникам исследования.

Полученные данные обрабатываются с помощью метода иерархических моделей, что позволяет провести экспертный анализ состояния психиатрической службы и определить потребность лиц с психическими расстройствами в различных видах помощи. Далеко не всегда представления участников процесса оказания психиатрической помощи – специалистов, организаторов здравоохранения, потребителей – могут совпадать. Проводимое обследование поможет учесть интересы всех сторон при разработке оптимальной модели психиатрической помощи.

#### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗА И СТУДЕНТОВ- МЕДИКОВ**

Е. С. Максименко  
(Тверь)

**Цель** настоящей работы – сравнительный анализ профессионального выгорания у врачей, преподавателей вуза, студентов-медиков. В исследовании приняли участие врачи-терапевты (n=22), хирурги (n=21), преподаватели теоретических кафедр Тверской медицинской академии (n=26), студенты 5 курса лечебного факультета (n=28). В исследовании был использован опросник МВИ. Как показывает анализ данных, эмоциональное истощение выявлено в пределах среднего уровня (100% респондентов, 20,3±4,0 балла). Дегуманизация профессионального выгорания наиболее низкого регистра выявлена у терапевтов и преподавателей (6,2±2,4 и 7,8±2,4 балла соответственно). При этом, у хирургов и студентов данная компонента показала средний уровень. В тоже время, высокая степень редукции личностных достижений (обратная зависимость), как это не парадоксально, была зафиксирована у студентов-медиков 5 курса (26,0±2,5). У остальных обследуемых данный параметр находился в пределах средних значений. Полагаем, что для снижения уровня профессио-

нального выгорания необходимо исследование как личностных качеств указанных работников с выявлением зон риска, ведущих к психической дезадаптации, так и повышение незаслуженно низкого социального статуса преподавателей вузов и врачей в РФ. К сожалению, длительное пребывание в состоянии выгорания создает предпосылки профессиональной деформации специалиста.

#### **КАЧЕСТВО ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕНТРАХ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ЦСА "ЛЮБЛИНО")**

А. В. Милехина  
(Москва)

Бездомность является проблемой многих стран мира. В России отсутствие рабочих мест в регионах, квартирные махинации, пребывание в местах лишения свободы, конфликты в семье, юридическая безграмотность, несовершенство законодательства, алкоголизм, психические заболевания и равнодушие должностных лиц к данной проблеме явились причиной роста количества бездомных в России. В Москве в настоящее время действует 7 учреждений социальной помощи для бездомных, где работу с ними осуществляют социальные работники и юристы. В Центре социальной адаптации "Люблино" (ЦСА), где осуществляется прием и мужчин, и женщин без определенного места жительства (в остальных только мужчин) рассчитанном на 600 мест, психиатр отсутствует. Необходимость психиатрической помощи связана с длительностью (до нескольких лет) нахождения большинства таких лиц в центре, получением лечения только в периоды стационарирования в психиатрические стационары в связи с ухудшением их состояния и полным прекращением лечения с момента выписки пациентов из стационара обратно в ЦСА.

Целью исследования явилось изучение структуры и состава психической патологии у лиц, находящихся в ЦСА, и обеспечение их необходимой лечебно-психиатрической помощью. Проведенное скрининговое исследование показало, что из 288 человек, находящихся в ЦСА "Люблино", в настоящее время у 228 из них (80%) выявляются психические расстройства различной степени тяжести. Признаки органических психических расстройств выявлены у 230 лиц – 82,1%, примерно у 240 лиц – признаки психических расстройств, вызванных употреблением психоактивных средств – 86%, эндогенные расстройства в хронической форме – у 40 человек (14%). Прочие психические расстройства (аффективные расстройства, специфические расстройства личности, умственная отсталость) встречаются в 10% наблюдений.

Таким образом, своевременное и непрерывное наблюдение этих лиц психиатром непосредственно в ЦСА обеспечит более эффективную коррекцию имеющихся у них психических расстройств и облегчит их дальнейшую ресоциализацию.

### ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

И. А. Митихина, В. Г. Митихин, Н. А. Творогова,  
В. С. Ястребов

(Москва)

На основе системного, корреляционного и регрессионного анализа официальной медицинской и социально-экономической информации за 1992–2008 гг. разработаны эпидемиологические модели, связывающие основные показатели болезненности и заболеваемости психическими расстройствами с основными медико-демографическими и социально-экономическими факторами.

Исходный список показателей включает более 50 наименований, которые можно разбить на 3 группы: I. *Демографические показатели*: численность населения, рождаемость, смертность, миграция. II. а) *Показатели психического здоровья населения*: болезненность, заболеваемость психическими расстройствами, структуры психических расстройств. б) *Показатели ресурсов службы*: численность врачей, число коек и мест в ЛПУ, средняя длительность пребывания в стационаре, повторные госпитализации и др. III. *Социально-экономические показатели*: государственные расходы на здравоохранение, доход на душу населения, индекс цен, отношение средней пенсии к среднему доходу, уровень безработицы, средняя продолжительность жизни, браки, разводы и др.

Эпидемиологические модели получены в виде регрессионных линейных соотношений, позволяющих количественно оценить значимость для психического здоровья населения важнейших социально-экономических стресс-факторов: депопуляция населения, миграция, смертность, вынужденные аборт, инфляция, безработица, а также ресурсных, кадровых, нормативных показателей деятельности службы.

Разработанные модели могут быть использованы для оптимального планирования медико-социальных программ охраны психического здоровья, оперативного мониторинга психического здоровья населения, оптимального планирования структуры и деятельности российской системы психиатрической помощи.

### ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И МИШЕНИ РАБОТЫ

Л. Г. Мовина

(Москва)

В Московском НИИ психиатрии организовано и функционирует инновационное отделение психосоциальной реабилитации, в котором объединены усилия специалистов и общественной организации самопомощи “Новые возможности”.

На базе отделения обследовано 52 пациента, средний возраст – 31,8±7,4 лет. В 71,5% случаев была диагнос-

тирована шизофрения, в 14,3% – шизоаффективное расстройство, в равных пропорциях (по 7,1%) – шизотипическое и аффективные расстройства. Более половины пациентов имели высшее или незаконченное высшее образование (45,7% и 11,4% соотв.), 28,6% – среднее специальное. Являлись инвалидами по психическому заболеванию 57,1%, находились на иждивении родственников 28,6%, работали со снижением квалификации 11,4%. Проживали в родительских семьях 77,1% пациентов, имели собственную семью – 14,3%, проживали самостоятельно – 8,6%.

В результате комплексной оценки психосоциального статуса пациентов выделены следующие “мишени” психосоциальной реабилитации: искаженные представления о болезни, методах лечения, течении и прогнозе с формированием соответствующей жизненной позиции, нарушением комплайенса; отсутствие навыков совладания с остаточной психопатологической симптоматикой; дефицит различных социальных навыков (от навыков самостоятельного проживания до навыков эффективного общения, трудоустройства и сохранения работы); позиция семьи в отношении болезни (отрицание болезни и противодействие лечению, гиперопека, дискриминация и пр.); отсутствие мотивации к психосоциальному лечению.

Указанные “мишени” стали основой для многоаспектных модулей психосоциальных воздействий и включения в различные направления реабилитации, осуществляемые специалистами и общественной организацией больных и их родственников.

### ИМИДЖ ВРАЧА-ПСИХИАТРА В ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

У. С. Москвитина, В. А. Руженков

(Белгород)

Социологическим методом обследовано 200 пациентов стационарных отделений Белгородской областной клинической психоневрологической больницы (137 – с непсихотическими и 63 – с психотическими формами психических расстройств, в стадии становления ремиссии).

Установлено, что 27,0% считают, что имидж зависит от компетентности, 25,5% – от качества работы, 19,5% – от личных качеств, 17,0% – от коммуникативных способностей, а 11,0% – от специализации врача-психиатра. Более предпочтителен для большинства (68,5%) пациентов врач-психиатр женского пола, в возрасте от 35 до 45 лет, с простой и понятной речью (90,0%), располагающей к себе интонацией (55,0%), имеющий хорошие отзывы (85,5%). Специалиста, который имеет научное звание, ученую степень предпочли бы только 50,0%, а 66,0% – того врача-психиатра, который имеет несколько высших образований (психолог, юрист). Значительная часть (59,5%) пациентов полагает, что врач-психи-

атр не должен своими манерами и поведением отличаться от врачей других специальностей. Большинство (94,5%) пациентов считают работу врача-психиатра эффективной, лишь 5,5% пациентов не видят результата от лечения. Большинство (81,5%) предпочли бы лечение у врача-психиатра, 14,5% – священника, 2,5% – врача общей практики и 1,5% – знахаря или экстрасенса.

Таким образом, установлено, что пациенты психиатрической клиники в подавляющем большинстве объективно относятся к профессии врача-психиатра и его личным качествам. При этом важное значение имеет образовательный уровень, хорошие отзывы (профессионализм), внимательность и отзывчивость, средний возраст. Полученные предварительные результаты могут быть использованы при подготовке врачей-психиатров.

### ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОСУЖДЕННЫХ С ВИЧ И ТБ ПОСЛЕ ИХ ОСВОБОЖДЕНИЯ ИЗ МЕСТ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Д. М. Мухамадиев, Т. Х. Мирзоев,  
Е. Е. Федорова, В. А. Агапова  
(Москва)

Вопросы медико-социальной реабилитации бывших осужденных постоянно находятся в центре внимания государства, специалистов и организаций гражданского общества, что связано с процессом дальнейшей гуманизации уголовно-исправительной системы Российской Федерации и необходимостью ее тесной интеграции с гражданскими службами здравоохранения и социальной защиты.

Данная проблема приобретает особое значение для контингента осужденных, страдающих такими заболеваниями как ВИЧ и туберкулез, для которых продолжение лечения и реабилитация имеют первостепенное значение для скорейшей социальной адаптации в обществе после пребывания в исправительных учреждениях.

Российский Красный Крест совместно с МФОККиКП имеет многолетний опыт успешной реализации программ психосоциальной поддержки осужденным с ВИЧ и ТБ, направленных на создание условий для дальнейшего лечения бывших осужденных и их интеграцию в гражданское общество. Работа психолога РКК с осужденным начинается за 1–2 месяца до освобождения и продолжается после его освобождения. Психологическое сопровождение включает комплексную помощь в социально-психологической адаптации к изменившимся социально-экономическим условиям (особенно после длительного пребывания в ИУ), содействие в решении вопросов медико-социального характера и организации лечения больных ТБ и ВИЧ. Также оказывается содействие в гражданской реабилитации: по уточнению предполагаемого места жительства, позитивному принятию осужденного родственниками, информированность осужденного о социальных пособиях, содействие в трудоустройстве и т.д.

Таким образом, психологическое сопровождение позволяет добиться снижения уровня личностной и ситуативной тревожности, повышения самооценки у большинства бывших осужденных, скорейшей адаптации в социуме, стремления к самостоятельному решению проблем, своевременного продолжения лечения и достижения стойких результатов в терапии и реабилитации.

### ОПЫТ РАБОТЫ ДИСПАНСЕРНОГО КАБИНЕТА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ МИГРАНТАМ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

В. В. Мыкыртычева, М. А. Бурдуковский,  
В. В. Новикова  
(Санкт-Петербург)

Открытие психиатрических больниц с функцией психоприемника-распределителя в крупных городах-мегаполисах, таких как Москва и Санкт-Петербург, является естественным ответом на все нарастающую тенденцию увеличения иногороднего контингента среди проживающих в этих городах и как следствие – увеличение психически больных среди категории мигрантов.

Психиатрическая больница №4 (психоприемник-распределитель) г. Санкт-Петербурга открыта в 1955 г. Ежегодно в наше учреждение госпитализируется от 1200 до 1400 пациентов, среди которых большую часть составляют иногородние пациенты.

Анализ специфики оказания психиатрической помощи мигрантам показал необходимость поиска новых форм работы. С этой целью с 2009 г. на основании Постановления Правительства Санкт-Петербурга № 828 от 08.07.2008 г. «О Плана мероприятий по развитию психиатрической службы и мерах по предупреждению отрицательных социальных последствий психических заболеваний и поведенческих расстройств в Санкт-Петербурге на 2008–2011 годы» при психиатрической больнице №4 был открыт диспансерный кабинет для оказания амбулаторной психиатрической помощи иногородним пациентам.

Итоги нашей работы показали высокую необходимость организации централизованной амбулаторной психиатрической помощи наряду со стационарной.

Своевременное оказание амбулаторной помощи мигрантам снижает риск госпитализации в психиатрический стационар, способствует дестигматизации психических расстройств среди данной специфической группы населения города.

Анализ все нарастающего контингента среди амбулаторных пациентов выявляет серьезное противоречие, состоящее в том, что ставки амбулаторных врачей-психиатров рассчитываются из количества иногороднего населения зарегистрированного в статистическом бюллетене Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Санкт-Петербургу и Ленинградской области. Тогда как реальное количество иногородних значительно больше. Однако точного меха-

низма расчета ставок амбулаторных врачей-психиатров в данном случае не существует.

Опыт работы диспансерного кабинета показал настоятельную необходимость разработки законодательной базы для организации выдачи бесплатных рецептов с целью проведения лечения иногородних на бесплатной основе.

При работе диспансерного кабинета, открытого в городской психиатрической больнице №4 в г. Санкт-Петербурге, помимо оказания непосредственной амбулаторной помощи возникает необходимость организации разнообразных профилактических мероприятий среди иногородних пациентов. Это вызывает необходимость широких контактов с консульствами, посольствами и в особенности с многочисленными диаспорами, представляющими интересы иногородних в г. Санкт-Петербурге.

#### **АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

А. С. Нестеров, А. А. Прибытков, Е. В. Седых  
(Пенза)

За анализируемый период интенсивный показатель первичной инвалидности оставался практически неизменным (3,3–3,5 на 10 000 населения). В то же время отмечается рост удельного веса лиц пенсионного возраста с впервые установленной группой инвалидности (на 10%) и увеличение числа больных с инвалидностью вследствие деменции (сосудистая деменция, деменция при болезни Альцгеймера, другие типы деменции). В 2009 году количество больных с деменцией увеличилось на 7,7% и достигло 28,8% среди первичных инвалидов, что обусловлено изменением демографической ситуации в виде постарения населения. С ростом количества лиц пенсионного возраста и больных с деменцией связана тенденция к увеличению числа первичных инвалидов 1 и 2 группы при снижении инвалидности 3 группы.

За весь период сохраняется существенно более высокий показатель первичной инвалидности среди городских жителей (4,0 на 10000), по сравнению с сельскими (1,9 на 10 000). Выявлен значительный разброс данного показателя в зависимости от района области (от 1,0 до 7,0), при этом в 6 районах показатель был выше, а в 11 – ниже, чем в среднем по области. Высокие показатели могут быть связаны со сложностью трудоустройства в условиях социально-экономической нестабильности. Низкий первичный выход на инвалидность обусловлен недостаточным качеством и низкой доступностью психиатрической помощи.

Таким образом, выявлены увеличение числа лиц, страдающих деменцией; необходимость мероприятий, направленных на улучшение доступности и качества психиатрической помощи, особенно в сельских районах.

#### **СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА РАБОТНИКОВ КОММЕРЧЕСКИХ БАНКОВ**

Г. В. Орлов, К. К. Яхин, Д. М. Менделевич  
(Казань)

Обследование проводилось на базе коммерческих банков г. Казани. Контрольная группа состояла из студентов и сотрудников ГОУВПО КГМУ. В результате обследования 114 банковских работников и 42 человек контрольной группы получены следующие результаты:

У банковских работников по сравнению с контрольной группой худшие результаты практически по всем оцениваемым параметрам. Более высокий уровень нейротизма при более низкой экстравертированности в тесте Айзенка. Показатели личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности заметно выше, чем в контрольной группе. По тесту Спилбергера, уровень неуверенности у банковских работников превышает таковой в контрольной группе почти в два раза. По результатам клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К.К.Яхина-Д.М. Менделевича график банковских работников практически полностью находится в зоне пограничных психических расстройств, в то время как график контрольной группы располагается в зоне здоровья. Кроме заметных отличий в психическом состоянии у банковских работников отмечено выраженное утомление ЦНС в конце рабочего дня, по сравнению с контрольной группой. По методу КЧМ у банковских работников индивидуальный порог КЧМ к концу рабочего дня увеличился на 5,42 Гц, что превышает норму более чем в полтора раза и свидетельствует о перенапряжении, в контрольной же группе КЧМ к концу рабочего дня увеличилась лишь на 1,01 Гц, что находится в пределах нормы. У банковских работников также отмечается более выраженное увеличение времени треметрии и увеличение числа касаний. Повышение А/Д и пульса к концу рабочего дня также более выражено у банковских работников. Что также косвенно свидетельствует о нарастающем нервном перенапряжении у банковских работников.

#### **ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОЙ-МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТИГМАТИЗИРУЮЩИХ УСТАНОВОК**

Я. С. Оруджев, Е. Ю. Зубова  
(Волгоград)

Проведя анонимное анкетирование 65 сотрудников и 45 больных, сопоставив ответы пациентов с ответами средних и младших медицинских работников, было выявлено, что медицинские работники демонстрировали большую стигматизацию психического заболевания, чем

больные, по таким понятиям как неизлечимость психической болезни ( $66,2 \pm 5,9\%$  и  $46,7 \pm 7,4\%$  соответственно,  $p < 0,05$ ), необычность ее протекания ( $86,2 \pm 4,3\%$  и  $60 \pm 7,3\%$ ,  $p < 0,05$ ) при одновременно меньшем восприятии ее опасности ( $43,1 \pm 6,1\%$  и  $68,9 \pm 6,9\%$ ,  $p < 0,05$ ). Вера в успех лечения у больных ( $66,7 \pm 7\%$ ) была выше, чем у медицинского персонала ( $43,1 \pm 6,1\%$ ). Отношение к "психически больному" у младшего и среднего медицинского персонала, в целом, совпадало со взглядами пациентов на никчемность ( $84,6 \pm 4,5\%$  и  $77,8 \pm 6,2\%$ ), ненужность ( $43,1 \pm 6,1\%$  и  $40 \pm 7,3\%$ ) и необходимость социальной изоляции психически больных ( $43,1 \pm 16,1\%$  и  $42,2 \pm 7,4\%$ ). Наиболее резкое отличие, со смещением акцентов на негативную установку, у персонала вызвал вопрос о возможности психически больных иметь детей (больные –  $48,9 \pm 6,7\%$ , сотрудники –  $12,3 \pm 4,1\%$ ,  $p < 0,05$ ). Полученные результаты свидетельствовали о неблагоприятном стигматизирующем воздействии окружающей среды (медицинских работников, находящихся в непосредственном круглосуточном контакте) на пациентов, проходящих лечение в психиатрическом стационаре. Результатом чего явилось неприязненное отношение более четверти больных ( $28,9 \pm 6,8\%$ ) к обслуживающему медицинскому персоналу, особенно младшего звена.

#### **АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕРОПРИЯТИЙ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

С. И. Осипчик, С. А. Игумнов  
(Минск)

Психические и поведенческие расстройства являются второй по значимости составляющей бремени болезней в Европейском регионе после сердечно-сосудистых заболеваний. На их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALYs – годы жизни, утраченные в связи с болезнью и преждевременной смертью). Их значение определяется как широкой распространенностью, так и серьезными медицинскими, социальными и экономическими последствиями. Примерно 20% всех пациентов в первичном звене оказания медицинской помощи страдают одним или большим количеством психических расстройств. Наиболее распространенными являются униполярные депрессивные расстройства, биполярное аффективное расстройство, шизофрения, эпилепсия, расстройства, вызванные злоупотреблением алкоголем и другие виды наркомании, болезнь Альцгеймера и другие деменции, посттравматические стрессовые расстройства, обсессивно-компульсивные и панические расстройства, первичная бессонница. Люди страдают прежде всего от проявлений самой болезни, а также от чувства собственной ущербности, нежелания быть обузой для других, невозможности работать и нормально проводить досуг, а также в результате стигматизации и дискриминации.

Бремя психических и поведенческих расстройств способствует формированию и бремени для родственников больных и чиновников местных органов опеки. Если преобразовать в денежные единицы время и усилия по уходу за больным со стороны его родственников на этапе обострения болезни, то расходы будут равны таковым при стационарном лечении. Главным ресурсом уменьшения издержек семьи является профессиональная и социальная поддержка сети местного здравоохранения и социального обеспечения.

Индекс DALY учитывает не только дополнительное количество лет жизни, приобретенное в результате мероприятия, но и улучшение состояния здоровья людей. С помощью индексов DALY можно оценивать любые мероприятия в области охраны здоровья на основе единого стандарта. DALY (годы жизни с учетом утраты здоровья) – это суммарный показатель воздействия на здоровье. Для каждой конкретной причины смерти/заболеваемости расчет DALY включает число потерянных лет жизни (за счет смертности), а также число лет, прожитых в условиях той или иной степени утраты здоровья. Измерение в DALY позволяет сравнивать потери, возникающие в различных возрастных группах или от различных причин заболеваемости, по географическим регионам и среди различных групп населения. Таким образом, эта методика предоставляет структурную основу, пользуясь которой ответственные лица, формирующие политику, а также общественность, могут оценить воздействие отдельных медико-социальных факторов на здоровье населения.

Поэтому анализ экономической эффективности мероприятия наряду с информацией о последствиях распределения составляют основу при достижении компромисса при выделении ресурсов на различные мероприятия, в том числе в области охраны психического здоровья. Более того, на основе описанных индикаторов появляется возможность оценивать экономическую эффективность проектов в социальной сфере экономики. Данные проекты, даже в среднесрочной перспективе, могут оказаться не менее рентабельными, чем проекты в производственной сфере.

#### **О ПРОТИВОРЕЧИЯХ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НОРМАТИВНОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ СТОИМОСТИ ЕДИНИЦЫ ОБЪЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

М. Л. Пайкин, А. В. Мухина  
(Кострома)

Постановление Правительства РФ от 01.04.2010 года №212 "О внесении изменений в Постановление Правительства РФ от 15.04.2009 года №322 "О мерах по реализации Указа Президента РФ от 28.06.2007 года", №825 "Об оценке эффективности деятельности органов испол-

нительной власти субъектов Российской Федерации” вносит неясность в трактовку категории “прочего персонала”, позволяя относить в данную категорию медицинских психологов, психологов и других специалистов с высшим немедицинским образованием.

В нормативных документах Минздравсоцразвития России медицинские психологи определяются неоднозначно и относятся к различным категориям специалистов.

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 год не включает медико-психологическую помощь. Психотерапия, также как медико-психологическая помощь, не защищена ни в рамках вышеуказанной программы, ни в рамках подушевого финансирования.

В дальнейшем возможность оказания медико-психологической помощи появляется лишь в рамках государственного (субъект) и муниципального заказа. При этом, ни на федеральном, ни на региональном уровне не установлены механизмы формирования тарифов на одно посещение врача-психотерапевта (медицинского психолога), на один пациент/день, проведенный в дневном стационаре психотерапевтического профиля, на один случай работы психотерапевтической бригады. Отсутствует корреляционный коэффициент для оценки перехода от стоимости того или иного вида психиатрической помощи к психотерапевтической.

Особенно актуальны эти вопросы будут в ближайшие год-полтора, в связи с переходом от сметного финансирования бюджетных учреждений к финансированию по субсидиям за выполнение государственного (муниципального) заказа на психотерапевтическую помощь и оценке стоимости работы медицинского психолога как равнозначного партнера в процессе оказания психотерапевтической помощи.

В связи с современными тенденциями в финансировании здравоохранения существует угроза затушевывания бюджетной психотерапевтической помощи за фасадом психиатрии или перевода ее полностью на платную основу.

### **РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

О. О. Папсуев, Л. Я. Висневская  
(Москва)

На основании проведенного в 2005–2009 гг. исследования по оказанию психосоциального вмешательства пациентам с инвалидностью вследствие расстройств спектра F-2 в условиях Комплексного центра социального обслуживания (КЦСО) “Бибирево” можно сделать следующие выводы:

1. У данной категории больных (более 40% пациентов с данной патологией, состоящих под наблюдением ПНД) имеется комплекс проблем социального функционирования, существенная часть которых

может быть решена путем развития межведомственного взаимодействия с использованием ресурсов КЦСО.

2. Следующим категориям пациентов помощь может быть оказана в условиях КЦСО: требующие помощи в социально-бытовой сфере (ведении домашнего хозяйства – 28,9%, рациональном распределении денежных средств – 37,5%, организации занятости и досуга – 35,2%), имеющие материальные проблемы (1/4 больных), с бедной социальной сетью, в том числе одинокие (около 20%), никогда не состоявшие в браке или разведенные (64,9%), с другими проблемами в социальной сфере – около 30%, нуждающиеся в помощи при трудоустройстве (более 20%).
3. Для решения отмеченных проблем целесообразно сотрудничество с КЦСО, который располагает достаточно широкими возможностями и ресурсами.
4. Внедрение в деятельность КЦСО дополнительных специальных психосоциальных мероприятий позволяет значительно расширить его возможности в отношении оказания помощи психически больным с инвалидностью.
5. Психосоциальные вмешательства, осуществляемые в КЦСО, положительно сказываются на динамике клинко-социальных показателей: упорядочивается поведение, повышается комплаентность, что способствует уменьшению тяжести расстройств ( $p < 0,05$ ) и, соответственно, снижению числа госпитализаций ( $p < 0,001$ ) и помещений в дневной стационар ( $p < 0,01$ ). Улучшаются показатели качества жизни больных, навыки рационального распределения бюджета, ведения домашнего хозяйства, становится более разнообразным досуг; формируется сообщество пациентов ( $p < 0,05$ ). Более 1/4 больных смогли найти работу или пройти обучение доступным видам труда.
6. Осуществление помощи во внедиспансерных условиях способствует преодолению самостигматизации пациентов и их семей, а также стигматизации психиатрической службы в сообществе, снижает нагрузку на семью по уходу за больным родственником.
7. Разработанная система взаимодействия психиатрической службы и КЦСО способствует улучшению клинко-социальных исходов шизофрении и расстройств шизофренического спектра и качества оказания пациентам комплексной психосоциальной помощи.

### **ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ СООБЩЕСТВО: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ЗАДАЧИ**

Б. Н. Пивень  
(Барнаул)

В сообщении рассматриваются позитивные стороны деятельности психиатрического сообщества, структурно

и функционально объединенного в РОП. Отмечается важная роль РОП в осуществлении контактов психиатров как внутри страны, так и с зарубежными коллегами, что достигается регулярно проводимыми им конференциями и съездами. Оценивается значение организуемых РОП образовательных программ. Подчеркивается значимость для науки и практики психиатрии издательской деятельности Общества, в первую очередь, выпускаемого под его эгидой журнала "Социальная и клиническая психиатрия".

Анализируются задачи, стоящие и возникающие в современных условиях перед психиатрическим сообществом. Среди них – установление приоритета в определении стратегии и тактики функционирования и развития психиатрической и наркологической служб как на местах, так и в целом в стране. Достижение примата психиатрического сообщества в аттестации специалистов, занятых охраной психического здоровья населения. Отставание ценностей психиатрии в условиях все интенсивнее нарастающего вторжения в поле нашей компетенции представителей разных, в том числе и немедицинских, областей деятельности. Также важнейшими задачами сообщества являются действенная защита прав наших пациентов и прав самих специалистов, служащих делу охраны психического здоровья населения.

#### **ПРОБЛЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

А. И. Покоев, Н. М. Двуреченская  
(Владивосток)

Обеспечение контроля качества оказания медицинской, в том числе психиатрической помощи, является одним из лицензионных требований и условий при рассмотрении возможности функционирования психиатрических учреждений.

В рамках административной реформы и совершенствования контрольно-надзорных функций Правительством России подготовлены предложения по прекращению процедур лицензирования и введению уведомительного характера извещений о начале медицинской деятельности при одновременном усилении контроля и ответственности медицинских учреждений за нарушения порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

В связи с этим, особое значение имеет разработка адекватной современным условиям нормативной правовой базы, позволяющей в перспективе обеспечить определенный унифицированный уровень доступности и качества психиатрической помощи на всей территории Российской Федерации, а также определить требования к организации ведомственного и вневедомственного контроля качества психиатрической помощи. В настоящее время соответствующая нормативная база практически отсутствует, что не позволяет проводить объективную оценку качества оказания психиатрической помощи, особенно по таким направлениям, как психосоциальная по-

мощь, психотерапия, психокоррекция. Отсутствует и общепринятый понятийный аппарат для оценки качества предоставляемой психиатрической помощи.

Примером разработки унифицированных требований к оказанию социально-ориентированных услуг являются национальные стандарты по оказанию социальных услуг, регламентирующие единые требования к типам учреждений, видам социальных услуг, различным категориям граждан, требования к персоналу, оснащению, внутренним системам контроля, качеству предоставления социальных услуг.

Представляется необходимой разработка подобных стандартов и для оказания психиатрической помощи, не только в узком аспекте моделирования медикаментозной терапии и неопределенных указаний на необходимость психосоциальной, психотерапевтической, психокоррекционной помощи, но и предусматривающих конкретизацию требований к организации и качеству всех процессов при оказании психиатрической помощи. Без детальной оценки соответствия качества предоставляемой психиатрической помощи общепринятым требованиям процесс эффективного контроля будет невозможен.

#### **СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХИАТРИЯ В НОВЕЙШЕЙ ИСТОРИИ РОССИИ**

Б. С. Положий  
(Москва)

В последние десятилетия социальная психиатрия приобретает все большее значение в ряду направлений психиатрической науки и практики. Это обусловлено возрастающим пониманием биосоциальной сущности психического здоровья и его нарушений, а также успехами психофармакологии, позволившими обеспечить благоприятные условия для осуществления психосоциальных и реабилитационных воздействий. Российская социальная психиатрия обрела оптимальные возможности для своего развития лишь в новейшей истории страны (начиная с 1990 гг.), когда благодаря позитивным переменам, произошедшим в стране, социальные вопросы психического здоровья стали открытыми для ничем не ограниченного изучения. В последние два десятилетия социальная психиатрия была востребована самой жизнью. В первую очередь, это относится к периоду радикального реформирования общества, сопровождавшемуся воздействием мощного стресса социальных изменений, ухудшением уровня и качества жизни большинства людей, что повлекло за собой резкое ухудшение всех показателей общественного психического здоровья. В этот сложный период основные усилия социальной психиатрии были направлены на адаптацию системы психиатрической помощи к новым социально-экономическим условиям, поддержку наиболее социально уязвимых групп больных психическими заболеваниями. Благодаря предпринимавшимся мерам, уже к началу нового века удалось добиться появления положитель-

ной динамики общественного психического здоровья. В частности, снижения частоты суицидов (в 1,6 раза) и показателей первичного выхода на инвалидность вследствие психического заболевания, повышения качества и эффективности деятельности психиатрических служб, появления новых реабилитационных структур (общества потребителей психиатрической помощи и др.). В конце 2008 г. наша страна вошла в полосу глобального финансово-экономического кризиса, что поставило перед отечественной социальной психиатрией ряд новых задач. Важнейшей из них является осуществление превентивных мер по защите психического здоровья населения в условиях кризиса. Решение этой задачи предполагает разработку и внедрение мер по повышению психологической устойчивости населения, обеспечение доступности квалифицированной психолого-психиатрической помощи, в том числе, на уровне первичного медицинского звена; дальнейшее совершенствование профилактических и реабилитационных структур.

#### **ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА В УСЛОВИЯХ “КЛУБА ПАЦИЕНТОВ”**

Р. Ф. Привалова, О. В. Дудкина,  
Ю. А. Вьюшкова, Т. Ф. Волчкова  
(Омск)

Как показывает практика, люди, страдающие психическими расстройствами, имеют дефицит общения, ведут замкнутый образ жизни. Часто это приводит к нарастанию негативной симптоматики и усугублению эмоционально-волевых и когнитивных расстройств.

В структуру реабилитационного психиатрического дневного стационара БУЗОО “КПБ им. Н.Н.Солодника” входит “Клуб пациентов”, на базе которого организуется широкий спектр мероприятий для пациентов. Желающие имеют возможность посещать различные кружковые занятия: “Театр миниатюр”, “Вдохновение”, “Домоводство”, “Азбука этикета”, “Золотые струны”, “Палитра” и др. Регулярно организуются занятия по интересам: арт-терапия, библиотерапия, караоке-терапия, танцтерапия, конкурсы и викторины, просмотр и обсуждение познавательных телепередач, художественных фильмов. Еженедельно проводится дискотека для пациентов больницы. Особое внимание уделяется самовыражению пациентов. Создан выставочный стенд, на котором представлены их работы.

Ежегодно проводится летняя спартакиада по различным видам спорта, с определением призовых мест и вручением памятных подарков. налажено сотрудничество с культурными и досуговыми учреждениями. На благотворительной основе организовано посещение театров, кинотеатров, музеев, выставок для пациентов подразделений больницы. В летнее время регулярны прогулки по городу, экскурсии по памятным местам г. Омска, поездки в Ачаирский монастырь, во время которых проводятся беседы с элементами тренинга независимо от проживания.

“Клуб пациентов” является местом, где приобретают друзей, создают семейные пары, получают эмоциональную поддержку. Расширение досуговых мероприятий способствует развитию когнитивных, творческих способностей пациентов, закреплению навыков общения, профилактике социально-опасных действий.

#### **ШКОЛА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ИННОВАЦИОННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ**

Е. Б. Прытова, С. А. Трущелёв  
(Москва)

Каждый пациент, обратившийся за медицинской помощью, должен быть проинформирован о состоянии его здоровья и, при необходимости, ему должен быть представлен план преодоления недуга. Информационно-разъяснительная работа может проводиться индивидуально и в группе. Школа психического здоровья – одна из оптимальных форм в организационном плане. Она предусматривает установленную тематику, регламентацию времени и места, учет посещений и другие формальности, а также позволяет производить оценку эффективности работы. При этом решаются следующие задачи: информирование больного о психическом расстройстве; обеспечение психосоциальной поддержки; повышение приверженности пациентов к выполнению лечебных назначений.

В ходе такой работы у пациентов не только увеличивается объем знаний и усиливается их уверенность в преодолении болезни, но при этом достигаются не прямые цели просветительской программы: улучшаются навыки социальной коммуникации и уверенного поведения; приобретаются способы разрешения проблем семейных и трудовых взаимоотношений и т.д. Такая форма работы с пациентами формирует у них дополнительный заряд эмпатии, социальной и эмоциональной поддержки.

Школа психического здоровья – особый вид деятельности специалистов, занятых в области медико-социальной реабилитации больных. Эта работа не имеет прямых результатов воздействия на течение болезни, но она стимулирует пациентов на обретение знаний в области систем восстановления здоровья и развивает у них стремление к компенсации психического расстройства. Такая форма работы с пациентами может быть оформлена в виде медицинской технологии и должна быть включена в классификатор медицинских услуг.

#### **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

Е. В. Руженская  
(Иваново)

**Актуальность.** В психиатрии актуальность психопрофилактических мероприятий среди сотрудников особен-



но значима. **Цель** – изучение составляющих профессионального здоровья медицинского персонала психиатрической службы. **Материалы и методы.** Анкетирование 2503 медиков, работающих в психиатрии. **Результаты.** 55,4% медиков, работающих в психиатрии, оценивают состояние своего психического здоровья как хорошее, 22,8% – как удовлетворительное, 17,9% – как отличное, менее 1% оценили его негативно. Каждый третий из сотрудников психиатрической службы отметил нарушение своего здоровья в связи с профессиональной деятельностью. Формируется эта тенденция в основном за счет нарушений здоровья, отмеченных медсестрами (38,7%), при меньшей доле таких ответов среди врачей-психиатров (19,6%). Нарушение здоровья начинается уже на начальных этапах профессиональной деятельности. В группе медиков с малым стажем (до 9 лет) каждый четвертый считает свое здоровье нарушенным (23,2%), а после истечении 10 лет такой ответ дает каждый третий специалист. В группе медицинского персонала со стажем работы более 40 лет нарушение здоровья вследствие работы в психиатрии отмечают 38,7% сотрудников. Основной сферой нарушения профессионального здоровья сотрудники психиатрии считают физическую составляющую (77,1% респондентов, отметивших нарушение здоровья), 12,7%, – психическую составляющую, 20,9% – психологические проблемы. В целом, в выборке ухудшение психического здоровья отмечают 6,25% сотрудников психиатрической службы, нарушение психологического здоровья – 10,11%. Среди врачей эти показатели составляют 3,98% и 8,62%, а среди среднего медицинского персонала 6,84% и 10,58% соответственно. **Выводы.** Профилактика нарушений профессионального здоровья должна быть значимым компонентом кадровой работы в психиатрии.

#### **КАБИНЕТ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

В. П. Савельев, С. А. Кременицкая  
(Пенза)

Актуальность проблемы определяется общемировыми тенденциями старения населения, необходимостью сохранения здоровья, в том числе когнитивных функций. Для достижения поставленной цели необходимы мероприятия, направленные на выявление групп риска по развитию деменции, своевременную диагностику когнитивного дефицита, установление их выраженности и нозологической принадлежности, раннее проведение патогенетического и этиотропного лечения, диспансеризация данной группы населения.

С мая 2010 года в "ГУЗ ОПБ им. К.Р. Евграфова" организован "Кабинет по диагностике, лечению и профилактике когнитивных расстройств". Цель работы "Кабинета" – помощь пациентам с нарушениями памяти и лицам, ухаживающим за дементными пациентами на дому.

Функция врача: сбор анамнеза, первичная диагностика степени когнитивных нарушений с использованием нейропсихологических методик; выявление соматоневрологических нарушений; дифференциальная диагностика деменции (первичная, вторичная, смешанная); прогноз, выработка тактики наблюдения и лечения (амбулаторное, стационарное, помещение в уходное отделение); динамическое наблюдение пациентов, назначение патогенетической медикаментозной терапии. Информация на пациентов хранится в электронном виде, что облегчает анализ, оценку динамики на фоне специализированного лечения. Помимо динамического наблюдения за пациентами, специалистом "Кабинета" проводятся ежемесячные "Школы", на которых заинтересованные лица получают информацию об особенностях проявления болезни, о тактике поведения с больным, уходовых мероприятиях, помощь в решении социальных вопросов, а так же психологическую поддержку.

#### **ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НА ОПЫТЕ АМУРСКОГО ОБЛАСТНОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА (АОПНД), ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

И. В. Савонова, Н. Г. Браш  
(Благовещенск)

Под психосоциальной реабилитацией понимается восстановление нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных функций личности, их формирование, в случае исходной недостаточности, у психически больных с нарушениями социальной адаптации. Это пациент-центрированные формы работы, работа с ближайшим окружением пациента, чаще групповые, основанные на различных программах.

В качестве показателей результативности психосоциального воздействия используются как клинические, так и показатели социального функционирования.

Опираясь на опыт работы сотрудников кафедры психиатрии, на базе АОПНД можно прогнозировать следующие проблемы, позволяющие сделать выбор в пользу активного внедрения психосоциальной реабилитации психически больных: 1. Ежегодный рост числа больных, которые повторно, в течение одного года находятся на стационарном лечении, когда, зачастую, нет значительного ухудшения психического самочувствия, а нарушения связаны с внутрисемейными или негативными трудовыми факторами; 2. Стабильное количество первично госпитализированных больных с первым в анамнезе психотическим приступом любой этиологии находятся в одном отделении с "дефектными" пациентами, что негативно сказывается на сроке госпитализации первых и не позволяет начать качественную психосоциальную реабилитацию на первом ее этапе.

Анализ материалов и актуальные задачи оказания психиатрической помощи позволяют обозначить три направления психосоциальной работы: 1. Включение пациента на этапе выхода из психотического состояния в психообразовательную группу, особенно при первом психотическом эпизоде. 2. Четкое формулирование цели каждого психосоциального вмешательства с определением временного периода. 3. Дифференцированный выбор формы вмешательства для конкретного больного, который должен осуществляться в соответствии с особенностями у больного психосоциального дефицита.

Последовательность воздействий должна осуществляться с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетентности. А при завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации следует учитывать необходимость поддерживающих непрерывных или периодических психосоциальных воздействий.

### РОЛЬ И ЗАДАЧИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

А. А. Северный, Ю. С. Шевченко  
(Москва)

Российская жизнь с засильем коррумпированной бюрократии, прогрессирующей деградацией профессионализма в министерских кабинетах и в среде специалистов предъявляет вызовы общественным объединениям, когда лишь добровольческая активность и профессиональная принципиальность их участников могут обеспечить необходимый результат их деятельности. Предполагаемая независимость наших сообществ от давления бюрократии позволяет надеяться, что они способны сыграть заметную роль в решении важнейшей проблемы – спасения, сохранения и укрепления психического здоровья нации. В связи с этим видятся первоочередные задачи Российского общества психиатров:

1. Координировать и объединять усилия различных общественных объединений в повышении авторитета и профессионализма служб и специалистов в охране психического здоровья независимо от их принадлежности тем или иным учреждениям.
2. Привлекать объединения специалистов смежных специальностей (психологов, социальных работников, юристов и др.) для совместного решения проблемы охраны психического здоровья населения (возможны соответствующие секции в структуре РОП). Добиться профессионально обоснованного решения вопроса о специальности медицинского психолога.
3. Активизировать взаимодействие с министерскими структурами федерального и регионального уровней с целью профессионального экспертирования нормативных документов, участия в решении кадровых проблем (последнее все более актуально в связи с назначением на руководящие должности в

учреждения психического здоровья специалистов, не имеющих к нему никакого отношения).

4. Активизировать взаимодействие с законодательными органами для внесения поправок в Закон о психиатрической помощи... прежде всего для устранения препятствий на пути психопрофилактики, для учета специфики психиатрической помощи детскому населению.

### ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л. Г. Серазетдинова, Н. Н. Петрова,  
О. В. Малеваная  
(Санкт-Петербург)

На примере больных шизофренией в период ремиссии изучалась эффективность психообразовательной программы. Средний возраст больных – 33,62 года, длительность заболевания – 11,93 года, возраст начала болезни – 21,56 года. Программа (10 занятий) включала информационный блок и формирование практических навыков (поведенческая, комплаенс-терапия). Для оценки эффективности психообразования использовались опросник Хейма для изучения копинг-поведения и анкета. Большинство пациентов направлялись для психообразовательных мероприятий врачами дневного стационара. Пациенты, выбывшие из программы, отличались от прошедших полный курс только выраженностью микросоциальной дезадаптации, что позволяет предположить важную роль семьи в обеспечении эффективности психообразования. Исходно в поведенческой и когнитивной сферах больных преобладал неконструктивный копинг, в результате психообразования наблюдалось формирование адаптивных вариантов копинг-поведения примерно в половине случаев. В процессе занятий число неадаптивных эмоциональных копинг-механизмов сократилось в два раза. Уровень знаний пациентов о болезни несколько превышал средний показатель и достоверно повысился в результате психообразования (67,1 балла по сравнению с 50,4 баллами исходно;  $p < 0,05$ ), что отражает эффективность программы в отношении больных шизофренией независимо от давности заболевания. Отчетливая положительная динамика отмечена по всем показателям уровня знаний за исключением готовности пациентов обсуждать опыт других людей в отношении психических расстройств, что, по-видимому, отражает стигматизацию больных шизофренией. Это согласуется с незначительной динамикой по показателям стремления пациентов общаться с другими психически больными, а также обсуждать свой опыт болезни. Отмечены положительные изменения по параметрам осведомленности о мнении других пациентов о психических заболеваниях, о причинах, симптомах и особенностях течения болезни. Улучшилась возможность распознавания признаков обострения заболевания и осведомленность больных о методах лечения, возможных побочных

эффектах и организационной структуре психиатрической помощи. Возросла заинтересованность больных в получении знаний о службах и формах помощи при психическом заболевании. Несколько в меньшей степени, но достоверно повысилась готовность больных к контролю симптомов болезни, расширились представления о собственной роли в процессе лечения.

### КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИКИ

И. О. Смирнова, Н. Н. Петрова  
(Санкт-Петербург)

В структуре медицинской помощи в С.-Петербурге в настоящее время имеется ряд психосоматических отделений различной направленности, но практически отсутствует система оказания помощи больным, страдающим сочетанной тяжёлой психической и соматической патологией. Необходимо на основе бюджетного финансирования формировать и развивать единую систему психосоматических и соматопсихиатрических отделений в многопрофильных больницах города, где существует материально-техническая база оказания адекватной комплексной помощи пациентам с сочетанной психической и соматической патологией. Деятельность этих отделений может сочетать принцип “централизации” и консультативной психиатрической помощи. На примере психосоматического отделения дерматологического профиля (ежегодно в отделении получают лечение около 400 пациентов, койко-день составляет 25,7) показано, что в структуре представленной патологии встречаются как экзогенные (в т.ч. психогенные, преимущественно нозогенные), так и эндогенные психические расстройства, нередко расстройства личности. Типичной коморбидной патологией являются аффективные расстройства различной психопатологической структуры, преобладают непсихотические депрессии. Патология невротического круга представлена обсессивно-фобическими и соматоформными расстройствами. Характерны нозогении (депрессивные, социофобические, сенситивные) и ипохондрические развития (по типу невротической, маскированной, аберрантной ипохондрии). Преобладают больные пожилого возраста с сочетанной психосоматической патологией, охватывающей различные органы и системы. У 66,2% пациентов психические расстройства были диагностированы впервые, в т.ч. у 13,3% – психотического уровня. Только 27% больных поступают по направлению психиатра. Для оптимизации работы психосоматического отделения необходимы: детализация показаний к госпитализации; внедрение системы оценки эффективности комплексного лечения; развитие преемственности с ЛПУ психиатрического профиля. Для решения проблемы преемственности и контроля качества оказания психиатрической помощи в общемедицинской практике це-

лесообразно введение должности внештатного эксперта по вопросам оказания психиатрической помощи соматически больным. Необходимо пересмотреть в соответствии с современными тенденциями реформирования психиатрической службы Положение о психоневрологическом отделении для больных с психосоматическими расстройствами (1988 г.).

### РЕФОРМА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Н. В. Соловьева  
(Москва)

В России уже более десяти лет идет процесс реформирования психиатрической службы. Основные изменения касаются ее переориентации с чисто медицинской модели оказания помощи на биопсихосоциальную.

Действующая правовая база определяет ценности реформы – равенство всех граждан нашей страны, уважение людей друг к другу, принципы партнерства между всеми участниками процесса оказания психиатрической помощи. Из ценностей вытекает миссия психиатрических учреждений – оказание психически больным помощи в широком смысле этого слова (на принципах биопсихосоциального подхода).

Центральным моментом реформирования является деинституционализация, она включает в себя три компонента: сокращение психиатрических коек, профилактику регоспитализаций, систему мероприятий по внебольничной поддержке.

Сокращение психиатрических коек в России идет относительно быстро, в то время, как два других компонента деинституционализации – практически не развиваются.

Для проведения реформ в России есть все основные звенья психиатрической службы.

Основные проблемы:

- осознание биопсихосоциального подхода;
- внедрение полипрофессиональных бригад;
- переход к партнерству;
- гибкое межведомственное взаимодействие;
- использование современных управленческих технологий при организации работы психиатрических учреждений.

Возможности:

- формирование профессиональных управленческих кадров для психиатрических учреждений;
- изменение принципов финансирования психиатрических учреждений;
- пересмотр показателей для годовой отчетности учреждений с учетом новых представлений о качестве медицинской помощи;
- создание межведомственных координационных Советов на разных уровнях управления (федеральном, региональном, муниципальном).

**К ВЫБОРУ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:  
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПЕРСОНАЛА  
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ**

Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко  
(Москва)

Полная и объективная оценка качества медицинской помощи предполагает учет мнения всех ее участников: заказчиков, поставщиков, пользователей. Существующая оценка отражает, главным образом, мнение заказчиков и реже пользователей помощи.

*Цель:* обосновать как критерий качества удовлетворенность персонала (поставщиков) деятельностью учреждения.

*Методы.* Использовали “Опросник удовлетворенности медицинского персонала деятельностью психиатрического стационара” (ВОЗ, 1994), пакет Statistica for Windows 6.0. Исследование проводили в психиатрических стационарах № 9, 14 г. Москвы; респонденты 45 психиатров и 257 медсестер.

*Результаты.* Опрос выявил наиболее привлекательные для персонала стороны его деятельности и, напротив, вызывающие наибольшую неудовлетворенность. Факторный анализ показал: удовлетворенность не зависит от пола респондентов, профессионального статуса, семейного положения, стажа работы в психиатрии и в конкретной больнице. Удовлетворенность деятельностью стационара возрастает по мере увеличения возраста респондентов. С помощью кластерного анализа выделена группа лиц наименее удовлетворенная деятельностью учреждения: это медсестры в возрасте 31–40 лет со стажем работы в психиатрии более 10 лет. Они были неудовлетворены бытовыми условиями, малым участием в оценке деятельности стационара, отношениями с коллегами и руководством, микроклиматом в коллективе, профессионализмом коллег. Доказано, что мнение персонала об оказываемой медицинской помощи и удовлетворенность ею являются легитимным и достоверным критерием при оценке ее качества. Предложены меры по улучшению деятельности стационаров.

**СОСТОЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ СЛУЖБЫ  
БУЗОО “КПБ ИМ. Н.Н. СОЛОДНИКОВА”**

О. Н. Степанова, О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова  
(Омск)

Реабилитационное направление работы в БУЗОО “КПБ им. Н.Н. Солодникова” прошло путь развития от лечебно-трудовых мастерских до современной системы, основанной на инновационных методиках реабилитационных вмешательств.

Инновационные подразделения сегодня преобразованы в программы (“Жилье с поддержкой”, “Первый психотический эпизод”, “Интенсивное лечение в сообще-

стве” и др.), когда помощь оказывается полипрофессиональной бригадой специалистов, включающей врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников, медицинских сестер в условиях стационаров, дневных стационаров, амбулаторных участков. Используются разнообразные виды психосоциального лечения и реабилитации. Преимуществом при переводе пациентов по маршруту из стационара в промежуточные подразделения и на амбулаторные участки практически полная. Следствием внедрения в повседневную практику психосоциальных вмешательств является повышение социальной адаптации, мотивации к продуктивной деятельности, межличностного взаимодействия, облегчение бремени семьи, снижение числа регоспитализаций. Сегодня работа направлена на дальнейшее развитие и совершенствование досуговых программ, трудовой занятости пациентов, поддержку при трудоустройстве.

Следующим этапом развития реабилитационной службы больницы является создание круглосуточного психиатрического реабилитационного отделения в городских условиях. Возникла необходимость в интенсификации психосоциальной работы в условиях стационара, в т.ч. для подготовки пациентов к самостоятельному проживанию в условиях общежития и домов с поддержкой, для проведения реабилитации пациентов, проживающих в сельской местности, для кратковременной госпитализации пациентов, имеющих конфликтные отношения с родственниками, или временно оставшихся без попечения родных.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ  
В ГУЗ НО “КЛИНИЧЕСКАЯ  
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1  
Г. НИЖНЕГО НОВГОРОДА”**

Ю. А. Сучков  
(Н. Новгород)

В соответствии с современными тенденциями развития психиатрической помощи в период 1990–2005 гг. в “Клинической психиатрической больнице №1 г. Н.Новгорода” проводилось сокращение круглосуточного коечного фонда с 425 коек в 1990г. до 200 в 2005 г. За тот же период времени количество мест в дневных отделениях увеличилось с 50 в 1990 г. до 200 мест в 2005 г.; организовано психотерапевтическое отделение с “Телефоном Доверия”. “Закрытая” психиатрическая больница превратилась за 15 лет в центр восстановительного лечения и психосоциальной реабилитации.

Обслуживаемое население – 380 тыс. человек. Обеспеченность круглосуточными койками – 5,2 на 10 тыс. человек населения (РФ, Нижегородская область 11–12).

Трансинституционализация сопровождается снижением числа госпитализированных в стационар (2007 – 1538, 2008 – 1344, 2009 – 1282) с одновременным уве-

личением числа поступивших в дневные отделения (2007 – 805, 2008 – 895, 2009 – 962).

Показатели, 2009 год: средняя длительность пребывания выписанного больного в стационаре – 54,1 дня; в дневных отделениях – 69 дней; оборот койки в стационаре – 7,3; в дневных отделениях – 5,6; повторность поступлений в стационаре – 18,7; в дневных отделениях – 19,1. Число больных, находящихся в стационаре более года – 8 (4%), РФ – 22%.

Сокращение стационарных коек не привело к росту ООД и суицидов.

Перемещение оказания психиатрической помощи во внестационарные звенья невозможно без развития психосоциальной терапии и реабилитации.

Психосоциальная работа строится на полипрофессиональном подходе, зависит от тяжести психических расстройств, стадии болезни, уровня социально-трудовой адаптации. В отделениях проводится комплекс современных психосоциальных мероприятий. В перспективе – совершенствование психосоциальной работы в дневных стационарах, развитие психосоциальной работы в стационарных отделениях с социально уязвимыми группами пациентов.

#### ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ

Е. А. Тараканова

(Волгоград)

Согласно данным ВОЗ, около 450 миллионов человек имеют какие-либо психические расстройства. Проблема отношения общества к психически больным остается актуальной, особенно в свете разработки концепций реабилитации. Некоторые проблемы биоэтики исключительно близки по содержанию морально-этическим дилеммам, возникающим при оказании психиатрической помощи. В рамках клинко-социального исследования качества жизни больных шизофренией обследовано 345 пациентов, находящихся на лечении в психиатрических стационарах, в частности, особенности самостигматизации больных шизофренией. Выявлены сквозные проблемы этического характера, возникающие при оказании специализированной психиатрической помощи. В частности, дилемма патерналистского и непатерналистского подходов с установлением оптимальных взаимоотношений между врачом и пациентом в каждой конкретной ситуации, соблюдение прав пациентов при применении к некоторым категориям психически больных недобровольных мер, т.е. недобровольного лечения, регулирование социальных санкций в отношении психически больных в целом, готовность пользоваться психиатрическими службами, детерминируемая образом психиатрии в обществе. При проведении анализа структуры самостигматизации больных шизофренией выявлена негативная, стигматизирующая атрибуция личности, демонстрирующая непреодолимую дистанцию между больным и обществом. Качествами, способствующими адаптации боль-

ных в обществе, являются конформность установок, потребность в контактах при доверии к ним, стремление соответствовать общепринятым нормам поведения. Необходимо выявление предикторов клинической и социально-психологической дезадаптации больных вследствие стигматизации для определения контингента, нуждающегося в программах дестигматизации.

#### МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРИЗЫВНИКОВ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Д. В. Фаддеев, З. В. Косицкая

(Санкт-Петербург)

Военная служба является стрессом, предъявляющим высокие требования к состоянию здоровья молодых людей. В свете государственной политики особенно актуальной становится первичная профилактика психических расстройств у призывников. Городская психиатрическая больница №3 имени И.И. Скворцова-Степанова – государственное учреждение здравоохранения, осуществляющее стационарное медицинское обследование (лечение) призывников всего Санкт-Петербурга. Учитывая важность проблемы, нами проведён анализ медико-социальных характеристик указанного контингента.

Методом сплошной выборки исследовано 158 медицинских карт стационарных больных, прошедших обследование в больнице за период 2006–2008 гг. Оценивались основные медико-социальные характеристики испытуемых. Получены следующие результаты:

- 78% испытуемых имели неполное среднее или среднее специальное образование при среднем возрасте на момент обследования  $20 \pm 2,5$  года;
- распределение испытуемых по диагностическим группам: F6 – 44%; F0 – 43%; прочие – 7%; психически здоровы – 6%;
- у 37% испытуемых имелись данные об отягощённой наследственности; в её структуре преобладала категория F1 – 21%; прочие психические расстройства (F2, F0, F3, F6) – 16%;
- 56% испытуемых воспитывались в неполной семье или в учреждениях социального обслуживания, у 95% из них выявлены психические расстройства;
- из 35% призывников, ранее не обращавшихся за психоневрологической помощью, у 91% выявлены психические расстройства.

Проведённое исследование позволяет сделать ряд выводов:

1. Наиболее значимыми для показателей психического здоровья испытуемых оказались факторы наследственной отягощённости (группа F1 по МКБ-10), воспитание в неполной семье и в учреждениях социального обслуживания, неполное среднее или среднее специальное образование.
2. Целесообразна сплошная оценка психического состояния у детей в организованных детских коллек-

тивах, например, аппаратным методом оценки текущего психического состояния с целью определения групп риска и проведения своевременной первичной профилактики психических расстройств.

### НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЧАСТНЫЕ ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗА 7-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

В. В. Филашихин, А. С. Аведисова  
(Москва)

Развитие платной психиатрической помощи в России стало возможным после вступления в силу закона РФ "О психиатрической помощи". Несмотря на то, что в настоящее время платную амбулаторную психиатрическую помощь осуществляют во многих регионах России, а стационарную – в трех клиниках, расположенных в Московском регионе, исследования, посвященные анализу этого контингента пациентов, отсутствуют.

С целью изучения динамики нозологической структуры обращаемости за медицинской помощью в негосударственные психиатрические клиники проанализирована статистическая документация и истории болезни амбулаторных и стационарных пациентов, обращающихся за семилетний период (с 2002 по 2008 гг.) в частную психиатрическую клинику "Преображение" ООО "Томакс Компани".

Выявлено стабильное увеличение числа госпитализаций и обращений пациентов с психическими проблемами. Отмечено изменение нозологического спектра госпитализированных пациентов с увеличением числа пациентов с расстройствами шизофренического спектра, составляющих в 2008 году 51,2%. При этом доля лиц с невротическими расстройствами оставалась примерно одинаковой. Средняя длительность госпитализаций более 90% больных составляла от 8 до 30 дней. Нозологический спектр обращаемости в амбулаторную службу характеризовался заметным преобладанием лиц с расстройствами шизофренического спектра (30%) и изменялся только за счет увеличения числа лиц с невротическими расстройствами (с 18% до 31%). При этом увеличение обращаемости пациентов происходило за счет 10-кратного увеличения повторных обращений. 51,2% пациентов платной психиатрической клиники работают в коммерческих организациях. Процент неработающих составляет 35,8%, инвалидами по психическому заболеванию являются только 1,3% лиц.

Таким образом, динамика обращаемости свидетельствует о увеличении как в амбулаторной, так и в госпитальной коммерческих службах пациентов с расстройствами шизофренического спектра, сохраняющих высокий уровень социальной активности.

### К ПРОБЛЕМЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ С ЭКСТРЕМАЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

В. Л. Филиппов, Ю. В. Филиппова  
(Санкт-Петербург)

Значение психического здоровья в современном производстве резко возросло. Продолжающийся рост распространенности пограничных психических расстройств (ППР) среди работающих и населения указывает на актуальность проблемы профотбора персонала для работы в экстремальных условиях, формирования системы психогигиены и психопрофилактики на предприятиях с экстремальными условиями труда.

**Цель работы** – показать необходимость совершенствования психиатрической помощи и психопрофилактики на предприятиях с особо опасными условиями труда.

**Материал и методы исследования.** Проведено сплошное комплексное (психопатологическое, психофизиологическое и экспериментально-психологическое) исследование работающих и населения, проживающего на территориях, прилегающих к потенциально опасным объектам, проведен сравнительный анализ результатов для обоснования современной системы профотбора, психогигиены и психопрофилактики.

**Результаты.** Выделены основные факторы, вызывающие психическую дезадаптацию и ППР у персонала предприятий с особо опасными условиями труда и населения. Распространенность ППР у мужчин и женщин, отнесенных к различным группам по условиям труда, имела выраженные различия. У мужчин и женщин, отнесенных к I группе с наиболее вредными условиями труда, ППР встречались чаще в сравнении с 3 группой, где условия труда были наименее вредными ( $p < 0,001$ ). Тяжесть клинических проявлений (неврозоподобные и психоорганические расстройства) также была выражена у мужчин и женщин I группы. С уменьшением вредности ППР у мужчин встречались реже в 1,5 раза во II группе и в 2,6 раза в III группе ( $p < 0,001$ ). У женщин аналогичные показатели уменьшились в 3,0 раза ( $p < 0,001$ ). Распространенность ППР как среди мужчин, так и среди женщин в зависимости от стажа работы (1–4, 5–9, свыше 10 лет) также характеризовалась выраженным ростом ( $p < 0,001$ ) с увеличением стажа.

Полученные результаты указывают на необходимость совершенствования психиатрической помощи и психопрофилактики на предприятиях с особо опасными условиями труда для формирования регистров психического здоровья и мониторинга.

Подробные результаты комплексного исследования состояния психического здоровья работающих и населения будут представлены в докладе.

## ОТДЕЛЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И МОДЕЛЬ ТРУДОУСТРОЙСТВА С ПОДДЕРЖКОЙ

А. А. Царьков  
(Москва)

В январе 2009 г. в клинике Московского НИИ психиатрии Росздрава открыто отделение психосоциальной реабилитации (базовое клиническое подразделение отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи).

Подавляющее большинство обратившихся за помощью (160 пациентов за 2009 г.) имеют инвалидность, но доля трудоспособных инвалидов – незначительна (по-видимому, устраиваются на работу самостоятельно, минуя отделение). Плохой комплайенс пациентов делает необходимым проведение психосоциальной работы с больными и их родственниками. Большинство имеют дефицит социальных навыков, в том числе и навыков самообслуживания. Главным условием эффективности психосоциальной терапии является активная позиция самого пациента в отношении трудоустройства, готовность к сотрудничеству, осознанное отношение к лечению. К сожалению, часто пациенты обращаются по настоянию близких, у них отсутствуют как мотивация к трудовой деятельности, так и критичное отношение к болезни. Отсутствию мотивации к занятости способствует и удовлетворённость финансовым состоянием (средний размер пособий и выплат по инвалидности в Москве ~ 8000 рублей; многие имеют дополнительный доход от сдачи внаём квартиры).

Поддерживаемое трудоустройство невозможно до тех пор, пока цели и задачи не определены самим пациентом; невозможно без активного участия службы занятости населения. Предложение вакансий для инвалидов в Москве достаточное, но желающих работать, к сожалению, – существенно ниже.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

А. И. Чеперин, О. Н. Степанова, Н. И. Осатюк,  
Е. А. Белебеха  
(Омск)

Охрана психического здоровья населения региона – важнейшая задача совершенствования психиатрической службы Омской области, представленной всеми видами стационарной и внебольничной помощи, центром оказания которой является Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой (КПБ). Служба преобразуется с акцентом на внебольничную сеть для внедрения современных форм психиатрического сервиса. Более 7 лет развиваются пилотные программы: реабилитационный комплекс, “Первый психотический эпизод”, “Жилье с поддержкой”, “Интенсивное лечение в сообществе” в том числе для детей. Во всех подразделениях

службы работают полипрофессиональные бригады, включающие сотрудников медицинских и немедицинских специальностей. Психосоциальная реабилитация начинается с ранних этапов лечения и продолжается до максимального восстановления социального функционирования пациента. Учебно-методический комплекс реализует принцип непрерывного образования персонала и студентов при сотрудничестве больницы с профессиональными учебными заведениями. Собственный программный продукт клиники позволяет отслеживать показатели деятельности, дифференцировать потоки больных, получать информацию о работе подразделений в целях оптимизации службы. Для расширения доступности антикризисной помощи населению преобразована суицидологическая служба: открыт дополнительный дневной психологический телефон доверия, кабинеты психотерапевтической помощи, функционирует “защищенное рабочее место – VIP-NET”, куда стекается вся информация по суицидам. “Телефону доверия” выделены бесплатные сотовые трафики для обращений жителей за экстренной медико-психологической помощью. Много сделано для просвещения потребителей в области общественного психического здоровья. Реализация программ лекарственного обеспечения, в т.ч. регионального целевого, снижает выход на инвалидность молодых первичных пациентов и предотвращает повторные общественно опасные действия лиц, состоящих под активным диспансерным наблюдением. В новом виде создается единый уточненный паспорт психиатрических, в том числе антикризисных служб области.

## ОБЩАЯ И ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2009 г.

А. А. Чуркин, Н. А. Творогова  
(Москва)

Показатели заболеваемости по возрастным группам довольно существенно различаются. На первом месте наиболее высокий показатель общей заболеваемости в группе 18–19-летних – 5281,0 на 100 тыс. населения (5,3% населения данной возрастной группы). На втором месте уровень общей заболеваемости среди подростков – 4584,7 (4,6%). На третьем месте общая заболеваемость психическими расстройствами у детей – 3261,9 (3,3%). Далее идут показатели общей заболеваемости у лиц 20–39 лет (соответственно 2878,2, 2,9% населения). На пятом и шестом местах оказались уровни общей заболеваемости у лиц 60 лет и старше (2813,7, 2,8%) и 40–59 лет (2586,3, 2,6%).

Ранговое распределение показателей первичной заболеваемости психическими расстройствами отличается от того, каким оно было по показателям общей заболеваемости. На первом месте первичная заболеваемость психическими расстройствами среди детей 0–14 лет –

664,7 на 100 тыс. человек детского населения. На втором месте уровень первичной заболеваемости среди юношей и девушек 18–19 лет – 560,2. На третьем месте первичная заболеваемость среди подростков 15–17 лет – 536,1. Далее по величине находится показатель первичной заболеваемости среди лиц 60 лет и старше – 430,5. Замыкают ранговое распределение показатели первичной заболеваемости среди лиц 40–59 лет (262,7) и лиц 20–39 лет (225,1).

Таким образом, наиболее высокие уровни общей и первичной заболеваемости приходятся на детско-подростковые и юношеские возраста, что требует самого пристального внимания к развитию детско-подростковой психиатрии, а в рамках психиатрии для взрослых также усиленного внимания требуют молодежь 18–19 лет и лица 60 лет и старше.

### **ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СТОРОНА ИЗМЕНЕНИЯ ПРАВОВОГО СТАТУСА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И РИСКИ**

Л. С. Шевченко  
(Москва)

С 1 января 2011 г. вступают в силу нормы Федерального закона № 83-ФЗ от 08.05.2010, направленные на повышение эффективности государственных и муниципальных учреждений, сокращение внутренних издержек, привлечение внебюджетного финансирования, оптимизацию сети за счет изменения правового статуса. В качестве новых типов утверждены казенные (КУ), бюджетные (БУ) и автономные учреждения (АУ). Законом предусмотрено, что психиатрические больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением становятся КУ. Для остальных психиатрических учреждений изменение правового статуса произойдет до 1 июля 2010 г.

Проведенная нами экспертиза ФЗ выявила возможности для развития психиатрических учреждений и связанные с этим риски. С точки зрения экономической свободы прогрессивными являются АУ. Учитывая социально-экономические реалии, для большинства из них предпочтительным будет статус БУ. Он позволит перейти от постатейного финансирования к получению субсидий на выполнение госзаданий с учетом расходов на содержание имущества, уплату налогов на него; предоставляет руководителям больше прав; расширяет возможности использования средств от платных услуг. Однако статус БУ накладывает на руководителей повышенную ответственность за результаты их деятельности, несет риски, связанные с возможным снижением объема госзаданий, сокращением субсидиарной ответственности собственника при недостатке средств. Риски могут быть минимизированы при доказательстве приоритета финансирования службы, учете социально-экономических последствий, внедрении ресурсосберегающих технологий,

повышении уровня подготовки кадров. Необходим анализ работы учреждений в новых правовых условиях.

### **ПРИНЦИПЫ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Н. Н. Шинаев, И. И. Дачевская, Р. Г. Акжигитов  
(Москва)

Московская “Клиника неврозов” на протяжении последних 40 лет является крупнейшим в стране стационаром, осуществляющим лечение больных с пограничными психическими расстройствами. Ежегодно в клинике проходят лечение около 8500 пациентов, представляющих весь спектр нарушений невротического регистра: органических, тревожных, аффективных, эмоционально-лабильных, связанных со стрессом, поведенческих, личностных.

Комплексные терапевтические программы составляются индивидуально с учетом психического и соматического состояния пациента, наличия показаний и противопоказаний к применению каждого из фармакологических, психотерапевтических, физиотерапевтических и биологических факторов. Предпочтительным считается партнерский тип взаимоотношений врача и больного с достижением в ходе лечения хорошего качества жизни последнего, что обеспечивает комплаентность не только во время собственно стационарирования, но и в последующем на поддерживающей терапии.

Среди основных проблем стоит отметить сохраняющийся по сей день высокий уровень стигматизированности психиатрии, боязни и предубежденности населения в отношении консультирования и лечения у психиатра, возможной дискриминации со стороны окружения (особенно работодателей) в связи с этим. В свою очередь пациенты со стертыми нерезко выраженными формами психических расстройств стремятся попасть на лечение именно в клинику неврозов, а не в психиатрическую больницу. Подобным образом ведут себя и больные, страдающие алкоголизмом или наркоманией. Крайне сложной остается диагностика суицидальных мыслей и намерений. В ряде случаев, также как при эндогенно-процессуальных расстройствах и зависимостях, пациенты диссимилируют симптоматику, пытаются обманывать врачей. В отличие от данного поведения, являющегося по сути одним из болезненных проявлений, приходится сталкиваться и с умышленными ложью, симуляцией или агравацией имеющихся симптомов среди лиц, пытающихся путем госпитализации укрыться от судебного преследования или добиться посредством болезни неких социальных благ и привилегий.

Расширение контактов и преемственности между ЛПУ психиатрического профиля и общемедицинской сети, внедрение дополнительных психогигиенических и образовательных программ среди как специалистов, так и



населения в целом, введение ограничений на показ документальных и художественных материалов, изображающих, а порой даже романтизирующих криминальные, агрессивные и аморальные модели поведения в СМИ, могли бы способствовать снижению темпов роста пограничных психических расстройств в обществе, улучшению их выявляемости и оптимизации лечения.

#### **ОСНОВНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ИСТОЧНИКИ В ПРЕОДОЛЕНИИ БОЛЕЗНИ**

Д. В. Щербаков, Е. Б. Прытова, С. А. Трущелёв  
(Москва)

Из современных стратегий преодоления болезни следует, что успехов в этом добиваются пациенты, лучше информированные о своем недуге. Они чаще выбирают оптимальные пути решения проблем своего здоровья. Однако многие специалисты и ученые отмечают, что достижения медицины могут остаться нереализованными, если между врачом и его пациентом не сложится сотрудничества. Так, в последние годы все чаще появляются сведения о несоблюдении режима лечения больными и самостоятельном изменении рекомендаций врачей – нонкоплайенс больных с психическими расстройствами достигает 80%. Чтобы эффективно воздействовать на этот фактор влияния, надо иметь сведения об информационных источниках и потребностях больных.

В сплошном одномоментном исследовании нами изучены основные информационные источники больных шизофренией ( $n=105$ ). Установлено, что большинство больных (94,2%) обращались к психиатру неоднократно, продолжительность их болезни в 95,1% случаев была более года. Однако из всей группы респондентов только 21,2% правильно указали диагноз своей болезни. Основные источники информации о болезни: лечащий врач – 90,5%, справочник – 4,4%, члены семьи – 4,2%, теле- и радиопередачи – 1,1%. Противопоказаний к приему лекарственного препарата не знают 65,2%.

Результаты опроса свидетельствуют о том, что основным источником информации является врач. С одной стороны это свидетельство доверия к врачу, а с другой – подтверждение пассивной позиции больных в поиске путей накопления знаний о болезни. В свою очередь, это указывает на необходимость развития соответствующей медицинской услуги. Она может быть организована в виде разных форм (индивидуальной и групповой) информационно-разъяснительной работы.

#### **ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С НЕКОММЕРЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ**

Э. В. Эльтекова, Н. Л. Овсянникова,  
М. А. Рогозина, Д. Л. Шаповалов,  
Т. М. Полозова  
(Воронеж)

Современное состояние психиатрической службы, ее экономические, кадровые, научные ресурсы не позволяют в полной идеальной мере реализовать задачи медицинской и социально-психологической реабилитации лиц с психическими расстройствами. В связи с этим в Воронежском областном клиническом психоневрологическом диспансере начато сотрудничество с некоммерческими организациями и отдельными физическими лицами, обладающими ресурсами, которые позволяют решать задачи реабилитации вне стен психиатрического учреждения, в форме клубной работы.

В рамках клуба проводились занятия и нелекарственные медицинские реабилитационные вмешательства с участием ряда специалистов: психиатра, психотерапевта, психолога, мануального терапевта, иглорефлексотерапевта. Работа с пациентами проводилась в индивидуальной и групповой формах. Неофициальная обстановка, отсутствие медицинского антуража, дружеское, неформальное общение специалистов и пациентов друг с другом заложили основу для длительного сотрудничества пациентов со специалистами клуба.

В реабилитационном процессе применялись нетрадиционные психотерапевтические подходы – иппотерапия, арттерапия, телесно-ориентированные подходы, в том числе йога, а также физиотерапевтические методики (транскраниальная магнитотерапия, локальная магнитотерапия, гирудотерапия, иглорефлексотерапия). Также проводились “группы встреч”, встречи с интересными людьми в формате терапии общением.

По нашим наблюдениям, сотрудничество с некоммерческим клубом позволяет укреплять партнерские отношения врача, пациента, других специалистов-участников реабилитационного процесса, сделать их более продуктивными, снизить “давление” психиатрической стигмы на пациента и его родственников.

#### **СТИГМАТИЗАЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Т. К. Яковлева  
(Санкт-Петербург)

Одной из проблем, с которой во всем мире сталкиваются пациенты и специалисты психиатрических клиник, является связанный с их болезнью феномен “стигматизации”. В настоящее время под “стигматизацией” понимается вся совокупность существующих в обществе сте-

реотипов, предубеждений, проявлений дискриминации и социального отторжения определенной группы лиц.

Выделяется несколько основных направлений рассмотрения стигматизации в отношении психических больных. Во-первых, это негативное отношение к людям, страдающим психическими заболеваниями, приводящее к еще большим нарушениям социальной адаптации, их отторжению и изоляции. Во-вторых, это феномен “самостигматизации”, характеризующийся специфическим отношением психических больных к собственной личности, определенными особенностями внутренней картины болезни, которые нередко приводят к нарушению compliance и прерыванию лечения. В-третьих, это негативный образ психиатрической области в целом, особенно актуальный для нашей страны. Восприятие психических заболеваний как “страшных и необратимых”, психиатрического лечения как “жестокое, бесчеловечное, вредное для здоровья” становится общим фоном, на котором расцветают все остальные феномены стигматизации. Все вышесказанное относится и к психиатрии как специальности. Среди прочих медицинских отраслей психиатрия описывается как “непрестижная, низкооплачиваемая область, не имеющая достаточных научных оснований”. Наглядным проявлением подобного отношения к психиатрии может служить тот факт, что за последние пять лет число молодых специалистов, приходящих в психиатрию, сократилось на 35% по сравнению с остальными отраслями медицины.

Все описанные феномены в наши дни только становятся предметом активного изучения. Несмотря на то, что сама проблема стигматизации существует с самого рождения психиатрии как науки, она до сих пор не имеет разработанных теоретических основ, и, как следствие, существуют сложности в разработке научно обоснованных и эффективных программ по ее предотвращению.

#### **ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ РАЗЛИЧНЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СЛУЖБ**

В. С. Ястребов, О. А. Митина  
(Москва)

Проведенное в НЦПЗ РАМН исследование позволило выявить проблемные “зоны”, затрудняющие взаимодействие между специалистами разных профессиональных групп. Установлено, что взаимно не удовлетворены отношением к своей работе врачи-психиатры и психологи (40,8% и 50,3% соответственно), медсестры не удовлетворены отношением к их работе со стороны врачей-психиатров (48,9%), 30,2% опрошенных социальных работников – неуважением к ним со стороны администрации. Трудности межличностных взаимодействий возникают в связи с отсутствием взаимопонимания со стороны коллег, формальным характером отношений, недостаточной осведомленностью о деятельности в коллективе в це-

лом, “закрытостью” отдельных профессиональных групп, особенностями межличностного восприятия различными специалистами, недостаточно эффективным руководством. Необходимыми условиями для создания благоприятной атмосферы в коллективе являются: формирование общего ценностно-мотивационного компонента, создание условий для реализации индивидуальных способностей и возможностей специалистов. Эффективной работе способствует четкая постановка задач для различных специалистов, формирование понятной статусно-ролевой структуры в коллективе. При этом важной является организация “обратной связи” между специалистами. Для формирования оптимальных межличностных отношений необходимо развитие следующих характеристик: оптимистичность, высокая активность, уверенность в себе, хорошие организаторские навыки, реалистичность суждений. Важным для всех категорий специалистов является обучение психотерапевтическим навыкам и знаниям, формирование взаимодействия с сотрудниками реабилитационных служб.

#### **СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУППЫ АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (АДН)**

Л. А. Яхимович, В. Б. Голланд  
(Москва)

В задачу АДН в соответствии с приказом МЗ РФ и МВД РФ № 133/269 от 30.04.97г. входит профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных, осуществляемая путем своевременного выявления потенциально опасных пациентов, а также проведения внебольничной курации после отмены принудительного лечения (ПЛ). Эффективной деятельностью по предупреждению ООД лиц с психическими расстройствами способствуют как правильное формирование группы АДН, так и качественное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.

Следует отметить, что за последние 20 лет удельный вес больных, состоящих в России на АДН, по отношению к общему количеству лиц, числящихся в ПНД, увеличился почти в 1,5 раза. Данный факт обусловлен как уменьшением за это время всего контингента диспансерно наблюдаемых больных в 1,4 раза, так и увеличением почти в 1,2 раза количества поставленных на АДН в связи с привлечением к уголовной ответственности.

При оценке результативности профилактической работы амбулаторной психиатрической службы обычно используется показатель частоты совершения деликтов больными, состоящими на учете.

В этом плане немаловажное значение имеет правильность формирования группы АДН. Статистически это определяется с помощью вычисления удельного веса пациентов, которые совершили в течение жизни ООД и находятся на АДН, по отношению ко всему контингенту поставленных на АДН. В 2009 г. этот показатель по Рос-

сии был равен 81,0%. В то же время так называемая "группа риска" (больные, которые были на АДН и не совершили ООД, однако представляют потенциальную социальную опасность) составила 19,0%. Согласно нашему опыту, на сегодняшний день такая "группа риска" должна быть не меньше 15% и не больше 60%. Как следует из отчетов регионов за 2009 г., в 8 регионах России (Адыгейская, Кабардино-Балкарская Республики, Республики Бурятия, Тыва и Саха, Вологодская и Калининградская области, а также г. Санкт-Петербург) в "группе риска" не было ни одного больного. В то же время в 4 регионах удельный вес пациентов, находящихся на АДН и не совершавших ООД, был более 60%: Псковская область (62,0%), Калужская область (74,1%), Республика Дагестан (80,0%), Сахалинская область (81,6%). Все это указывает на необходимость дальнейшей проверки и оценки полученных статистических данных по отдельным психиатрическим учреждениям.

Изучение отчетных документов также показало, что зачастую ПНД не имеют никаких сведений о больных, которым назначено ПЛ в стационарных условиях, и поэтому последние своевременно не попадают в поле зрения участкового психиатра, остаются не включенными в группу АДН, тем самым лишаются возможности получать требующуюся психиатрическую помощь. Так, на начало 2010 г. из 17,5 тысяч пациентов, находившихся на ПЛ в стационаре, на АДН были поставлены лишь 5,6 тысяч, т.е. почти о 12 тысячах стационарных больных ПНД не были поставлены в известность.

Из вышесказанного следует, что для правильного формирования группы АДН требуются более дифференцированный подход при подборе больных, а также соблюдение надлежащей преемственности между отдельными звеньями медицинской службы, что позволит повысить качество профилактической работы в отношении психически больных с социально опасным поведением.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ СТУДЕНТОВ**

К. К. Яхин, О. М. Баранская, Ю. А. Калмыков,  
Л. К. Галиуллина  
(Казань)

С целью выявления психической дезадаптации, психологических проблем и копинг-поведения у студенческой

молодежи обследовано 144 студента 4 курса Чистопольского медицинского училища в возрасте 20–22 лет.

Применялись следующие методики: клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К.Яхина и Д.М.Менделевича, опросник для изучения степени осознания пациентами психологических механизмов своего заболевания, клинический опросник Спилбергера – Ханина, тест Хейма, тест ценностных ориентаций Рокича, анкета для выявления снижающих настроение факторов. Полученные с помощью экспериментально-психологических методик данные сопоставлялись между собой, а также с социально-демографическими факторами и отношением студентов к религии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью критерия углового преобразования Фишера и корреляционного анализа.

Исследование показало, что у каждого второго студента отсутствует стабильная психическая адаптация и выявляется высокая личностная тревожность. Психическая дезадаптация чаще отмечалась у студентов с высоким уровнем тревожности, имеющих межличностные проблемы, верующих в Бога, не посещавших в детстве дошкольные образовательные учреждения, из неполных семей, выросших в городской местности, имеющих родителей с высшим образованием. Неадаптированные студенты чаще используют такие неадаптивные копинг-стратегии, как "отступление" и "подавление эмоций" и, напротив, менее склонны применять адаптивные стратегии совладания – "оптимизм" и "сотрудничество".

Наибольшее число высоко значимых позитивных корреляционных связей обнаружено между выраженностью невротических проявлений и внутриличностными конфликтами, между выраженной потребностью проявить себя и отсутствием позитивных усилий, между сильной потребностью быть полноценным мужчиной (женщиной) и наличием эмоционально-сексуальных неудач и между уровнем притязаний и уровнем достижений. Ситуационная тревога чаще возникала у студентов с выраженным внутриличностным конфликтом между уровнем притязаний и возможностями.

Полученные в ходе исследования данные о невротизации, особенностях межличностных и внутриличностных конфликтов студентов, а также сведения об их копинг-поведении могут помочь в разработке и проведении профилактических мероприятий и в оказании психологической помощи студенческой молодежи.

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОФРЕНИЕЙ

### О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ (НА ПРИМЕРЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ШИЗОФРЕНИИ)

Т. А. Ахадов, В. Г. Каледа, Н. А. Семенова,  
А. Н. Бархатова, А. В. Петряйкин,  
Е. А. Фуфаева, А. О. Якимов

(Москва)

Методы нейровизуализации – единственный неинвазивный способ анализа структурно-функциональных особенностей головного мозга, нашли широкое применение в различных областях медицины. Следует отметить, однако, что в психиатрии, в частности в клинике эндогенных психозов, роль этих методов пока еще ограничена преимущественно рамками неврологического обследования больного.

В настоящей работе ряд методов (структурная и функциональная МРТ, МР-спектроскопия, диффузионно-тензорная трактография) использовали при исследовании больных шизофренией юношеского возраста (18–25 лет) после перенесенного первого приступа (F20.09, ICD-10). Группа контроля включала подобранных по возрасту и полу психически здоровых испытуемых. МРТ проводили на магнитно-резонансном томографе Phillips Achieva (Голландия) с индуктивностью магнитного поля 3 Тесла.

К числу ключевых результатов относятся следующие: уровень холинсодержащих веществ в дорсолатеральной префронтальной коре (ДЛПК) левого полушария достоверно выше у больных шизофренией и коррелирует с уровнем негативных расстройств, определяемых по шкале PANSS; показатели гемодинамического ответа (ГО) достоверно выше у больных в надкраевой извилине обеих полушарий. ГО в надкраевой извилине, ДЛПК, верхней височной извилине коррелирует с выраженностью позитивной симптоматики (по шкале PANSS) у больного.

Полученные данные указывают на взаимосвязи между структурно-функциональными особенностями отдельных структур головного мозга и клиническими характеристиками при шизофрении, что позволяет говорить о высоком потенциале методов нейровизуализации для получения дополнительной информации, значимой относительно природы тех или иных психопатологических расстройств и прогноза их развития.

Исследование было частично поддержано грантом РФФИ 09-04-12193-офи\_м.

### ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БРЕДОВОЙ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЕЙ

А. Я. Басова, И. И. Сергеев

(Москва)

Одним из ключевых вопросов современной психиатрии являются поведенческие расстройства у душевнобольных, во многом определяющие степень их социальной адаптации, а также опасность для себя и общества. Поведенческие нарушения наблюдаются при всех расстройствах шизофренического спектра, в том числе у больных с бредовой деперсонализацией. В подавляющем большинстве случаев у них отмечаются различные варианты аутодеструктивного (89,8%), в том числе суицидального поведения (30,8%). Последнее свойственно пациентам с нигилистическим, в том числе нигилистическим мегаломаническим бредом (феномен исчезновения), и обуславливается тяжестью депрессии. Аутоагрессивное поведение часто проявляется в виде отказа от пищи и наблюдается, главным образом, при бреде одержимости (феномен расщепления). Нанесение самоповреждений отмечено у 10,3% пациентов, преимущественно с бредовыми переживаниями исчезновения своего тела (феномен исчезновения или соматопсихическая бредовая деперсонализация). Такие самоповреждения не угрожают жизни больного и не носили тяжелый, калечащий характер. У 15,4% больных с патологическим поведением обнаруживаются нарушения половой идентификации. Наиболее часто подобные нарушения возникают при бреде метаморфозы (феномен перевоплощения), при котором больные полностью ощущают себя превратившимися в мужчину/женщину.

Агрессивное поведение отмечено лишь в 25,6% случаев, преимущественно у больных с переживаниями раздвоения своего “Я”, одержимости (феноменом расщепления) на фоне маниакального или смешанного аффекта. Ни в одном случае агрессивное поведение не достигало такой степени выраженности, которая повлекла бы за собой обращения в правоохранительные органы.

Таким образом, у больных с бредовой деперсонализацией часто наблюдается патологическое поведение. Выделение феноменов бредовой деперсонализации позволяет в определенной степени предсказать характер поведенческих расстройств и предотвратить ситуации опасные как для жизни и здоровья самого больного, так и его окружения.

## МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНОТЕКУЩЕЙ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

П. О. Бомов, С. О. Рейблат,  
И. В. Городошникова  
(Оренбург)

С учетом преобладания в настоящее время в медицинской науке биопсихосоциальной парадигмы психических расстройств становится актуальным изучение социально-фрустрирующих факторов и механизмов психологической защиты у больных шизофренией, особенно у пациентов с длительным течением заболевания. Для изучения данного вопроса были обследованы 28 больных параноидной шизофренией обоего пола (20 женщин и 8 мужчин), находящихся на стационарном лечении, в возрасте 33–59 лет с длительностью заболевания более 5 лет. Использовались клиничко-психопатологический метод с объективизацией по клинической шкале самоотчета (SCL – 90 – R), экспериментально-психологический (опросник “Индекс жизненного стиля”). По данным опросника SCL – 90 – R у всех больных получены довольно завышенные значения по шкалам: соматизация (2,16), обсессивность-компульсивность (3,70), межличностная тревожность (2,41), фобическая тревожность (4,0), психотизм (2,3), что свидетельствует о яркой психопатологической симптоматике в актуальном статусе. Причем у мужчин значения по шкалам “межличностная тревожность” и “фобическая тревожность” завышены в большей степени, чем у женщин. У женщин, больных шизофренией, выявлены следующие механизмы психологической защиты: регрессия, отрицание, подавление, замещение, которые в значительной мере препятствуют достаточной социальной и трудовой адаптации больных. У мужчин в исследовании доминировали компенсация и отрицание, как варианты психологической адаптации. Полученные результаты отражают синдромальный профиль обследованных больных, а также ведущие механизмы их психологической адаптации, что в последующем даст возможность более адекватно использовать методы психофармакотерапии и психореабилитационных мероприятий как в стационарных, так и в амбулаторных условиях у данного контингента больных.

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПРИСТУПОМ ШИЗОФРЕНИИ

И. А. Былим, Ю. М. Шикин  
(Ставрополь)

Впервые возникшее тяжелое психическое заболевание является серьезным биологическим и социальным потрясением для больных и его родственников. Современные представления о природе расстройств шизофре-

нического спектра постулируют необходимость раннего выявления и лечения первого психотического состояния, что позволяет значительно уменьшить разрушительное воздействие психоза на психику больного, способствует улучшению долгосрочного прогноза.

Основной задачей организованного в Ставропольской краевой клинической психиатрической больнице №1 отделения первого психотического эпизода является минимизация негативного влияния болезни и психосоциального стресса на самого больного и его родственников и оказание специализированной помощи в наименее стигматизированных условиях. Целесообразность организации подобного отделения обусловлена современными мировыми требованиями к лечению шизофрении, основными из которых являются: ускорение наступления ремиссии, уменьшение социальных потерь, профилактика повторных обострений психоза и хронификации эндогенного процесса с уменьшением длительности и числа госпитализаций.

Основным принципом оказания помощи в ОППЭ является метод полипрофессионального бригадного обслуживания с участием врача-психиатра, психолога, социального работника, медицинских сестёр. Члены бригады обучены навыкам психотерапии, психосоциального лечения и реабилитации душевных больных.

Биологическая терапия больных с первым психотическим эпизодом в большинстве своём осуществляется атипичными нейролептиками. Классические нейролептики используются в инъекционных формах на этапе купирования психомоторного возбуждения и снижения аффективной насыщенности патологических переживаний, с последующим переходом на атипичные нейролептики.

Помимо биологической терапии, значительное место в программе первого эпизода занимают различные виды психосоциального вмешательства. В отделении на постоянной основе проводятся следующие варианты групповой работы: психообразовательная группа для больных с первым психотическим эпизодом (12 занятий 2–3 раза в неделю 8–10 человек по 40 минут); психообразовательная группа для родственников (1 раз в неделю); группа творческой активности и личностного роста (2 раза в неделю по часу).

Для оценки клиничко-социального эффекта программы первого психотического эпизода были исследованы две группы пациентов, страдающих шизофренией: первая группа – 46 больных с первым эпизодом, лечившихся в 2002–2003 гг. (до организации отделения первого психотического эпизода), и вторая группа – из 54 пациентов, курируемых в отделении первого эпизода в 2004–2005 гг. Сравнительный анализ результатов биологической и психосоциальной терапии свидетельствует о том, что в условиях первого психотического эпизода отмечается сокращение сроков купирования психотической симптоматики, уменьшение числа повторных госпитали-

заций и более высокий уровень социального функционирования.

### ПРОБЛЕМА ВОСПРИЯТИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ИЛЛЮЗИЙ БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С. О. Бышок  
(Москва)

Серьезные нарушения восприятия при шизофрении объективируются в симптомах (бред, галлюцинации и пр.), вместе с тем более тонкие, частные нарушения зачастую не обнаруживаются или не исследуются.

Иллюзиями зрительного восприятия называют как неадекватное отражение субъектом воспринимаемого предмета и его свойств, так и сами конфигурации зрительных раздражителей. Количество исследований, посвященных изучению особенностей восприятия зрительных иллюзий больными шизофренией, крайне мало. Имеющиеся исследования посвящены частным случаям, в общем виде вопрос не рассматривается. В исследованиях игнорируются уровень образования, длительность заболевания, наличие помощи со стороны экспериментатора.

В представляемом исследовании экспериментальную группу составили 44 пациента с диагнозом “параноидная шизофрения, непрерывнотекущая форма”, контрольную – 26 испытуемых, не имеющих психических заболеваний. Группы гомогенизированы по возрасту и полу. Испытуемым предъявлялись 25 зрительных иллюзий, относящихся к группам: двусмысленные изображения (8), истинные иллюзии (4), инсайт-изображения (5), поисковые задания (2), “невозможные” изображения (6). Оценивались латентное время реакции и степень самостоятельности выполнения задания (по 5-балльной шкале). У больных шизофренией наблюдалось увеличение латентного времени в поисковых заданиях и “невозможных” изображениях и низкая восприимчивость к истинным иллюзиям и инсайт-изображениям. В этой связи обсуждаются вопросы об особенностях когнитивного снижения при шизофрении, о трудности принятия помощи экспериментатора и о диагностической ценности результатов.

### К ВОПРОСУ О ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

М. В. Вандыш  
(Москва)

Анализ стационарного контингента свидетельствует, что у ряда больных шизотипическим расстройством заболевание сопровождается значительным снижением качества жизни, повторными госпитализациями, кроме того – существенными трудностями при терапии.

С целью анализа проблем психофармакотерапии на последовательных этапах течения болезни (начальный, обострение, ремиссия) клинико-катамнестически обследо-

ваны 90 больных Клиники им. С.С.Корсакова ММА им. И.М.Сеченова (средний возраст 31,61±11,03 года; диагноз F21.3 “псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения”).

Результаты исследования.

На ранних этапах приоритетная клиническая проблема – обоснование показаний для психофармакотерапии при неочевидном начале болезни. Определяющее значение в этом отношении имеют – констатация неэффективности педагогической (немедицинской) коррекции расстройств адаптации подростков при достаточной сформированности клинических признаков, соответствующих понятию “расстройства” (МКБ-10).

Трудности выбора лечебной тактики на этапе стационаризации обусловлены полиморфизмом неврозоподобной симптоматики, ее сосуществованием с аффективными, личностными, психоорганическими и др. расстройствами (в том числе, дефицитарными). Сказанное предопределяет необходимость сочетания препаратов разных классов (антипсихотики, антидепрессанты, нормотимики, транквилизаторы); применения как традиционных, так и атипичных нейролептиков.

Высокий удельный вес прогностически неблагоприятных случаев обусловлен в значительной мере неэффективностью поддерживающей терапии у больных с характерными проблемами комплаентности, отсутствием преемственности после выписки из стационара.

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ВЕРБАЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т. В. Варнакова, М. С. Артемьева  
(Москва)

Под длительным катамнестическим наблюдением (7 лет) находились 7 пациентов (возраст 30–55 лет) с шизофренией. Клиническая картина заболевания исчерпывалась психопатоподобными, неврозоподобными расстройствами и нарушениями пищевого поведения. При этом, после нескольких лет наблюдения у больных на фоне острых инфекционных заболеваний, соматического неблагополучия со снижением веса развивались вербальные галлюцинации. Галлюцинации не вызвали у больных страха, были им интересны, носили бытовой или профессиональный характер (например, у музыканта звучала музыка), не имели четкой внешней или внутренней проекции, не было характерного для псевдогаллюцинаций чувства “сделанности”. Нарушений поведения, обусловленных галлюцинациями, не отмечалось. Описанные выше обманы восприятия купировались на 3–4 день лечения. В катмнезе на фоне подъема температуры повторно развивались вербальные галлюцинации аналогичного содержания, которые могли проходить без лечения при нормализации соматического состояния. Ведущей была дезинтоксикационная и ноотропная тера-

пия. У больных контрольной группы с эндогенными галлюцинациями отмечалась их стойкость (не менее 2-х недель), сочетание с различного рода бредовыми убеждениями, чувством “сделанности”. Эти пациенты получали нейролептическую и ноотропную терапию.

Таким образом, в ходе исследования проведен дифференциальный диагноз вербальных галлюцинаций экзогенно-органического характера у больных шизофренией с целью уточнения показаний к лечению в отделениях санаторного типа или амбулаторного, подчеркнута необходимость учитывать при сборе анамнеза возможность развития у больных шизофренией кратковременных галлюцинаторных расстройств экзогенно-органической природы.

### **К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ МАНИФЕСТНЫХ ДЕПРЕССИВНО-БРЕДОВЫХ ПРИСТУПОВ ЮНОШЕСКОГО ЭНДОГЕННОГО ПРИСТУПООБРАЗНОГО ПСИХОЗА**

А. М. Вдовенко  
(Москва)

В результате клинико-психопатологического анализа 50 больных с манифестным приступом ЮЭПП депрессивно-бредовой структуры установлены особенности: полиморфизм клинической картины и незавершенность синдрома, дисгармоничность депрессивной триады; частое сосуществование острого чувственного и интерпретативного бреда при разной доле их участия; высокий процент кататонической симптоматики; большой удельный вес когнитивных нарушений; на этапе ремиссии – тенденция к недооценке перенесенного состояния, формирование вытесняющих стратегий поведения, низкий комплаенс. Руководствуясь принципом структурного полиморфизма, выделены типологические варианты: депрессивно-бредовые приступы гомономной (структурно-простые) и гетерономной (структурно-сложные) структуры. Второй тип разделен по выраженности доминирования депрессивного или бредового симптомокомплекса. Гомономные депрессивно-бредовые приступы (11 больных) характеризовались наличием выраженных депрессивных расстройств и неконгруэнтных острых интерпретативных монотематических бредовых идей. В структуре гетерономных приступов с доминированием бредового симптомокомплекса (20 больных) депрессия сочеталась с интерпретативным и чувственным бредом, синдромом Кандинского–Клерамбо и явлениями малой кататонии. При гетерономных приступах с доминированием депрессивного симптомокомплекса (19 больных) на фоне выраженной депрессивной симптоматики приоритетным было участие острого чувственного бреда при наличии элементов острого интерпретативного с тенденцией к парафренизации его фабулы, частым развитием онейроидного помрачения сознания и явлениями кататонии. Для определения прогностической значимости для течения и исхода заболевания данной типо-

логии планируется изучение катamnестической группы больных с длительностью катмнеза свыше 10 лет.

### **ВЛИЯНИЕ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ**

Т. Ф. Волчкова, Ю. В. Дроздовский  
(Омск)

Современный взгляд на диагностику шизофрении подразумевает выявление не только позитивных и негативных симптомов, но и признаки нейрокогнитивного дефицита. Многие авторы отмечают влияние нарушений познавательной деятельности на уровень социальной адаптации. Несмотря на то, что ведущая роль наследственных детерминант в этиологии шизофрении очевидна и определяется большим коэффициентом наследуемости, выявление и идентификация систематических средовых факторов общесемейного характера также немаловажны. Определение этих факторов и понимание механизмов их взаимодействия с генотипом, предрасполагающим к развитию психоза, могут оказаться реальной основой для разработки профилактических мероприятий в соответствующем направлении, а также изменить отношение к процессу реабилитации больных шизофренией.

В рамках научно-исследовательской работы, направленной на выявление влияния на адаптацию и социальное функционирование пациентов с прогрессивными формами шизофрении различных лечебно-реабилитационных подходов в условиях дневного стационара, был проведен анализ соотношения социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита в изучаемой группе. С этой целью проводился набор нейропсихологических тестов, заполнялись Шкала оценки когнитивных процессов, Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни больных. В результате была выявлена взаимосвязь между нарушением основных познавательных процессов и снижением показателей социального функционирования. Все пациенты в ходе исследования вовлекались в процесс психосоциальной реабилитации, включавший тренинги различного уровня сложности и направленности. При повторном обследовании было выявлено улучшение социального функционирования на фоне уменьшения степени снижения нейрокогнитивного дефицита.

### **РАССТРОЙСТВА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ-ВЕРУЮЩИХ (НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ)**

Б. А. Воскресенский  
(Москва)

1. В работе по проблеме “психиатрия и религия” мы исходим из трихотомической концепции личности – душа-тело – (Д.Е. Мелехов, Б.А. Воскресенский).

2. Клиническое исследование больных с расстройствами шизофренического спектра показало, а метод семантического дифференциала объективизировал вариабельность соотношения психопатологических расстройств и религиозных переживаний: 1) переживания религиозного содержания оказываются не духовным поиском, но лишь проявлением болезни (непрерывнотекущая шизофрения, парафренный синдром – в традиционной терминологии); 2) при более благоприятном течении заболевания “здоровые” религиозные переживания включаются в психопатологические расстройства лишь в период приступа; 3) вера и болезнь раздельны. Тем самым, полагаем, подтверждается обоснованность разграничения духовного и душевного, значимого для клинической психиатрии и теоретически, и практически.

3. Пациентам первой группы поддержание, культивирование религиозных переживаний не показано, по крайней мере, в период обострения заболевания. Во второй, специальная деятельность, связанная с верой, церковной жизнью (к чему такие люди нередко стремятся) также нежелательна, но участие в деятельности общины на общих основаниях вполне возможно. Для третьей ограничений не ставится.

4. Правоммерно говорить о психотерапевтически-реабилитационном воздействии духовной сферы. Больные, сознательно стремившиеся к полноте церковной жизни (независимо от реальной “продвинутой” в ней), констатировали благоприятное воздействие веры на болезнь, даже при объективно утяжеляющейся симптоматике. Они “воспринимали болезнь как крест” и “это приносило им облегчение”, а клинически проявлялось более ответственным отношением к лечению, смягчением поведенческих расстройств. Отметим, что депрессивные и выраженные апатические расстройства (“несение креста” – это и этическая эмоция) отсутствовали.

#### ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ТЕЧЕНИЯ ШИЗОФРЕНИИ

О. В. Герасимова, Т. Д. Савина, В. А. Орлова  
(Москва)

Данное исследование является продолжением нейропсихологических исследований шизофрении, проводимых генетической группой отдела по изучению состояния риска функциональных психических расстройств НЦПЗ РАМН, установивших аномалии ряда корково-подкорковых зон при шизофрении. **Задача исследования:** изучение особенностей вовлеченности в патологический процесс структур головного мозга при различных формах течения шизофрении.

Было обследовано 49 больных шизофренией, из них 25 – с непрерывными формами течения заболевания (параноидная F20, вялотекущая F21), 24 – с приступообразными (шубообразная F20.1, рекуррентная F20.3).

**Методы исследования:** схема А.Р. Лурии, статистический анализ нейропсихологических показателей.

**Результаты исследования:** наиболее выражены функциональные нарушения подкорковых зон билатерально, подкорково-лобных и подкорково-височных зон левого полушария. Таким образом, полученные данные подтверждают результаты наших предшествующих исследований и показывают, что при непрерывнотекущих формах шизофрении имеет место более выраженная функциональная патология субстрата, чем при приступообразных.

#### ДИНАМИКА КОМПЕНСАТОРНЫХ РЕАКЦИЙ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

А. В. Голенищенко  
(Оренбург)

Разделяемая отечественными и зарубежными авторами биопсихосоциальная природа шизофрении предполагает участие социально-психологических факторов в становлении, течении, исходе шизофренического процесса. Это обуславливает широкие возможности психотерапии, направленной на коррекцию и восстановление утраченных в результате болезни психологических, социальных составляющих. Целью работы было определение эффективности влияния определенных психотерапевтических методов на формирование адаптационных механизмов психологической защиты и копинг-поведения у больных, страдающих шизофренией на этапе формирования ремиссии. Обследовано 97 пациентов, страдающих различными формами шизофрении и типами течения. Использовались методы: клинко-психометрический (оценка состояния больных по шкале PANSS – адаптированная русская версия SCI-PANSS), опросник FKBS, направленный на исследование механизмов психологических защит (разработан U. Hentschel и соавторами в 1988), опросник SVF (разработан W. Janke, G. Erdmann, W. Kallus в 1985) для исследования копинг-механизмов. Суммарная оценка по методике PANSS снизилась на 31,4%, средние показатели по шкале позитивных синдромов – на 28,4%, по шкале негативных синдромов – на 31,8%, по шкале общих психопатологических признаков – на 32,5%. Изучение механизмов психологической защиты по шкале FSKB показало, что примитивные, незрелые механизмы психологической защиты (“обращение против объекта”, “обращение против себя” и “отрицание”) уменьшают свое дезадаптирующее действие в процессе психотерапии ( $p < 0,01$ ). По шкале SVF увеличилась частота использования конструктивных копинг-стилей: достоверно ( $p < 0,01$ ) повысились значения шкалы “потребность в социальной поддержке”, снизилась степень выраженности неконструктивных копинг-стилей, ведущих к нарушениям проблемно-решающего поведения: “агрессия”; “самообвинение”; “тенденции избегания”; “мыслительное застревание”; “отчаяние”; “сострадание к себе”; “отрицание вины” и “отвлечение



от ситуации". Данные результаты свидетельствуют о высокой эффективности комбинированного (биологического и психотерапевтического) лечения.

### **АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ИСТЕРОФОРМНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ**

О. А. Даниленко

(Томск)

На базе второго отделения клиник НИИПЗ проводится изучение двух групп пациентов шизофренического спектра с истероформной симптоматикой и без таковой. Изучение продуктивной и негативной симптоматики по методике PANSS не выявило при поступлении значимых различий между пациентами двух групп. При выписке отмечалось более выраженное снижение общих симптомов у истероформных больных и достоверно большее уменьшение балла по шкале негативных расстройств. У данных больных по мере ухода острой психотической симптоматики в клинической картине на первый план выходят истероформные расстройства, длительное время маскирующие негативные процессуальные изменения. При обследовании по шкале оценки негативных расстройств Логвинович Г.В. выявлено преобладание в основной группе нарушений по типу "искажения" в ассоциативной, эмоциональной и волевой сферах. Это приводило к оценке окружающими состояниями пациентов как менее болезненного. У всех пациентов с истероформной симптоматикой объективные показатели качества жизни были выше субъективных, что объясняется завышенными требованиями без учета возможностей их реализации. Однако такая "неудовлетворённость" имела различные последствия для изучаемых нами больных. С одной стороны, она обуславливала длительное сохранение активности пациентов в достижении желаемого уровня жизни, препятствовала формированию пассивно-социальной отгороженности; в тоже время зачастую приводила к напряженным, конфликтным отношениям с родственниками и окружающими, не способными, по их мнению, обеспечить им достойное существование.

Всё это даёт основание считать пациентов шизофренического спектра с истероформной симптоматикой особой клинической группой с относительно высоким реабилитационным потенциалом.

### **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

М. К. Денисенко

(Н.Новгород)

На сегодняшний день существует целый ряд семейных вмешательств, применяемых при работе с семьями больных шизофренией. Большинство из них проводятся

в групповом формате. Работа должна обязательно включать образовательный компонент, элементы тренинга проблемно-разрешающего поведения и коммуникативных навыков, оказывать эмоциональную поддержку семье. Современные тенденции в развитии помощи направлены на более дифференцированный подход к ближайшему окружению с учетом особенностей функционирования каждой отдельной семьи. Объем, длительность и содержание психотерапевтических интервенций основываются на ряде феноменов, которые происходят в семье, где есть человек, страдающий хроническим психическим заболеванием.

Во-первых, столкновение с психиатрическим диагнозом приводит к серьезному семейному кризису. Чтобы принять диагноз и адаптироваться к нему, семья проходит этапы сродни стадиям проживания тяжелой утраты. Первая реакция – это шок и отрицание, затем гнев и обида, потом стадия вины и навязчивых размышлений, далее депрессия и принятие. Непринятие болезни семьей приводит к открытым конфликтам, взаимным обидам, упрекам и разочарованию. Одной из причин такого неприятия является боль, связанная с потерей близкого – такого, какого его знали и любили, боль от утраты надежд на будущее и несбывшихся ожиданий, страх социальной изоляции.

Во-вторых, болезнь изменяет обычный характер взаимоотношений в семье. Забота о больном члене семьи существенно сокращает личное время каждого, вынуждает тратить энергию и финансы, которые могли быть направлены на удовлетворение других жизненных запросов, на уход за больным. Кроме того, роль опекающего может отрицательно влиять на профессиональную деятельность, общественную жизнь и взаимоотношения с другими людьми. Поэтому следует принимать во внимание потребности этих лиц, высокий уровень стресса и их эмоциональную реакцию на происходящее.

В-третьих, происходит формирование созависимых отношений. Созависимость это патологическая, аффективно окрашенная зависимость от другого человека, когда центрированность на его жизни приводит к нарушению собственной адаптации. Созависимость вызывает жесткое распределение ролей, где здоровый родственник – сильный, контролирующий и компетентный, а больной – беспомощный, зависимый и безответственный. Созависимость усиливает контроль, гиперопеку, формирует парадоксальное или отвергающее поведение. Созависимая семья – система, где нет дифференцированных членов, а есть нечто объединенное общей болью и не имеющее права отделиться друг от друга.

### **ШИЗОФРЕНИЯ ИЛИ "...ГРУППА ШИЗОФРЕНИЙ"? СТО ЛЕТ СПУСТЯ**

В. В. Дунаевский

(Санкт-Петербург)

В 1911 г. была опубликована монография Е. Bleuer "Demencia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien". С

тех пор представление о новой болезненной форме при всей своей изначальной умозрительности утвердилось не только в сознании профессиональных психиатров, но и в общественном сознании в качестве мнения о вновь открытом психическом заболевании. Его всестороннее изучение стало едва ли не лейтмотивом исследовательской психиатрии уходящего столетия.

Является ли то, что мы обозначаем термином “шизофрения”, всего лишь представлением, возникшим в сознании людей как результат общественного договора или объективной реальностью, явлением, подобным другим категориям, изучаемым медицинской наукой? Под знаком этой альтернативности феномен шизофрении рассматривается в теоретической психиатрии и по сегодняшний день.

Достоверно установленным следует признать следующее: конкордантность по шизофрении нарастает с увеличением генетического сходства (степени родства) и достигает своего максимума у однояйцовых близнецов; у некоторых больных из этой группы объективно выявляются структурные церебральные нарушения; клинически идентичные статусы эквивалентно могут возникать как био-, так и психогенетически; независимо от первопричин, ее порождающих, шизофрения представляет собой клинический феномен, однозначно воспринимаемый самыми разными людьми (включая и непрофессионалов) на чувственном уровне; бытие этих субъектов чаще всего характеризуется тотальной личностной и социальной дезорганизацией и дисгармонией.

Это означает, что при всем разнообразии мнений попытка обосновать представление о феномене шизофрении как о монолитном явлении исключительно биогенетического происхождения по-прежнему остается недостижимой мечтой, само же понятие “шизофрения” до настоящего времени представляется эклектическим, заключающим в себе широкий спектр как структурно-динамических, так и генетически разнородных сателлитных форм.

#### **СВЯЗЬ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДИНАМИКОЙ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ И СОСТОЯНИЙ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ**

Р. С. Егоров, А. С. Чемезов  
(Оренбург)

Фундамент современных представлений о личностных изменениях при шизофрении был заложен Э. Крепелиным (1919) и Э. Блейлером (1930). Результаты многих исследований свидетельствуют, что личностные изменения являются стержневыми нарушениями при шизофрении и во многом определяют уровень социального функционирования, а их изучение является актуальной и современной проблемой (Gold J.M., Harvey P.D., 1993; Cannon T.D. et al., 2000; Harvey P.D., Keefe R.S.E., 2001).

**Цель:** Выявить зависимость состояния адаптации больных шизофренией от динамики личностных состояний в процессе лечения.

**Материал и методы исследования:** 30 лиц мужского пола в возрасте от 24 до 45 лет больных параноидной формой шизофрении. Для достижения поставленной цели с помощью методики самооценки психических состояний Айзенка были изучены такие личностные состояния, как тревожность, фрустрация, ригидность, агрессивность, а такие личностные свойства, как самооценка, сила и активность – с помощью методики личностного дифференциала. Уровень социального функционирования (УСФ) оценивался по шкале GAF.

**Результаты:** у 19 больных в результате лечения отмечалось приближение исследуемых показателей к средним величинам, которым соответствовал относительно компенсированный УСФ. У 7 больных степень выраженности личностных изменений не достигала средних значений, а УСФ этих лиц был умеренно декомпенсированным. У оставшихся 4 больных не отмечалось динамики личностных свойств и состояний, и УСФ был выражено декомпенсированным.

**Вывод:** проведенное исследование позволило выявить личностные мишени, воздействуя на которые можно достичь более успешной адаптации больных шизофренией.

#### **КЛИНИКА ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА: РЕЗУЛЬТАТЫ ПЯТИЛЕТНЕГО КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Ю. С. Зайцева, И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер  
(Москва)

**Цель исследования:** изучение клинических, социальных и нейропсихологических особенностей пациентов с первыми психотическими эпизодами, получавших лечение в условиях долгосрочной (5-тилетней) комплексной специализированной программы помощи, осуществляемой в клинике первого эпизода болезни с последующей оценкой ее эффективности.

**Методы:** Исследование проводилось на базе клиники первого психотического эпизода Московского НИИ психиатрии, в основу работы которого была положена разработанная программа комплексного терапевтического вмешательства для пациентов с впервые выявленными психотическими состояниями. Были обследованы 114 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получавших лечение в условиях ранее разработанной программы. В выделенной когорте оценивались клинико-нейропсихологические и социальные параметры на протяжении 5-ти лет. Эффективность программы оценивалась в сравнительном аспекте двух групп пациентов, получавших помощь в условиях комплексной программы ведения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в клинике первого психотического эпизода (1 группа, n=114), и

того же контингента больных, получавших лечение в условиях традиционной помощи (психоневрологического диспансера №14 и Московской клинической психиатрической больницы №4 им. В.П. Ганнушкина (2 группа, n=109).

**Результаты:** Клинико-психопатологическое и нейропсихологическое изучение пациентов с первыми психотическими эпизодами на протяжении 5-тилетнего периода наблюдения в целевой когорте больных позволило выделить различные особенности нейрокогнитивных нарушений в зависимости от клинических особенностей, вариантов течения и степени прогрессивности шизофрении. Пятилетнее катамнестическое исследование долгосрочной комплексной программы ведения больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в клинике первого психотического эпизода показало сравнительную эффективность с традиционной системой помощи данному контингенту больных по основными клинико-социальным параметрам. В процессе долгосрочного ведения в условиях специализированной программы повышается качество ремиссии ( $p < 0,001$ ), снижается число повторных обострений и повторных госпитализаций в стационар ( $p < 0,001$ ), повышается compliance ( $p < 0,001$ ), улучшаются функциональные исходы заболевания. На протяжении 5-тилетнего катамнеза получена противоположная динамика с ухудшением клинико-социальных показателей в традиционной системе помощи в течение 5-ти лет.

**Выводы:** Нарастание негативного характера показателей и обнаружение усиления нейрокогнитивного дефицита в группах с более выраженной прогрессивностью болезни, с одной стороны, и увеличение различий по клиническим и социальным параметрам, с другой, подтверждают значимость указанного 5-тилетнего периода как “ключевого” для предотвращения неблагоприятного течения шизофрении.

#### ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Е. П. Зиньковская, А. Ж. Петрикас  
(Тверь)

Цель работы – изучение стоматологического статуса, гигиенических навыков у психически больных. На базе ТОКПНД обследовано 56 больных. Гигиенический статус оценивался с использованием индекса зубного налета Silnes-Loe. Навыки ухода за полостью рта отрабатывались у 22 больных с помощью центра “Braun Oral-B”. Оценка эффективности использования ирригатора полости рта проводили методом локальной pH-метрии с применением стимуляции метаболической активности микрофлоры. Контрольную группу составило 18 здоровых лиц. Анализ показал, что 2 раза в день чистят зубы лишь 17 больных (30,35 %), 1 раз – 24 (42,85%), а остальные 15 (26,8 %) пациентов чистят зубы “от случая к случаю”. На кровоточивость десен указали 38 чело-

век (67,85%). Показано, что состояние зубов по индексу зубного налета Silnes-Loe у обследованных больных было в 1,9 раза хуже, чем в контрольной группе ( $p < 0,05$ ). Начальные значения pH зубного налета в группах обследованных достоверно отличались (у пациентов регистрировалось значительное снижение данных показателей). После применения ирригатора отмечено резкое увеличение pH у лиц основной группы, что говорит о выраженном подавлении активности ацидогенной микрофлоры налета. При применении для стимуляции карбамида отмечалось увеличение pH налета, одинаковое в обеих группах. Повторное использование ирригатора выявило более выраженное достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение pH у обследованных больных по сравнению с контрольной группой (в 2,3 раза). В связи с этим возникает необходимость приближения стоматологической помощи к ПНД. Это могло бы способствовать своевременному снижению риска стоматологических осложнений при постоянном приеме психотропных препаратов, повышению гигиенических навыков ухода за полостью рта, тем самым улучшая качество жизни психически больных.

#### ДИСКИНЕТИЧЕСКИЕ РЕМИССИИ ПРИ ПРИСТУПООБРАЗНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Н. А. Ильина, Н. В. Захарова  
(Москва)

Современные систематики ремиссий при шизофрении не предполагают выделения варианта с остаточной кататонической симптоматикой, хотя многие авторы указывали на возможность становления таких ремиссий.

Цель настоящего исследования – анализ длительных (5–33 года) ремиссий при приступообразной шизофрении с облигатным наличием остаточной кататонической симптоматики. В связи с преобладанием в клинической картине моторных нарушений такой тип ремиссий обозначен как дискинетический.

Клинико-катамнестическим методом в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель А.Б. Смулевич) НЦПЗ РАМН (директор А.С. Тиганов) обследовано 32 пациента – 14 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 31 до 63 (ср. возраст  $41,9 \pm 9,7$ ) лет, перенесших от 1 до 6 психотических приступов с кататоническими расстройствами. Все пациенты социально адаптированы – трудоспособны, проживают в семьях, самостоятельны в быту.

Для ремиссий дискинетического типа характерны нарушения мимики и моторики, стремление к деятельности со стереотипным подходом к его реализации, психомоторная инертность и “кататонические реакции” декомпенсации. Преобладание микрокататонической симптоматики возбуждения или ступора позволило выделить гиперкинетический и гипокинетический варианты дискинетических ремиссий. При первом варианте резидуальная кататоническая симптоматика проявляется в виде вычурных

гримас, “псевдоэкспрессивной” жестикуляции, речевого напора, склонности к персеверациям, ситуационно спровоцированных вспышек агрессии. При гипокинетическом варианте микрокататонические симптомы реализуются в виде застывшей мимики, моторной неловкости, пуэрильной речи с явлениями псевдобрадифрени и реактивных субступорозных состояний.

### **ПРОБЛЕМЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ СО СВЕРХЧАСТЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ**

Е. М. Кирьянова, Д. Ю. Ткачев, Н. Г. Шашкова  
(Москва)

Была выделена и изучена проблемная группа больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра, имевших этап сверхчастых госпитализаций в разные периоды заболевания (с частотой стационаризований от 2 раз и более за период менее года). Она составила около 8% от всех больных данной нозологии, находящихся под диспансерным наблюдением, и 47,4 % – с длительностью заболевания 20 и более лет. Эта группа пациентов больше других нуждается в психосоциальных вмешательствах, направленных на сокращение частоты госпитализаций, однако при проведении групповых психообразовательных программ нередко возникают определенные трудности: выраженная пассивность, связанная с эмоционально-волевым снижением, стереотипизация жизненного уклада, низкий уровень или отсутствие мотивации к переменам. У одной части таких больных вмешательство в их постоянные перемещения между больницей и домом вызывало активный протест; в сознании части пациентов преобладали рентные установки, частые госпитализации не тяготили и поддерживали их статус тяжелобольных; пласт проблем был связан с наличием остаточной продуктивной симптоматики с агрессивным поведением, грубым расстройством мышления. Выявленные трудности обуславливают необходимость полипрофессиональной работы с данным контингентом больных и его последующего ведения с участием врача-психиатра, медицинского психолога, психотерапевта, социального работника, направленной на формирование мотивации к психосоциальной реабилитации, контроля поддерживающего лечения, коррекции психологических проблем, возникающих на всех этапах реабилитационного процесса.

### **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА**

Е. В. Клембовская, Г. А. Фастовцов  
(Москва)

Шизотипическое расстройство как психопатологическая форма образует континуум от стабильных форм, примыкающих к расстройствам зрелой личности (шизотипическое расстройство личности), до перехода в дру-

гую нозологическую форму (шизофрения). Проблема отграничения шизотипических расстройств представляется актуальной и не решенной. В результате исследования было выявлено, что шизотипическое расстройство личности (ШРЛ) имеет клиническое сходство с дефицитарными резидуальными состояниями, клинически ограничено личностной сферой. ШРЛ клинически напоминает шизоидное расстройство личности, однако для него характерны определенные особенности мышления при отсутствии типичной динамики расстройства личности – склонности к декомпенсациям. ШРЛ следует дифференцировать от латентной шизофрении, по сути являющейся инициальным этапом шизофрении. Особое значение при этом приобретает динамический аспект, позволяющий выявить признаки “течения” эндогенного процесса. Психогенная провокация и клинические особенности шизофренической реакции требуют отграничения этой группы состояний от реактивных состояний, но, с другой стороны, шизофреноподобная симптоматика вызывает необходимость дифференцировать их от обострений и манифестного периода шизофрении. При бедной симптоматике шизофрении приобретает значение количественный аспект – в зависимости от выраженности дефицитарной симптоматики квалифицируется простая форма либо бедная симптоматика шизофрении. Определение динамических особенностей состояния позволит отграничить клинически сходные резидуальные состояния от бедной симптоматике шизофрении. Таким образом, основным дифференциально-диагностическим критерием шизотипического расстройства являются динамика заболевания и особенности смены симптомов в клинической картине психического расстройства.

### **АССЕРТИВНАЯ БРИГАДА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ И ИХ РОДСТВЕННИКАМ**

И. А. Койрах, А. Д. Шеллер, О. Н. Степанова  
(Омск)

В целях оказания помощи пациентам с впервые возникшими острыми психотическими состояниями, с учетом зачастую имеющегося у них негативного отношения к госпитализации, в БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова на базе отделения интенсивного лечения в сообществе в 2007 году было открыто новое направление – ассертивная бригада. Показания и противопоказания для направления стандартны для отделений, оказывающих помощь пациентам с первым психотическим эпизодом. При поступлении пациент проходит клиническое, психологическое и социальное обследование, после чего на совещании бригады составляется план лечебно-реабилитационных мероприятий. Акцент в работе с пациентами и их родственниками сделан на проведение психообразовательных программ, на осознание и принятие болезни как самим пациентом, так и его семьей. Реализуются

психологические и социальные программы, направленные на поддержку социального функционирования пациентов. Препаратами первого выбора в лечении данного контингента являются атипичные нейролептики и современное поколение антидепрессантов. При стабилизации психического состояния пациенты переводятся на специально созданные при отделении участки. Пациенты могут поступать на данные участки и минуя лечение в ассертивной бригаде или стационаре. В настоящее время данным направлением оказания помощи охвачено 473 пациента. Для оценки эффективности данной программы нами были выделены 2 рандомизированные группы пациентов по 100 человек в каждой. Первая группа пациентов – прошедшие лечение в Программе ИЛС, вторая – по каким-либо причинам не попавшие в Программу и продолжившие наблюдение на обычных участках диспансерного отделения. За время наблюдения пациенты, включенные в программу ИЛС, в 20% случаев дали повторные госпитализации, из них 50% – в дневные формы. Пациенты, наблюдаемые на обычных участках, дали 28% госпитализаций, из них 14% – в дневные формы. Регоспитализаций в течение года в программе ИЛС не было, во второй группе наблюдения отмечалось 50% регоспитализаций.

#### **ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Е. В. Колюцкая, Ю. Б. Загороднова  
(Москва)

В ходе изучения обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) при шизофрении выделены два самостоятельных симптомокомплекса: обсессивный бред и навязчивые галлюцинации. Высказано предположение, что обсессивно-галлюцинаторные и обсессивно-бредовые расстройства формируются в пределах бинарной, совмещающей проявления галлюцинаторно-бредовой и обсессивных осей, психопатологической модели. При этом бред и галлюцинации обнаруживают различные пути перекрытия с ОКР. Формирование обсессивного бреда происходит в результате замещения навязчивостями наиболее лабильных, предопределяющих тенденции дальнейшей динамики бреда, составляющих параноидного синдрома. Психопатологически незавершенные бредовые расстройства, объединяясь с явлениями генерализованной тревоги и овладевающими представлениями в рамках единого симптомокомплекса, сопровождаются сложным защитным поведением, включающим как бредовое избегание, так и элементы агорафобии и ритуалов. Навязчивые галлюцинации, напротив, образуются исключительно в процессе расширения (за счёт присоединения обманов восприятия) обсессивного синдрома. Навязчивые галлюцинации, оставаясь в пределах обсессивного синдрома, приобретают свойства вторичных психопатологических образований, обнаруживающих по ряду параметров непосредственную связь с обесси-

ями. Выделенные симптомокомплексы, являют собой устойчивые психопатологические образования с различными психопатологическими механизмами формирования коморбидных взаимосвязей. Наличие в клинической картине шизофрении явлений обсессивного бреда и навязчивых галлюцинаций во многом определяет особенности течения эндогенного процесса в целом.

#### **ГОСПИТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И АДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТЕРАПИИ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА**

Е. Г. Корнетова  
(Томск)

**Цель:** Выявить показатели длительности пребывания на койке, динамику клинических симптомов и время до повторной госпитализации пациентов с первым психотическим эпизодом в зависимости от проводимой терапии.

**Методы:** Проведено наблюдение 135 пациентов после первого психотического эпизода, получавших терапию классическим нейролептиком галоперидолом и атипичными антипсихотиками: амисульпридом, рисперидоном, оланзапином и кветиапином в стандартных дозах. Анализировались динамика показателей по PANSS, длительность пребывания пациентов в стационаре, показатели социальной адаптации и срок до повторной госпитализации.

**Результаты:** Лица, получавшие амисульприд, достоверно меньшее время находились на койке по сравнению с больными, принимавшими лечение другими атипичными антипсихотиками. Динамика позитивной симптоматики по шкале PANSS оказалась примерно сопоставимой для разных антипсихотиков. Длительность пребывания также определялась сопутствующими симптомами – двигательными, негативными, аффективными и общепсихопатологическими, которые оказались значительно меньше выраженными у больных, находившихся на терапии амисульпридом к шестой неделе лечения, что зафиксировано по соответствующим шкалам. У этой же группы пациентов обнаружены лучшие результаты по показателям социальной адаптации.

**Выводы:** Результаты исследования показывают необходимость оценки эффективности терапии первого психотического эпизода с позиции длительности пребывания на стационарной койке. Полученные данные о наименьшем времени госпитализации у пациентов, получавших амисульприд, свидетельствуют о преимуществе данного препарата по сравнению с другими атипичными антипсихотиками и галоперидолом в период активной терапии.

#### **ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОФШИЗОФРЕНИИ**

И. И. Кузьмин, А. В. Голенков  
(Чебоксары)

Диагностика коморбидных психических расстройств (ПР) представляет определенную сложность в клиничес-

кой практике. Профшизофрения (ПФШ) не является исключением.

Такой диагноз врачи выставляли больным шизофренией, сочетающейся с органическим поражением ЦНС, при рано начавшейся (детской) шизофрении с так называемым олигофреноподобным дефектом, органическом поражении ЦНС с психотическими нарушениями. В данных случаях (около 40%) игнорировались анамнестические сведения, недооценивались клинико-динамические показатели ПР, их начало и течение.

С другой стороны, больным с умственной отсталостью выставлялся ошибочный диагноз ПФШ при наличии характерного интеллектуального дефекта, осложненного психопатоподобным поведением, аффективными расстройствами, психотическими эпизодами экзогенной этиологии. В основе этих ошибок (25%) лежала неправильная клиническая оценка состояния, его структуры, недоучет причинно-следственных связей в развитии ПР.

35% неправильных заключений приходилось на больных, которым ПФШ не была поставлена в качестве окончательного диагноза, хотя отчетливо прослеживались безусловные признаки умственной отсталости и шизофрении. Структура негативных расстройств у больных выходила за рамки какого-то одного патологического процесса и включала характерную картину врожденного интеллектуального дефицита в сочетании с проявлениями шизофренического дефекта.

По данным нашего исследования, развитие шизофрении на фоне умственной отсталости (дебильность – 94,5%, имбецильность – 5,5%) происходило в широком возрастном диапазоне (от 12 до 62 лет), однако средний возраст ( $24,6 \pm 7,8$  года) больных соответствовал общепризнанному времени начала эндогенного процесса. Патопластическое влияние возрастного фактора, безусловно, могло затруднять постановку правильного диагноза. Видимо также мешало правильной квалификации ПФШ употребление многими этими больными (более 90%) психоактивных веществ, тенденция к совершению ими общественно опасных действий, нередко повторных.

### ПОДДЕРЖИВАЕМЫЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО И УЧЕБА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н. Б. Левина, Е. Б. Любов  
(Москва)

**Цели:** выделение факторов, способствующих работе и обучению в обычных условиях, и эффекта поддерживаемой занятости с позиции пациентов.

**Методы:** по оригинальному опроснику опрошен 41 больной (61% мужчин; возраст  $29,2 \pm 4,2$  лет; у 85% среднее образование) шизофренией  $8,1 \pm 2,3$  лет, работающих (70%) или учащихся (35%) не менее 6 месяцев в программе поддерживаемой занятости МНИИ психиатрии и ООИИ “Новые возможности”.

**Результаты:** для 50% пациентов трудоустройство первично. Несмотря на образовательный ценз, большинство

пациентов (70%) занято малоквалифицированным трудом. Опрошенные (>80%) указывают на пользу неполной занятости, по индивидуальному графику, обучения на рабочем месте, ценят помощь добровольцев ООИИ в поиске работы, эмоциональную поддержку, понимают важность лечения, выявления ранних симптомов рецидива в новых условиях функционирования. Как следствие, >70% пациентов привержены фармакотерапии, отмечают большее самоуважение, более оптимистичны в отношении выздоровления; в меньшей степени (<1/3 ответов) улучшено общение со здоровыми. Психические остаточные симптомы, самостигматизация – главные препятствия (>60% ответов) успешных работы и учебы. Лишь 10% респондентов отметили ухудшение психического состояния в первые 3 месяца занятости, успешно купированное амбулаторно.

**Выводы:** опрошенные ценят основные принципы реабилитационной модели поддерживаемой занятости, указывают перспективы ее развития.

### РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В НАРУШЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. А. Лоскутова  
(Москва)

Изучение нейрокогнитивного дефицита при шизофрении в действительности не раскрывает полностью сложный механизм взаимодействия познавательных функций с функционированием пациентов в социуме. Для понимания сути нарушений взаимоотношений в социальной среде, приводящих к социальной дезадаптации больных шизофренией, актуальны исследования социальных когнитивных функций, проводимые по следующим направлениям: 1) Социальное восприятие (способность управлять социальным поведением – понимать социальный контекст и осуществлять коммуникации в процессе социального взаимодействия); 2) Восприятие эмоций (входит в более широкое понятие “эмоциональный интеллект”); 3) Theory of Mind (внутренняя модель сознания другого, ВМСД – способность понимать намерения, состояние сознания другого человека); 4) Атрибутивный стиль (“приписывание” ответственности за позитивные/негативные события собственной жизни себе/другим).

Социальные когнитивные функции у пациентов, страдающих шизофренией, имеют особенности – нарушения социального восприятия, распознавания и обработки эмоций, способности выстраивать ВМСД, различных аспектов атрибутивного стиля. Уровень успешности выполнения пациентом, страдающим шизофренией, заданий на оценку социальных когнитивных функций коррелирует с уровнем функционирования пациента. Нарушение восприятия происходящих событий, представлений об отношении других к себе имеет особое значение для социальной адаптации.

С учетом вышесказанного, особенности нарушений социальных когнитивных функций при шизофрении должны явиться основой для разработки вмешательств, направленных на улучшение социального функционирования пациентов.

### **ПОКАЗАТЕЛИ СЕМЕЙНОЙ СПЛОЧЕННОСТИ КАК ИНДИКАТОР ДИНАМИКИ КОРРЕКЦИИ ОТНОШЕНИЯ СЕМЬИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ К ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ**

О. В. Макаревич, Н. Б. Лутова  
(Санкт-Петербург)

Отношение к назначаемым лекарствам самого пациента является значимым предиктором для дальнейшего соблюдения им режима медикаментозной терапии. При этом семья во многом предопределяет и поддерживает то или иное отношение пациента к предписанному лекарству, имея собственное мнение относительно назначаемых препаратов.

Использование структурированного интервью, разработанного в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, позволило выделить четыре типа отношения родственников к лечению психотропными препаратами: враждебный, отстраненный, манипулирующий и поддерживающий. Исследование показателя семейной сплоченности при помощи методики FACES у этих семей обнаружило высокую степень корреляции неконструктивных типов отношения семьи к медикации с нарушениями показателей семейной сплоченности (выявлены сцепленный и разделенный виды). После проведения диагностики типа отношения семьи к медикации и в ходе проведения коррекционной работы по устранению деструктивных типов отношения следует учитывать и вид семейной сплоченности, как вектор направления работы и показатель успешности психотерапевтических интервенций (например, усиление сцепленности семейной сплоченности при враждебном и манипулирующем типах отношения семьи – показатели неуспешной коррекции, как и усиление показателя разобщенности при отстраненном типе отношения семьи).

### **ОСОБЕННОСТИ ИНОЯЗЫЧНОГО ВЕРБАЛЬНОГО ГАЛЛЮЦИНОЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

Д. М. Менделевич, Е. Н. Анисимова  
(Казань)

Среди различных проявлений синдрома вербального галлюциноза при шизофрении мы обратили внимание на группу из 60 больных, у которых галлюцинаторная речь звучала на неродном пациенту языке. Чаще всего это были галлюцинации на немецком, английском языках. По словам 8 больных они слышали голоса инопланетян. По нашим данным иноязычному вербальному галлюцинозу присущи следующие параметры в области содержания структуры и течения. По содержанию иноязычная галлюцинаторная речь у 48 больных носила им-

перативный характер. Несмотря на незнание языка, больные шизофренией как бы “понимали” суть произносимого и выполняли соответствующие приказы и указания. В ряде случаев (31 больной), как и речь на родном языке, иноязычные галлюцинации зависели от расстройств мышления больных, в связи с чем фразы носили отрывочный характер. По сравнению с другими больными шизофренией, иноязычная речь носила более угрожающие и агрессивные интонации. У 45 больных это были мужские голоса. По структуре преобладали моновокальный иноязычный галлюциноз (у 49 больных), хотя в ряде наблюдений иноязычная речь сочеталась с галлюцинациями на родном языке (поливокальный галлюциноз). Возникновение иноязычного вербального галлюциноза может проявиться на любой стадии параноидной шизофрении, однако в наших наблюдениях он появлялся либо в начальной стадии, либо в развернутой стадии синдрома психического автоматизма. Если в начальной стадии шизофрении выявлялись истинные и ложные иноязычные галлюцинации, то в рамках синдрома Кандинского–Клерамбо они проявлялись псевдогаллюцинациями. Появление иноязычного галлюциноза может указывать на затяжное, чаще безремиссионное течение шизофренического процесса.

### **ПОСТПСИХОТИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ ПСИХОГЕННОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ**

В. А. Молодецких  
(Москва)

Под психогенным развитием понимаются (Н.И. Фелинская, 1963) характерологические нарушения, появляющиеся после перенесенного невроза или реактивного психоза. В настоящее время такие формы патологии представлены в основном в рамках посттравматического стрессового расстройства, рассматриваемого как следствие объективно тяжелого стрессового события. Однако в любом случае значение имеет, прежде всего, тяжесть субъективная. И в этом смысле чрезвычайным стрессовым событием иногда оказывается фабула острой параноидной реакции. Она настолько потрясает пострадавшего (во время психоза она воспринимается как реальность), что приводит к срыву нервно-психической деятельности и формированию клинической картины психогенного развития личности.

Прослежены два варианта такого развития – обсессивный и истерический. При первом варианте постпсихотическое астеническое состояние усложняется за счёт обсессивной (навязчивые страхи) симптоматики. Существенно, что возникают эти страхи в ситуациях, ассоциирующихся с первоначальной (в которой возник психоз). В ряде случаев интенсивность страхов столь велика, что на короткое время теряется способность их критической оценки, и больные ищут спасения от мнимой опасности. В наименее благоприятных случаях навязчивые страхи возникают в любой конфликтной или необычной ситуа-

ции. Тяжесть состояния этих больных подчёркивается выраженными и стойкими вегетативными нарушениями.

При истерическом варианте развития переживания, не отличаясь глубиной, обращают на себя внимание выразительной яркостью. Главной особенностью такого развития являются быстро наступающие характерологические изменения, дающие основание говорить о нажитой психопатии (расстройстве личности). Возникающие после психоза истерические реакции очень скоро становятся привычной формой реагирования, сочетаются со всё усиливающейся возбудимостью, взрывчатостью и конфликтностью больных. Частыми становятся ситуационно обусловленные состояния декомпенсации.

#### ГИБКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕСТ В ДНЕВНОМ-НОЧНОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРА ПЕРВОГО ЭПИЗОДА В УСЛОВИЯХ ОПТИМИЗАЦИИ КРУГЛОСУТОЧНЫХ КОЕК

О. И. Несифорова, И. М. Беккер  
(Набережные Челны)

С 2006 г. при дневном стационаре Набережно-Челнинского диспансера был открыт ночной стационар на 12 мест (две палаты по 6 коек для мужчин и женщин). С этого же времени при дневном-ночном стационаре был организован стационар первого психотического эпизода. В условиях повсеместной оптимизации круглосуточных стационарных коек больные первого психотического эпизода госпитализировались в стационар первого эпизода с гибким режимом пребывания. Первые несколько суток (до двух недель) они пребывали в режиме пациента дневного стационара с питанием и с *ночным пребыванием*. При этом, учитывая особенности контингента (студенты, учащиеся ВУЗов и СУЗов), мы, в рамках привлечения членов терапевтического сообщества в некоторых случаях, разрешали наблюдение за пациентами в ночное время родителям или иным близким родственникам. При улучшении психического состояния больные переводились на режим дневного пребывания с питанием без ночного пребывания. Особенности различного пребывания были согласованы с соответствующими тарифами оплаты через ФОМС. В течение трех лет ежегодно через такую гибкую систему пребывания в рамках полустационарных режимов проходило до 45–55 больных с первым психотическим эпизодом, что с одной стороны делало возможным экономию койко-мест в круглосуточных стационарах, а с другой стороны создавало наиболее оптимальные условия для первичной реабилитации больных и щадящего режима пребывания их в психиатрическом учреждении. Остающиеся места в ночном стационаре использовались для диагностирования лиц призывного возраста с целью исключения или подтверждения снохождения и сноговорения при этиологически различных клинических формах.

Данная категория лиц призывного возраста до открытия ночного стационара также блокировала до 5–6 коек круглосуточного стационара. Коэффициент стоимости тарифа

пациента дневного стационара с питанием и ночным пребыванием по отношению к пациенту дневного стационара с питанием, но без ночного пребывания, составлял 1,72, а к тарифу круглосуточного стационара – 0,64.

#### К ВОПРОСУ ФЕНОМЕНОЛОГИИ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА С НЕВРОЗОПОДОБНЫМ ОФОРМЛЕНИЕМ

С. Н. Осколкова  
(Москва)

Диагноз шизотипического расстройства используется все шире в общей и судебной психиатрии. Представляется, что в теоретическом подходе к его пониманию как психопатологической формы и при экспертной оценке больных следует учитывать динамику состояния – от стабилизации до перехода в форму шизофрении.

Клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методами исследовано 47 больных с верифицированным диагнозом шизотипического расстройства, у 30 человек выделен его неврозоподобный вариант. **Результаты:** У больных преобладали астенические черты; начальные проявления расстройства часто характеризовались их усилением, появлением аффективных колебаний, ипохондрических переживаний и сенестопатий. Реже возникала обсессивно-фобическая и деперсонализационная симптоматика. Динамика психопатологии на протяжении 15 лет была различна. Почти перманентно выявлялись фобии, обсессии и ритуалы. Эмоциональная окрашенность фобий со временем чаще уменьшалась, ритуалы дезактуализировались реже. Обсессии нередко сопровождалась ауто- или гетероагрессией, что свидетельствует о медицинской и социальной значимости данного диагноза. При неблагоприятной динамике неврозоподобного варианта шизотипического расстройства появлялись сензитивность с усилением неуверенности в себе, транзиторные бредовые идеи, тревожная депрессия, иногда с ажитированностью, утяжелялись сенестопатии. Нарастали аутизация, нарушения мышления. Многие больные диссимулировали эмоционально-волевые изменения, трудности мышления, чудачковатость “психологизировали”. Констатация шизотипического расстройства, экспертная оценка больных требуют системного, интегративного подхода, данных функционального диагноза.

#### ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ АФФЕКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

А. В. Павличенко, Я. В. Морозова  
(Москва)

В последние годы когнитивное снижение рассматривается как одна из ключевых характеристик шизофре-



нии. Его структура хорошо изучена при основных подтипах этого заболевания. Целью работы явилась попытка исследовать особенности когнитивного профиля у больных шизотипическим расстройством с преобладанием аффективных синдромов на отдаленных этапах динамики. Использовалась стандартная батарея тестов "The MATRICS Consensus Cognitive Battery" (MCCB), разработанная специально для оценки когнитивных нарушений при шизофрении.

Исследуемую группу составили 24 госпитализированных пациента. Средняя длительность болезни – 20,6 лет. Обследование проводилось в период становления ремиссии. Жалоб на ухудшение интеллектуальной деятельности не предъявлялось.

Были оценены 6 различных областей MCCB. Авторами этой батареи тестов предложены формулы для пересчета полученных в эксперименте данных в условные баллы. Более низкий балл соответствовал худшему когнитивному параметру. Среднее значение по каждому параметру для здоровых лиц составляет 50 баллов. У исследованных больных показатель скорости обработки информации составил 25,7 баллов; внимания/бдительности – 31,9 баллов; рабочей памяти (вербальная и невербальная) – 34,6 баллов; вербального научения – 37,7 баллов; визуального научения – 40,4 баллов; исполнительных функций (предвидение, планирование и импульсивный контроль) – 34,4 баллов.

Таким образом, когнитивный профиль изученных больных характеризуется общим снижением, с более выраженным дефицитом таких параметров, как скорость обработки информации, внимание и исполнительные функции.

#### **НАСЛЕДСТВЕННАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ АТИПИЧНОЙ ДЕПРЕССИИ НА АКТИВНОМ ЭТАПЕ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ ШИЗОФРЕНИИ**

О. Н. Павлова  
(Иркутск)

Изучена наследственная отягощенность у 30 больных вялотекущей шизофренией с преимущественно атипичной аффективной симптоматикой на активном (манифестном) этапе течения заболевания. В 66,7% у родственников 1 и 2 степени родства выявлены наследственная отягощенность по линии аффективных расстройств, неманифестного проявления шизофрении (шизотипическое расстройство), склонности к наркотизации, суицидальное поведение, включая завершённые суициды, а также аффективная патология или вялотекущая шизофрения в сочетании с алкоголизмом. Выделены особенности депрессивной симптоматики в зависимости от возраста инициального этапа: от стертых (маскированных) форм депрессии (в т.ч. психопатоподобного эквивалента) до конкретных жалоб на сниженное настроение с различной его модальностью. Отмечена атипичность проявлений

аффективной патологии. На активном этапе течения вялотекущей шизофрении на материале настоящих наблюдений аффективная симптоматика складывалась из "субпороговой" депрессии (Bayer M. et al., 2002), отдельных проявлений генерализованного тревожного расстройства в сочетании с бесфабульной тревогой, значительной представленностью атипичной симптоматики в виде своеобразной реактивности настроения, повышения аппетита, гиперсомнии, феномена "свинцового паралича", а также нетипичного суточного ритма. Патогномичным является выраженная аутохтонная астения в идеаторной и моторной сферах, выступающих как базисные расстройства коэнестеziопатического ряда в клинике вялотекущей ипохондрической шизофрении по А.Б.Смулевичу (2007, 2009). Клиническая картина усложняется за счет значительной частоты (87%) патологических телесных ощущений, атипичных панических атак, нозофобий, в ряде случаев до степени ипохондрических овладевающих представлений с постоянной рефлексией на своих ощущениях.

#### **ПРОГРАММА ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СООБЩЕСТВЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ПРИСТУП**

О. А. Паненко, О. Н. Степанова, А. Д. Шеллер,  
И. А. Койрах  
(Омск)

В Омской области создана Программа для лечения пациентов с первым психотическим эпизодом. В нее входят: стационарное отделение на 50 коек с 20 койками дневного пребывания, ассертивная бригада – 15 мест, а также психиатрические участки (в соответствии с округами города – 5). Помимо обычных показаний для включения пациентов в Программу, нами с января 2010 года дополнительно введены следующие: острые психотические стрессовые расстройства и иные психотические заболевания с аффективными колебаниями, поведенческими нарушениями, сверхценными увлечениями, транзиторными психотическими эпизодами с нарушениями социального функционирования пациентов в случаях, если эти изменения могут свидетельствовать о расстройствах продромального периода шизофрении. С 2007 г. данной программой охвачено около 1000 человек. Половина пациентов выбыла в связи с окончанием срока наблюдения, выездом, выявлением "ложного" первого эпизода. На сегодняшний день наблюдается 473 пациента, все трудоспособного возраста, более 90% страдают расстройством шизофренического спектра. 100% больных охвачены полипрофессиональной бригадной помощью. Более 85% пациентов получают активное лечение современными высокоэффективными лекарственными средствами, которые пациенты получают как за счет региональной льготы (выписка рецептов), так и из аптеки стационара. В 2010 г. в нашей области до-

полнительно принята региональная программа по лечению пациентов с первым психотическим эпизодом, рассчитанная на 5 лет. Анализ показывает, что наблюдение больных с начальными проявлениями шизофрении в особой группе оправдано, данный контингент нуждается в комплексном терапевтическом вмешательстве, основанном на внебольничных формах оказания помощи, с акцентом на психообразование. Таким образом, оказание помощи больным на начальных этапах течения шизофрении и расстройств шизофренического спектра в Омской области оформлено в структурированный, программно-целевой комплекс, работа которого постоянно анализируется с помощью специального программного продукта и совершенствуется.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Н. П. Першина, Е. Ю. Струкова, А. А. Логачёва  
(Тамбов)

С 2005 года в ОГУЗ "Тамбовская психиатрическая больница" на базе дневного стационара функционирует отделение, работающее по программе оказания помощи пациентам с первым психотическим эпизодом. Лечение больных основывается на комплексном подходе, подразумевающем единство фармакотерапии и различных методов психосоциального лечения и реабилитации. Психосоциальная терапия в отделении начинается сразу после купирования остроты заболевания. Проводятся психообразовательные занятия, занятия с родственниками, а ближе к выписке, по мере формирования ремиссии, пациенты включаются в социально-психологические тренинги. Для оценки эффективности проводимых мероприятий был проведен катamnестический анализ поступлений пациентов с диагнозом шизофрении и расстройства шизофренического спектра в дневной стационар за 2005–2009 годы. Невыборочным методом с помощью опросника изучены амбулаторные карты и истории болезни 119 пациентов. Только у 18,3% в дальнейшем наблюдались обострения, требующие стационарного лечения. Получали поддерживающую терапию на протяжении полугода – 86%, более года – 69%, более двух лет – 48%. Не госпитализировались и не поступали в стационар в течение последних 3 лет – 61% больных. 52% больных сохранили свой социальный статус, продолжили работать 32%, учиться – 13%, семейный статус сохранили 94%. Больные продолжали участвовать в реабилитационных программах по типу "Клубного дома". Таким образом, лечебно-реабилитационная работа по программе первого психотического эпизода на базе дневного стационара позволила в большей степени сохранить социальный статус, продолжить учебу, работу с сохранением прежних социальных связей.

### **ФАКТОР НАСЛЕДСТВЕННОГО ОТЯГОЩЕНИЯ КАК ПРЕДИКТОР ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ НИФЕДИПИНА**

В. А. Раюшкин  
(Москва)

Наряду с клиническими и фармакокинетическими показателями предикции положительного лечебного ответа на противорецидивную терапию у больных аффективными (АП) и шизоаффективными психозами (ШАП) большое значение приобретает анализ семейного фона родственников пробандов.

Обследовано 55 больных АП и ШАП, получавших в течение 2 лет профилактическое лечение антагонистом кальциевых каналов – нифедипином (39 респондеров и 16 нонреспондеров), а также их родственники I ст. родства (228) и II степени родства (191).

Только среди родственников 1 степени родства респондеров установлено накопление биполярных форм АП (12,7 на 1000), что примерно в 15 раз выше, чем в популяции населения (0,45–0,8:1000).

Обнаружена значительная распространенность среди родственников 1 степени родства шизофрении (26,3:1000). Среди родственников 2 степени родства случаев шизофрении выявлено не было. Среди родственников 1 степени родства нонреспондеров непрерывные формы шизофрении встречались в 1,5 раза чаще, чем в группе респондеров (28,2 и 19,1:1000), т.е. соответственно в 2 раза и в 3 раза выше показателей распространенности этого вида патологии в населении (9,59–10,0:1000). Приступообразные формы шизофрении встречались только в семьях респондеров (6,4:1000).

Алкоголизм встречался только среди родственников 1 степени родства, показатели его распространенности были в 2 раза ниже, чем в общей популяции (12,7 против 20,0 на 1000).

Таким образом, данные о накоплении случаев аффективных психозов среди родственников 1 степени родства выступали предиктором положительного превентивного действия нифедипина. Большая распространенность непрерывных форм шизофрении среди родственников 1 степени родства у нонреспондеров свидетельствует о хорошем прогнозе профилактического лечения нифедипином.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГРУППОВОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ**

Н. М. Ривкина  
(Москва)

**Цель:** Определить эффективность дифференцированных семейных воздействий при оказании помощи пациентам с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами.

**Материалы и методы:** Группу обследованных составили пациенты, получавшие комплексную медикаментозную и психосоциальную терапию с включением семейного воздействия (1-ая группа, 51 пациент), и их родственники (83 чел.) и пациенты, получавшие идентичное комплексное лечение без включения семейного воздействия (2-ая группа контроля, 51 пациент) в Клинике Первого Эпизода Болезни ФГУ МНИИП Росздрава. Пациенты обеих групп были сопоставимы по демографическим и клиническим характеристикам и, за исключением семейного воздействия, получали помощь одинакового объема и интенсивности.

Групповая работа с родственниками проводилась по разработанному нами модулю психосоциального воздействия, нацеленного на совладание со стрессом заболевания, психообразование, организацию социальной поддержки с целью предупреждения хронификации болезни.

**Результаты и выводы:** В сравнении с рутинной помощью, пациенты 1-ой группы демонстрировали более выраженную динамику показателей социального функционирования и качества жизни, в большем проценте случаев сохранили прежней круг общения (54,90% – в 1-ой группе, 41,17% – во 2-ой группе,  $p < 0,01$ ), вернулись к учебе, вновь устроились на работу ( $p < 0,05$ ). Одновременно, в годовом катамнезе пациенты 1-ой группы при ухудшении состояния достоверно чаще в сравнении со 2-ой группой получали помощь в амбулаторных условиях (55,6% и 38,46% соответственно,  $p < 0,01$ ), были комплаентны ( $p < 0,0001$ ).

Полученные данные позволяют говорить о том, что включение мультисемейного воздействия в систему психосоциальной терапии пациентов с первыми психотическими эпизодами по результатам годового катамнеза оказывает наиболее выраженное влияние на социальное функционирование, носит превентивно-сберегающий характер.

### ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

А. С. Розина  
(Томск)

**Актуальность:** широко рассматривается влияние различных клинических и социальных факторов на формирование показателей качества жизни (КЖ) у пациентов с различными психическими расстройствами.

**Цель:** изучить влияние образовательного уровня пациентов с шизотипическим расстройством на показатели их качества жизни.

**Материалы и методы:** в исследуемую группу вошли 102 пациента с установленным по МКБ-10 диагнозом шизотипическое расстройство, проходившие лечение на базе клиник НИИПЗ. Для исследования качества жизни использовался опросник В03 КЖ-100, ядерный модуль.

Сравнение показателей проводилось с использованием U-критерия Манна–Уитни.

**Результаты и обсуждение:** в группе преобладали пациенты со средним специальным образованием – 41 человек (40,2%). Со средним образованием было 18 пациентов (18,7%), с незаконченным высшим – 38 (37,3%), с высшим – 15 пациентов (14,7%). Суммарный балл КЖ в группе пациентов со средним образованием был ( $60,49 \pm 18,95$ ) достоверно ниже, чем в других группах ( $p < 0,05$ ). Та же группа ниже остальных оценила физическую сферу ( $7,87 \pm 1,78$ ) ( $p < 0,05$ ). В психологической сфере отличия были выявлены только между группой со средним специальным образованием ( $11,52 \pm 2,13$ ) и группой со средним образованием ( $8,81 \pm 3,89$ ) ( $p < 0,05$ ). Социальными взаимоотношениями были более удовлетворены пациенты со средним специальным образованием ( $12,06 \pm 1,95$ ), по сравнению с пациентами со средним образованием ( $10,43 \pm 3,49$ ) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, мы видим, что наличие у больного с шизотипическим расстройством профессионального образования повышает удовлетворенность пациентов различными сферами жизни, создавая большие возможности для адаптации в современном мире.

### ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЕЗНИ И ПРОБЛЕМЫ КОМПЛАЙЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. Д. Романов, Д. В. Романов  
(Самара)

Пациенты, страдающие параноидной шизофренией, отличаются очень низким уровнем комплаентности, что обусловлено анозогнозией, формальными нарушениями мышления, дефицитарными и продуктивными расстройствами, а также бытующими у пациентов негативными стереотипами в отношении психиатрической помощи. Психиатры также испытывают предубеждения и пессимизм в отношении способности больных шизофренией узнавать болезнь и бороться с ее проявлениями. В рамках проводимого исследования факторов комплаентности больных параноидной шизофренией изучалось отношение пациентов к проводимому в стационаре лечению. Половина исследованных пациентов отрицали наличие у них какого-либо заболевания. Однако, значительная часть пациентов, считавших себя больными (21%), делали этот вывод на основании имеющихся у них психотических симптомов. 17% пациентов обнаруживали примитивно-соматическую концепцию болезни. Лишь 29% исследованных могли назвать применяемые препараты. Треть исследованных пациентов оказалась неспособна определить общие цели лечения. 18% больных смогли дать правильное, 25% – формальное объяснение целей. Большинство пациентов считало, что лечение влияет негативно или не оказывает влияния. Побочные эффекты терапии часто интерпретировались больными как доказательства вредного влияния лече-

ния. 18% больных были согласны с тем, что проводимая терапия им помогает. Полученные результаты позволяют наметить мишени образовательных мероприятий, направленных на формирование адекватных представлений о болезни, укрепление лечебной мотивации и повышения приверженности пациентов терапии. Необходимо фокусировать внимание на обсуждении симптомов болезни, методов и целей лечения, нахождении “сигнальных симптомов”, обсуждении достоинств и побочных эффектов применяемых лекарственных средств.

### ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО С ОТНОСИТЕЛЬНО ПОЗДНИМ ПО ВОЗРАСТУ МАНИФЕСТОМ (СТРУКТУРА ПРИСТУПОВ)

М. Ю. Рожкова, Л. А. Иванова, А. С. Бобров  
(Иркутск)

Проведен анализ клинической структуры приступа шизоаффективного расстройства (ШАР) по МКБ-10 с манифестом в интервале от 25 до 55 лет. Число больных – 18, из них жен. – 94,5%, муж. – 5,5%; средний возраст к моменту манифестного приступа –  $37,4 \pm 1,9$  лет. По типу ШАР пациенты распределились следующим образом: маниакальный – 1 (5,5%), депрессивный – 7 (38,9%) и с наличием биполярных расстройств – 10 (55,6%). Среди больных с наличием биполярных расстройств ( $n=10$ ) выделена группа ( $n=4$ ) с неоднократной (3 и более), значительно реже однократной сменой аффекта с конгруентной по фабуле продуктивной симптоматикой. Инверсия аффекта выявлялась на высоте приступа либо на завершающем его этапе в виде быстрых или сверхбыстрых циклов. В единичном наблюдении отмечена биполярность с однократной сменой модальности аффекта и конгруентными психотическими переживаниями в дебюте, на высоте приступа и сверхбыстрыми циклами без продуктивной симптоматики на завершающем его этапе. Неоднородной оказалась группа больных с наличием биполярных расстройств со сменой аффекта без сопутствующей продуктивной симптоматики ( $n=5$ ). В одних случаях ( $n=3$ ) имела место неоднократная смена модальности аффекта без продуктивной симптоматики в дебюте приступа, депрессивный аффект с вербальным галлюцинозом (истинный и псевдогаллюцинаторный его варианты) на высоте приступа и выход из приступа через этап люцидной мании. В единичных наблюдениях отмечена возможность наличия маниакального аффекта в дебюте и биполярных расстройств на выходе из депрессивно-галлюцинаторного приступа либо маниакальный выраз без сопутствующих бреда и галлюцинаций на высоте депрессивно-галлюцинаторно-бредового приступа. Таким образом, анализ биполярных аффективных расстройств в структуре манифестного приступа ШАР может быть проведен с позиций этапности их возникновения, наличия/отсутствия продуктивной симптоматики, конгруентной доминирующему аффекту, и частоты инверсии аффекта.

### СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И СОЦИАЛЬНАЯ АНГЕДОНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

О. В. Рычкова, И. Я. Гурович, А. Б. Холмогорова  
(Белгород)

Актуальность исследований шизофрении связана с высокой социальной ценой расстройства. В последние годы особое значение приобрели исследования нарушений социального познания (или социальной когниции) у больных шизофренией (Baron-Cohen S., Corcoran R., Brüne M., Penn D.L., Corrigan P.W., др.).

Целью предпринятого нами исследования 90 больных с диагнозом “Шизофрения” стало изучение нарушений социального познания и такого его компонента, как социальный интеллект (использовались методики: тест Дж.Гилфорда, методики “Поза и жест”, тест “Распознавание эмоций” Курека Н.С., “Определения понятий” Холмогоровой А.Б., др.), в контексте личностных и клинических характеристик больных. Мы применяли Шкалу социальной ангедонии (RSAS), Шкалу для оценки нейрокогнитивного дефицита (Филатова Т.В.), PANSS, “Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных” (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б.), Шкалы депрессии и тревоги (А. Бек) и другие. Полученные данные были сопоставлены с результатами контрольной группы нормы и описаны с использованием методов описательной, сравнительной статистики, а также методов корреляционного, кластерного и факторного анализа.

Результаты свидетельствуют, что нарушения социального интеллекта у больных шизофренией не только имеют место, но и являются значительными, обнаруживаемыми всеми пациентами исследованной группы, независимо от тяжести и длительности заболевания. Установлено нарушение всех изученных параметров социального интеллекта, что позволяет квалифицировать его нарушения как глобальные. Больные значимо отличаются от группы психически здоровых лиц по степени выраженности социальной ангедонии. Установлена связь между степенью социальной ангедонии и нарушениями социального интеллекта. Доказан существенный вклад в нарушения социального интеллекта параметра нейрокогнитивного дефицита, особо – нарушений регуляторных функций, вклад ряда изученных параметров в нарушения социального функционирования больных. Описаны гендерные различия в степени и структуре нарушений социального интеллекта у больных, различия в компенсаторных стратегиях, используемых больными для уменьшения состояния неопределенности, вызываемого социальными стимулами. Результаты позволяют нарушения социального интеллекта при шизофрении определить как фактор, тесно связанный с социальными и личностными дефицитами больных, важный для понимания шизофренического патопсихологического синдрома и выступающий в качестве важной мишени для психотерапевтических и психосоциальных воздействий в системе реабилитации больных шизофренией.

## СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

И. В. Савонова, Е. Ю. Козырева

(Благовещенск)

В исследование вошло 24 больных шизофренией. Средний возраст больных составил 24 года. 75% больных были с диагнозом параноидная шизофрения, 16,7% – шизотипическое личностное расстройство; 8,3% – шизоаффективное расстройство. Большинство исследуемых больных имеют незаконченное высшее образование (58,3%). Трудовой стаж не превышает 1–4 года для 83,3%. Общая продолжительность пребывания в стационаре от 6 до 12 месяцев. 8,3% заявили, что субъективно не нуждаются в поддерживающей терапии, 33,3% после выписки перестают принимать поддерживающую терапию, 25% не хотят “ всю жизнь сидеть на таблетках ”; 50% считают, что препараты ухудшают их самочувствие. Среди причин высокого уровня инвалидности: частые обострения – 83,4%, “ стало трудно справляться с привычной работой ” – 8,3%; “ конфликтные отношения с коллективом, администрацией ” – 8,3%. Для 66 % больных дневная активность сводится к просмотру телепередач и увлеченности упрощенными видами хобби, 41,7% больных хобби не имеют, а некоторым из них приходится разъяснять смысл данного понятия. Положение больного в семье в 33,3% случаев подчиненное, с его мнением не считаются. Взаимоотношения с родственниками пациенты характеризуют как конфликтные, напряженные – 66,7%.

Вошедшие в исследование больные были тестированы на предмет когнитивных нарушений. У 83% обследованных отмечается снижение кратковременной, у 17% – долговременной памяти. У 50% больных отмечается неустойчивое внимание. Воспроизведение слов по методике “ Пиктограмма ” – неполное (87%). У всех обследованных больных в пиктограмме встречается неадекватный, оригинальный выбор образа для запоминания. У 83% нарушалась адекватность ассоциаций. У 16,7% отмечается преобладание конкретных образов. 67% больных выбирали для опосредованного запоминания образы, лишённые эмоционального содержания. У 87% обнаруживались признаки обстоятельности мышления, соскальзывание, паралогичность.

Выводы: 1. У больных шизофренией отмечается резкое снижение уровня социального функционирования: высокий процент инвалидности; 2. Характерна низкая оценка качества собственной жизни, своего здоровья в целом и психического здоровья в частности; 3. Имеют место дефекты комплайенса в системах врач-больной. Это влечет за собой отказ пациента от приема медикаментов, недооценку факта своего заболевания; 4. Полученные данные позволяют рекомендовать психотерапию как эффективный метод лечения и реабилитации больных шизофренией.

## ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РАБОТЕ КЛИНИКИ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА

В. Г. Севостьянов, А. В. Погосов

(Курск)

В течение последнего десятилетия за рубежом активно разрабатывались различные организационные подходы для своевременного выявления и начала лечения психоза на начальных этапах его развития. Известно, что раннее вмешательство способствует лучшим исходам заболевания. Более того, оно приводит к уменьшению таких часто возникающих негативных последствий, наблюдающихся в период после начала заболевания и до начала лечения, как суицидальные попытки (Аддингтон Д., 2007). На сегодняшний день уже в 20-ти регионах (Ставропольский край, Оренбургская, Тверская, Кемеровская, Омская и др. области) открыты клиники первого психотического эпизода (КППЭ), использующие опыт работы московской клиники (Гурович И.Я. с соавт., 2007). В 2010 году в Курской области планируется открытие КППЭ на базе дневного стационара №1 Курского клинического психоневрологического диспансера. Выбор указанного подразделения не случаен. На протяжении ряда лет здесь используется биопсихосоциальный подход к лечению психически больных, который реализуется с участием специалистов различного профиля: врачей-психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе. Основные задачи КППЭ можно сформулировать следующим образом: реабилитация и ресоциализация лиц, страдающих психическими расстройствами, эффективное воздействие на нейрокогнитивный дефицит, предотвращение ранней инвалидизации больных и утери доболезненных социальных достижений. Работа Клиники осуществляется в режиме дневного стационара, лечебно-реабилитационные мероприятия проводятся полипрофессиональной бригадой. Программа работы с больными КППЭ включает психофармакотерапию, групповую психосоциальную терапию (психообразование, тренинг когнитивных навыков, тренинг социальных навыков), индивидуальное консультирование. Преимущества КППЭ: 1) Лечебные и реабилитационные мероприятия проводятся в режиме дневного стационара, что снижает стоимость лечения. 2) Создается действенная система профилактики неблагоприятных клинических и социальных исходов заболевания за счет его раннего выявления и лечения (вторичная психопрофилактика). 3) Наблюдается положительная динамика состояния когнитивной сферы, социального функционирования и качества жизни больных. 4) Сохраняются социальные достижения, больные продолжают работать без снижения квалификации, устраиваются на работу, продолжают обучение. 5) Сокращаются сроки лечения, достигаются более длительные и качественные ремиссии.

### ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ: ВОЗДЕЙСТВИЕ НА МОТИВАЦИОННУЮ СФЕРУ ПАЦИЕНТОВ

Н. Д. Семенова  
(Москва)

С увеличением стажа заболевания мотивация к социальному восстановлению ослабевает. Формирование мотивации пациента к реабилитации – одна из ключевых задач. Именно тогда можно сберечь достигнутые пациентом социальные достижения и позиции (Гурович Н.Я., 2009). Результаты психосоциальных вмешательств при шизофрении также во многом опосредуются влиянием мотивационных факторов. Представлен ряд мотивирующих вмешательств при шизофрении, в основу которых положен метод, известный как “мотивирующая беседа” (Miller & Rollnick, 2002). Являясь прямым терапевтическим воздействием на мотивационную сферу, метод опирается на ряд принципов: 1) эмпатия, 2) обострение противоречия, 3) смещение сопротивления, 4) развитие у пациента чувства компетентности. Принципы мотивирующей беседы были разработаны для пациентов, страдающих разного рода зависимостями, а также иными вредными, с медицинской точки зрения, поведенческими стереотипами. При шизофрении мотивирующая беседа приобретает свою специфику. Описывается состоящее из 4-х функциональных блоков вмешательство, разработанное автором для пациентов с шизофренией и предлагаемое, как дополнительный модуль лечебной программы. Данное вмешательство нацелено на создание условий, способствующих мотивации к изменению неадаптивных форм поведения и к движению пациента вперед в плане контроля над болезнью и активного вовлечения в психосоциальные мероприятия. Подчеркивается необходимость дальнейшего развития клинико-психологических исследований мотивирующих вмешательств при шизофрении.

### АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. В. Семке  
(Томск)

Многолетние исследования проблем адаптации больных шизофренией, проводимые в отделении эндогенных расстройств НИИПЗ СО РАМН, выявили, что структура негативных и позитивных расстройств, накладываясь на преморбидные особенности пациентов, детерминирует уровень социального функционирования и субъективное мнение пациентов, в свою очередь отражающиеся в показателях качества жизни. Изучение типов адаптации у пациентов с простой и параноидной формами шизофрении (по Г.В. Логвинович) выявило следующие особенности профиля качества жизни: при имеющихся достаточно высоких объективных показателях социального функционирования пациенты с интегративным типом адаптации выражали меньшую удовлетворенность по векторам, оце-

нивающим материальное благосостояние; пациенты с экстравертным типом адаптации выявили незначительное несоответствие между уровнем социального функционирования и субъективным мнением; при интравертном типе адаптации пациенты несколько завышали свое мнение относительно интеллектуальной и физической работоспособности, а также широты круга общения при достаточно низких объективных показателях; в группе пациентов с деструктивным типом адаптации отмечается значительное несоответствие объективных показателей и субъективного мнения практически по всем векторам.

Дифференцированная реабилитационная тактика у больных с простой и параноидной формами шизофрении, наряду с учетом типа адаптации, строилась в соответствии с профилем качества жизни пациентов, что позволило достоверно улучшить показатели Т-баллов по шкале PANSS и качество трудовой адаптации (на 45,5%), добиться более адекватной оценки уровня своего социального функционирования и улучшить комплайенс до 80%.

### ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ТРЕБОВАНИЯ К ПСИХИАТРИЧЕСКИМ СЛУЖБАМ

Я. А. Сторожакова, Л. Я. Висневская,  
Э. В. Голланд  
(Москва)

Модель личностно-социального восстановления (*recovery*) при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра является новой концепцией в клинической и организационной психиатрии, а также в психосоциальной терапии и реабилитации психически больных. В литературе имеется расширительный подход к возможности *recovery* с недостаточным учетом динамики болезненного процесса, неопределенностью грани между *recovery* и состояниями клинической ремиссии. Но это не исключает целесообразности использования данной концепции для формирования новых требований к психиатрическим службам, ориентированным на личностно-социальное восстановление пациентов. Предлагается рассматривать эффективное психиатрическое лечение и реабилитацию как клинико-организационную предпосылку *recovery*, наряду с личностно-психологическими его предпосылками. Психиатрическая помощь, специально нацеленная на модель *recovery*, создает условия, необходимые для внутренней активной позиции пациента, его участия в дизайне обслуживания, ориентации на выздоровление и личностное восстановление, недопущение поглощенности болезнью, сохранение надежды и позитивного отношения к будущему, выбор собственных смыслообразующих ближайших и долгосрочных жизненных целей, сохранение социально значимой роли. Такая профессиональная помощь строится на сотрудничестве с пациентом в выборе арсенала терапевтических и реабилитационных мероприятий, с опо-

рой на сильные стороны личности, ее жизнестойкость, а не на утраченные возможности, проявления дефицита и социальные потери. Требуется признание и поддержка права пациента на собственный индивидуальный путь *recovery*, основанный на глубоко личном опыте преодоления болезни и сохранения самоидентичности, автономии и личностного роста.

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ КЛИНИКИ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 3–5-ЛЕТНЕГО КАТАМНЕЗА)

О. П. Ступина, Н. В. Говорин, А. С. Озорнин  
(Чита)

**Целью** исследования явилась оценка эффективности работы клиники первого психотического эпизода.

Исследование основано на анализе 3–5-летних катamnестических данных пациентов, получавших лечение в клинике первого психотического эпизода Краевой психиатрической больницы № 2 (КППЭ) и в остром психиатрическом отделении Краевой психиатрической больницы № 1 (ОПО).

Для выполнения работы использовалась карта для клинико-эпидемиологического исследования, адаптированная для изучения 3–5-летнего катamnеза. Оценка социального функционирования (СФ) и качества жизни (КЖ) осуществлялась с помощью метода, разработанного А.А. Чуркиным и Н.К. Демчевой (2005), представляющего собой специальный опросник и способ расчета обобщающего коэффициента (КО) и коэффициента диссоциации (КД).

В результате клинико-психопатологического обследования, где сравнивались верифицированные по клиническим характеристикам группы больных, получавших лечение в КППЭ и ОПО, было выявлено, что диапазоны КО и КД существенно различаются. В ОПО значения КО находятся в диапазоне от 0,25 до 0,85, а значения КД – в диапазоне от 0,35–2,0. В группе пациентов, получавших лечение в КППЭ, значения КО находятся в диапазоне от 0,42 до 0,81, а значения КД – от 0,55 до 1,18.

Доля пациентов, получавших лечение в КППЭ, с нормальными показателями КО и КД составила 55% через 3 года лечения и 38% – после 5 лет наблюдения. В ОПО величина нормального КЖ и СФ составила 32% и 24% соответственно.

Данные результаты подтверждают необходимость внедрения современных форм организации психиатрической помощи населению Забайкальского края.

### ФЕНОМЕН ВОЗРАСТНОЙ РЕГРЕССИИ В ДЕБЮТЕ ЛАТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Р. А. Сулейманов  
(Москва)

На кафедре психиатрии и медицинской психологии РУДН в 2005–10 гг. наблюдались 37 больных в возрасте

18–26 лет (средний возраст 20,4 лет) с диагнозом латентная шизофрения, неврозоподобная форма. Ведущими в клинической картине заболевания были: синдром юношеской астенической несостоятельности – у 17 больных (46%), обсессивно-фобический синдром – у 12 (32,4%), астено-ипохондрический синдром – у 8 (21,6%). Наряду со стойкими и доминирующими проявлениями основного синдрома у всех пациентов имели место аффективные (нередко смешанные субдепрессивно-гипоманиакальные) расстройства, негрубые формальные нарушения мышления, сочетавшиеся с рядом других психопатологических симптомов. Одновременно с этим у всех больных изученной группы был отмечен феномен возрастной регрессии. Проявившееся с началом болезни радикальное снижение субъективного возраста в возрастном самосознании больных относительно уровня социального развития и биологического возраста на момент начала заболевания ассоциировалось с мучительным ощущением утраты самостоятельности и ролевой автономности, незащитности и беспомощности, неспособности принимать решения и брать на себя ответственность. Этот внезапно возникший диссонанс больные характеризовали как утрату “чувства взрослости”, возврат к детскому мировосприятию. В высказываниях больных, порою путаных и малопонятных, присутствовали определения “стал как маленький”, “вернулся в детство”, “чувствую себя ребенком”. Субъективно-возрастной регресс проявлялся также в оживлении детских воспоминаний, насыщенности переживаний, соответствующих возрастным свойствам личности дошкольного и младшего школьного возраста. Чрезмерная потребность в заботе и поддержке со стороны окружающих, ведущая к возникновению покорного и подчас зависимого поведения, парадоксальным образом соседствовала с общей настороженностью и недоверчивостью. Ощущение беспомощности и страха перед неспособностью позаботиться о себе, возросшая подчиняемость и внушаемость выражались в неадекватной избирательной доверчивости, открытости и общительности с незнакомыми, но доброжелательно настроенными людьми, что нередко делало больных жертвами мошенничества и недоразумений. Возрастной регресс на уровне самосознания характеризовался глубокими внутренними изменениями в отношении к себе и внешнему миру в целом, что позволяет рассматривать его в качестве одной из разновидностей деперсонализационных расстройств.

### МОТИВАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И МЕТОДЫ ЕЕ ОЦЕНКИ

Б. Б. Фурсов  
(Москва)

Амотивация – это ядерный негативный симптом, непосредственно влияющий на функциональный исход при шизофрении, с которым пациенты связывают наибольший дискомфорт. Другие негативные симптомы, включа-

ющие дефицит экспрессии, удовольствия и, временами, когнитивную дисфункцию, могут представлять собой фенотипическое проявление ключевого симптома – редукции воли. Мотивационный дефицит отражает нарушение способности переводить переживание в действие, что подразумевает “снижение” целенаправленного поведения. Мотивация играет важную роль в сложных отношениях между социально-когнитивными способностями и социальным функционированием при шизофрении. Клинические и поведенческие наблюдения дают основания предположить, что у больных шизофренией отмечается снижение мотивации к вовлечению или проявлению интереса к ряду видов деятельности, которые можно охарактеризовать в качестве интринсивно мотивированных – межличностным отношениям, учебной или трудовой деятельности, хобби или досугу. Именно поэтому мотивация – значимый фактор для понимания психосоциального функционирования и объект терапевтического воздействия для стратегии улучшения функциональных возможностей больного шизофренией. Любое лечение и реабилитационный процесс, в том числе в рамках концепции “recovery”, должны предпосылаться первичной оценкой резидуального мотивационного уровня пациента и последующей динамической оценкой уровня восстановительного процесса. На сегодняшний день по данным литературы доступен ограниченный набор психометрических методик, позволяющих оценить уровень мотивации и ее специфического компонента – интринсивной мотивации у больных шизофренией. Эти инструменты обладают высоким статистически подтвержденным уровнем достоверности и надежности.

#### **ВЛИЯНИЕ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ БОЛЬНЫХ ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ НА БРЕМЯ СЕМЬИ**

И. В. Хлопина, А. В. Солоненко  
(Краснодар)

Родственники больных шизофренией несут значительную нагрузку по уходу за пациентом, состоящую из многих компонентов – бремя семьи. Семейное психообразование (СПО) – психообразовательная работа с родственниками психотических пациентов – должно являться неотъемлемой частью комплексного подхода к лечению психически больных и способствовать снижению этой нагрузки. Нами было проведено сравнительное исследование влияния СПО на бремя семей пациентов первым психотическим эпизодом. Была взята сплошная выборка из 97 пациентов, поступивших на лечение в ГУЗ СКПБ №1 в 2005–2006 гг. по поводу дебюта или обострения шизофренического процесса в первые 5 лет болезни (первый психотический эпизод). Члены семей пациентов обеих групп интервьюировались с использованием “Шкалы оценки нагрузки на семью”,

интервьюирование проводилось в начале исследования и спустя год. Пациенты и семьи контрольной группы получали стандартную помощь, оказываемую больным первым психотическим эпизодом. Члены семей пациентов основной группы в дополнение к этому принимали участие в групповых психообразовательных занятиях для родственников (10 занятий). В последующем, после выписки, в течение года родственники пациентов раз в месяц посещали так называемые “поддерживающие” занятия для родственников. Были выявлены значимые позитивные изменения, произошедшие в результате проведенного СПО в основной группе по сравнению с изменениями в контрольной группе, в частности, в следующих разделах “Шкалы оценки нагрузки на семью”: Проблемы в поведении, Негативные симптомы, Проблемы с учреждениями, обслуживающими психически больных, Влияние на семью, Ущерб, и в целом по группе разделов “Отрицательное влияние болезни”. Наибольшая разница в изменениях отмечена в разделах: Негативные симптомы и Влияние на семью, что может объясняться именно “семейной” направленностью содержания занятий, а также самим содержанием и тематикой занятий. В то же время не отмечено достоверной разницы в изменениях у родственников пациентов обеих групп по разделам: Стигма, Зависимость, Поддержка больного. В практическом применении СПО, возможно, следует более интенсивно прорабатывать именно эти направления для более эффективного влияния СПО как на различные аспекты самой болезни, так и на бремя, несомое семьей пациента.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ СТРЕССОГЕННОГО БРЕДООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОАФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ**

А. А. Шмилович  
(Москва)

Целью настоящего исследования явилось определение патокинеза психогенно-спровоцированных эндогенных бредовых расстройств. Клинико-психопатологически обследовано 213 стационарных больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством с обострениями, развившимися в условиях психотравмирующего воздействия. Выделено 3 этапа становления психогенно-спровоцированной бредовой продукции: 1) Этап психогенно-спровоцированных предвестников бреда (продром); 2) Этап эндореактивного бреда (переходные синдромы); 3) Этап клинически завершенного бредового синдрома. На этапе *психогенно-спровоцированных предвестников бреда* имели место психогенные психические нарушения, ставшие в последующем “почвой” для бредообразования: ситуационный сверхценный страх преследования, психогенная аффективная настроенность, реактивная растерянность с обманами восприятия, невротический астенический ментизм, истери-



ческое бредоподобное фантазирование, индуцированные заблуждения (индуцированный “бред”), психогенные сенситивные идеи отношения. Этап *эндореактивного бреда* был представлен сложными полиморфными симптомокомплексами, сочетавшими в своей структуре психогенные нарушения, описанные выше как продром бредовых расстройств и собственно бредовые симптомы шизофренической природы. Оценка этих состояний с клинико-динамических позиций позволяет квалифицировать их как переходные синдромы. Выделено четыре группы переходных эндореактивных синдромов: депрессивно-бредовой (51,2%), обсессивно-бредовой (7,5%), истеро-бредовой (20,2%), эндореактивная паранойя (21,1%). На этапе *клинически завершеного бредового синдрома* бредовая симптоматика оформлялась в синдромально очерченное психопатологическое образование процессуальной природы. При психогенной провокации бредовых расстройств обнаруживалась определенная закономерность смены синдромов от психогенных предвестников к эндореактивным состояниям и далее к клинически завершеному бредовому расстройству.

Таким образом, результаты проведенного исследования указывают на клиническую и патогенетическую неоднородность бредовых расстройств при психозах шизофренического спектра, развившихся в условиях психотравмирующего воздействия. Принципиальная возможность трансформации психогенных нарушений в эндогенные подтверждает гипотезу о мультифакторном генезе психозов шизофренического спектра. Степень, так называемой, “клинической атипичности” эндореактивных психозов столь высока, что соотносить их с диагностическими критериями шизофрении или психогенных заболеваний некорректно. В этой связи имеется достаточно оснований для выделения нозологически самостоятельных групп эндореактивных заболеваний. Своевременная диагностика и терапия предвестников психогенно-спровоцированных бредовых психозов и “переходных” эндореактивных состояний позволит в значительной степени усовершенствовать профилактику психозов шизофренического спектра.

#### **НАРУШЕНИЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПЕРЦЕПЦИИ КАК ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ МИШЕНЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

А. Б. Шмуклер  
(Москва)

В настоящее время накоплено большое количество данных, указывающих, что одним из основных патофи-

зиологических механизмов развития шизофрении и расстройств шизофренического спектра является структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга. На феноменологическом уровне эти нарушения проявляются в виде расстройств комплексного восприятия окружающей обстановки, начиная от элементарных обстоятельств (например, снижение реакции на боль у больных шизофренией) и вплоть до сложного синтетического анализа социального контекста (эмоций окружающих людей, оценки их поведения и пр.). В целом, имеются основания утверждать наличие у больных шизофренией расстройства интегративной перцепции, которое, по-видимому, является первичным по отношению к исполнительской функции и лежит в ее основе.

Следует отметить, что отмеченные нарушения в значительном числе случаев регистрируются еще в преморбиде, до манифестации заболевания, а также нередко выявляются у родственников больных и, скорее всего, наследственно детерминированы или являются следствием раннего (перинатального) поражения ЦНС. Они, таким образом, не могут быть прямо отнесены к проявлениям болезни, рассматриваясь лишь как предрасполагающие факторы, которые, однако, сами по себе в большей или меньшей степени способствуют нарушению социальной адаптации. В случае “перегрузки” ограниченных возможностей интегративной перцепции развивается соответствующая психопатологическая симптоматика.

Существующие тренинговые методики основываются на двух основных подходах: компенсаторном и восстановительном. В первом случае, при попытке улучшить функционирование опора делается на сохраненные когнитивные процессы, которые должны в этих случаях замещать функции пораженных или играть роль “протезов”. Восстановительные методики базируются на специальном тренинге имеющихся дефицитов. При наличии “учебного потенциала” на ранних стадиях развития нарушений, вероятно, возможно обучение и стимулирование нормализации нарушенных функций. В остальных случаях целесообразным, скорее всего, является обучение функционированию в среде за счет сохраненных функций и попытка на их основе научить “видеть” социальную ситуацию и, соответственно, планировать деятельность. Такой подход требует точной когнитивной диагностики и разработки индивидуальных программ восстановления. Данная задача является одной из наиболее насущных в современной психиатрии.

## АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

### ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н. К. Абдраева, А. Е. Брюхин  
(Москва)

Согласно многим зарубежным научным и практическим данным основными методами лечения нарушений пищевого поведения (НПП) являются психологические. Научно-подтвержденными приемами являются когнитивно-поведенческий и интерперсональный методы психотерапии, а также семейная психокоррекция. Многолетнее изучение на кафедре психиатрии РУДН, занимающейся разработкой методов диагностики и терапии НПП, позволяет достоверно утверждать, что наиболее эффективной является комплексная терапия. В программу лечения как амбулаторных, так и стационарированных больных с НПП входят: полное соматическое, психопатологическое и психологическое обследование, медикаментозная терапия психотропными препаратами, соматотропное лечение, психотерапия, нормализация режима питания. Важная роль принадлежит режиму отделения с усиленным наблюдением за поведением и контролем питания, а также учету группового воздействия пациентов отделения друг на друга и особенно на вновь поступивших больных. Некоторая часть пациентов с НПП ранее уже госпитализировалась в другие психиатрические стационары, как правило без существенного эффекта. При стационарировании же в палату с другими пациентами с НПП больные получали возможность обсуждать проблемы питания и динамики массы тела, также взаимоотношения с родными, обмениваться как положительным, так и отрицательным опытом. В дальнейшем большинство из них продолжают контактировать вне стационара, отмечают, что благодаря общению появляется правильное понимание болезни, мотивация к нормализации пищевого поведения, взаимная поддержка, взаимопомощь. Сочетанное биологическое, психокоррекционное и психотерапевтическое воздействие при НПП позволяет предотвратить хронификацию и добиться хорошей реадaptации.

### ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (НПП) С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАТОХАРАКТЕРИЛОГИЧЕСКОГО ЛИЧНОСТНОГО ОПРОСНИКА

Г. Н. Аверьянов, А. Е. Брюхин  
(Москва)

Опросники ПДО и МПДО предназначены для определения типов личностной патологии: Гипертимный тип (Г),

Циклоидный тип (Ц), Лабильный тип (Л), Астено-невротический тип (А), Сенситивный тип (С), Тревожно-педантический тип (Т), Интровертированный тип (И), Возбудимый тип (В), Демонстративный тип (Д), Неустойчивый тип (Н), так же содержат контрольную шкалу.

В теоретическом и практическом плане вызывает интерес наличие и варианты личностных расстройств у пациентов с НПП, что позволяет выявить закономерности формирования нервной анорексии и булимии, оценить значение коморбидных нарушений в патогенезе и динамике болезни, разработать принципы диагностики и профилактики этих расстройств.

Всего обследовано 25 пациентов с НПП. Для исследования применялся как ПДО, так и модифицированный вариант. Все больные с интересом отвечали на предложенные вопросы. У 4-х пациентов результаты опросника свидетельствуют в пользу типа Э, Л и ЛС (смешанный), у 3-х – Т, по 2 исследуемых характеризуются типами – Г, Н, И, ЛА (смешанный), по одному – Ц и АС. У подавляющего большинства исследуемых отмечались низкие результаты по контрольной шкале – 1–2, у 2-х – 3, при этом критическим показателем считается 4.

Т.о. для больных с НПП по результатам данного исследования характерна полиморфная личностная патология. Наиболее часто встречается лабильный тип, что говорит о чувствительности к мнению окружающих, навязанным стереотипам стандартов внешности, глубоким переживанием замечаний относительно своей фигуры, что способствует развитию НПП. Полученные данные могут быть использованы в разработке подходов к психотерапии, оптимизировании лечения и реабилитационных мероприятий.

### ОСОЗНАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ СИНДРОМАХ

Р. Г. Айрапетов, С. В. Зимица  
(Нижний Новгород, Москва)

Восприятие времени отражает процессы осознания человеком себя в этом мире. Можно предполагать, что неверное отражение времени в сознании человека является проявлением деперсонализации. При аффективных синдромах клинически показано, что имеют место нарушения оценки восприятия времени болеющими. Представляет интерес объективное исследование процесса восприятия времени у больных аффективными расстройствами.

Для объективного изучения особенностей восприятия времени испытуемых просили отмеривать минуту, считая до 60 и пропуская между каждым отсчётом секунду.

Исследовались 35 человек: 29 больных МДП и циклотимией, 6 больных инволюционной меланхолией. В маниакальном состоянии находилось 10 человек, в тревожно-депрессивном – 16 человек, в тоскливо-депрессивном – 9 человек. Контрольную группу составили 32 практически здоровых человека. Было показано, что у больных тоскливой депрессией имело место достоверное ( $p < 0.1$ ) переотмеривание (удлинение) заданного временного интервала (примерно 70 с), у больных в маниакальном состоянии – недоотмеривание (укорочение, примерно 40 с) по сравнению с другими группами больных и нормой (примерно 63 с.). Среднее значение по группе больных тревожной депрессией было 52 с. Полученные результаты позволили доказать, что восприятие времени в норме, при тоскливой депрессии, при тревожной депрессии и в маниакальном состоянии различно.

Для более полного выявления особенностей восприятия времени при различных аффективных синдромах был проведён опрос о том, изменило ли время в их восприятии свой ход. В опросе принимали участие 26 человек, из которых в состоянии тоскливой депрессии находилось 5 человек, в маниакальном состоянии – 9 человек, а в тревожной депрессии – 12 человек. Опрос показал, что оценка длительности дня внутри каждой из изучаемых групп неоднозначна. В группе лиц с тоскливой депрессией встречались следующие ответы: время тянется долго, время “летит”, а также время не изменило свой ход. В группе испытуемых с маниакальным состоянием встречаются тоже разные ответы: для одних – время “летит”, а для других – утром и днём тянется, вечером – “летит”. Основным ответом в группе лиц с тревожной депрессией был ответ, что время тянется и днём, и ночью.

Проведённый опрос показал, что ответы больных о течении времени не вполне соответствуют тому, что пишут в учебных пособиях по психиатрии: в маниакальном состоянии время летит, в депрессивном – тянется. Соответствие имеет место только в случае больных шизофренией, что может быть связано со спецификой изменений их мышления.

#### **БИПОЛЯРНОСТЬ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Р. Г. Акжигитов  
(Москва)

Современные международные исследования представляют убедительные доказательства широкого спектра биполярных аффективных расстройств (БАР). В DSM-IV существуют рубрики БАР I (с развернутыми маниакальными и депрессивными эпизодами) и БАР II (хотя бы один депрессивный эпизод и хотя бы один гипоманиакальный). Ряд авторов обосновывают наличие БАР III,

IV, V и VI. И если последние представляют собой широкое поле для дальнейших исследований и дискуссий, то необходимость разграничения БАР I и БАР II в отечественной психиатрии представляется бесспорной, т.к. на сегодняшний день непсихотические формы биполярных аффективных расстройств фактически остаются недиагностированными или диагностированными неверно – чаще всего как “Рекуррентное депрессивное расстройство”. Диагностику БАР 2 затрудняет то обстоятельство, что пациенты обычно не воспринимают эпизоды гипомании как патологические состояния и самостоятельно не сообщают о них врачу. В свою очередь врачи не проявляют должной настойчивости и нацеленности на выявление гипомании при сборе анамнеза.

Целью исследования явилось выявление биполярности в структуре аффективных нарушений у больных, проходивших стационарное лечение в Специализированной клинической больнице №8 им. З.П. Соловьева – “Клинике неврозов” с диагнозом “Рекуррентное депрессивное расстройство”. Обследовано 217 пациентов (169 женщин и 48 мужчин) в возрасте от 18 до 65 лет. Среди них у 81 (59 женщин и 22 мужчины) были выявлены единичные или множественные гипоманиакальные эпизоды в анамнезе, в связи с чем диагностировано БАР II и в схемы лечения добавлялись нормотимики (карбамазепин, ламотриджин) или атипичный нейролептик кветиапин. Во всех случаях удалось достичь положительных результатов лечения с достижением выраженного улучшения состояния больных без инверсии аффекта. У лиц трудоспособного возраста и не имевших ранее инвалидность трудоспособность была восстановлена.

Полученные данные подтверждают встречающиеся в литературе указания на гиподиагностику БАР II, обосновывают необходимость приведения его диагностических критериев в готовящейся МКБ-11, разработки отечественных стандартов терапии.

#### **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ, БИОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Ю. А. Александровский  
(Москва)

Методические основы клинко-биологических исследований непсихотических психических расстройств могут быть сведены к следующему:

1. Внешняя психогенная, биологическая или так называемая эндогенная причина психопатологических проявлений всегда опосредуется функциональной или структурной, локальной или системной перестройкой в центральной нервной системе. Выявление показателей и анализ механизмов этой перестройки является основной целью изучения связей в биологических процессах, определяющих динамику психических расстройств.

2. Научные исследования психопатологических расстройств в обобщенном виде состоят из двух этапов.

На первом этапе клиническое изучение патологического состояния предшествует всем биологическим исследованиям. При искаженных, необоснованных клинических трактовках болезненных расстройств результаты последующих биологических исследований становятся непоставимыми и беспредметными.

Второй этап определяют клинико-биологические исследования. При обнаружении прямых или косвенных показателей болезненного процесса необходим возврат к клиническому анализу состояния с целью установления причинно-следственных отношений разных факторов в происхождении и сущности болезни.

3. Выявление специфических и неспецифических психопатологических проявлений в структуре психических заболеваний позволяет с новых позиций подойти к рассмотрению вопросов клинического единства и многообразия феноменов психических расстройств. При этом клинико-описательные исследования с системным анализом биологических показателей могут составить основу выявления причин психических расстройств.

Рациональная терапевтическая практика основывается на взаимоопотенцировании средств и методов психотерапии, соматотерапии, психотерапии и социально-корректирующих мероприятий.

Конечной целью терапевтических и реабилитационных мероприятий при психических заболеваниях является восстановление нарушенных возможностей психической адаптации больного.

### НЕВРОТИЧЕСКИЕ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА У РАБОТНИКОВ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

А. В. Антухов, П. П. Балашов

(Томск)

**Цель исследования:** Изучить распространенность невротических и соматоформных расстройств у работников особо опасного производства атомной промышленности, выявить наиболее значимые факторы риска.

**Материалы и методы:** проведено сплошное обследование 789 работников (мужчины – 86,1%, женщины – 13,9%) с особо опасными условиями труда. Выявленные психические расстройства (ПР) классифицированы по МКБ-10, показатели распространенности рассчитаны с учетом возрастного-гендерной структуры обследованных.

**Результаты обследования.** Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства F4 (F40-48) составляют 28,9% всех выявленных ПР, распространенность их в обследованной группе – 3,0% (24/789), заболеваемость – 30,4 (у мужчин – 17,7, у женщин – 109,1;  $p < 0,001$ ) на 1000 работающих. Были выявлены следующие формы ПР.

Расстройство приспособительных реакций F43.2: заболеваемость – 17,7 на 1000, у мужчин – 8,8, у женщин –

72,7;  $p < 0,001$ . Выделены две подгруппы: пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F43.21 (11,4 на 1000 работающих) и смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F43.22 (6,3 на 1000 работающих).

Соматоформные расстройства F45: заболеваемость – 7,6 на 1000 работающих, у мужчин – 7,4, у женщин – 9,1;  $p > 0,05$ . Ипохондрические расстройства F45.2 были выявлены только у мужчин, составляли 2,5 на 1000 (или 2,9 на 1000 мужчин). Заболеваемость соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы F45.3 составила 5,1 на 1000.

Неврастения F48.0 выявлена только у женщин, заболеваемость – 3,8 на 1000 работающих (27,3 на 1000 работающих женщин).

**Заключение.** Влияния производственного фактора на возникновение невротических и соматоформных расстройств не установлено. Установлена ведущая роль семейно-бытовых психогений.

### АНТИВИТАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ В СТРУКТУРЕ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Г. С. Банников

(Москва)

Переживания бессмысленности, ненужности, “усталости” от жизни с желанием “уснуть и не проснуться”, “все забыть”, “чтобы ничего этого не было” – является важной составляющей частью депрессивных переживаний личности. Из 150 обследованных сотрудников правоохранительных органов с расстройством адаптации 30% активно высказывали антивитаальные переживания, 40% – в ходе углубленной клинической беседы и 30% – категорически отрицали наличие антивитаальных переживаний. Активно выражали антивитаальное настроение женщины (80%) возрастной группы от 40 до 45 лет. Расстройство адаптации развивалось на фоне хронических семейных конфликтов. Антивитаальные переживания были тесно спаяны с ситуационной тревогой и астеническими проявлениями депрессивного синдрома. В структуре личности преобладали черты тревожной мнительности, демонстративности. Редукция антивитаальных переживаний наступала быстро, одновременно с уменьшением беспокойства и астении. Личности с чертами педантичности, ответственности, ригидности (Tyros Melancholicus) неохотно делились переживаниями о бессмысленности своей жизни. Депрессия у них развивалась на фоне производственных конфликтов и характеризовалась преобладанием подавленности, угнетенности, тоски в настроении. Антивитаальное настроение только усиливало имеющиеся идеи вины, собственной несостоятельности, никчемности. В этой группе примерно в равной доле были представлены как мужчины, так

и женщины различных возрастных групп. Категорично отрицали, какие либо антивитаальные мысли сотрудники, в структуре депрессивного синдрома которых, выявлялись ипохондрические, соматовегетативные, тревожно-фобические нарушения. До развития расстройства адаптации наблюдались элементы саморазрушающего поведения (Farberow N., 1980) – злоупотребление алкоголя, склонность к неоправданному риску, асоциальное, деликventное поведение. В структуре личности преобладали паранояльные, шизоидные черты. Таким образом, особенности и выраженность антивитаальных переживаний тесно связаны с характером клинической картины и личностными чертами.

#### **ПРЕДСТАВЛЕННОСТЬ БИПОЛЯРНО-АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

Н. В. Безбородова, В. В. Калягин,  
В. В. Колягина, Н. В. Данилова, С. В. Кисель  
(Иркутск)

За 5 мес. 2010г. диагностировано БАР у 33 пациентов пограничного, дневного и детского отделений ИОКПБ №1, в возрасте 12–60 лет. Впервые в психиатрический стационар поступило 50% лиц у “повторных” было 2–10 поступлений: Ср. возраст – 42,7 и 45,5 лет; Ср. длительность заболевания- 8 и 16 лет соответственно. Инвалидность была у 2\3 “повторных”. Неправильные диагнозы: Депрессивный эпизод; Рекуррентное депрессивное расстройство; Расстройство личности; Шизоаффективный психоз; Sch., Органическое поражение ЦНС, др. Суициды были у 36.4%; Суицидальные мысли – у 22.7%; Наследственная отягощенность – у 50%; Зависимость от алкоголя и ПАВ – у 22.7% и 9%; Неадекватное (без стабилизатора настроения) предварительное лечение – в большинстве случаев. У всех пациентов получены положительные результаты лечения: депакин-хроно 300–1200 мг\сут., в сочетании с СИОЗС и в отдельных случаях с атипичным антипсихотиком.

С учетом полученных данных и данных литературы, для диагностики БАР необходимо: Владеть навыками распознавания проявлений мании и смешанного состояния; Учитывать предшествующую депрессию гипоманию; Отслеживать спонтанную или индуцированную лекарствами гипоманию или манию; Знать, что рекуррентные депрессии до 1\3–1\2 случаев являются начальным этапом БАР. Предположительные признаки БАР: Первый эпизод депрессии до 20 лет; Послеродовая депрессия; Начало за 1–2 дня; Эпизоды депрессии 1–2 в год; Атипичность депрессии. Прогноз БАР не столь благоприятен, как предполагал создатель концепции МДП Эмиль Крепелин. Терапия стабилизаторами настроения, СИОЗ, атипичными антипсихотиками способна улучшить состояние пациентов и преодолеть негативные последствия болезни.

#### **РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА**

В. Г. Бухаров, И. Р. Семин  
(Томск)

Целью нашей работы было сопоставление данных о юношах призывного возраста из Томска, прошедших стационарную военно-психиатрическую экспертизу в Томской областной клинической психиатрической больнице в 1998 г. (1 группа) и в 2003 г. (2 группа).

Необходимо учитывать, что в 1998 г. в психиатрической практике еще использовалась привычная для отечественных специалистов классификация психических расстройств 9 пересмотра (МКБ-9), а к 2003 году врачи-психиатры уже накопили достаточный опыт работы по стандартам МКБ-10.

Всего в 1998 году стационарную военно-психиатрическую экспертизу в ОГУЗ “ТКПБ” прошли 128 юношей с диагнозом психопатия, средний возраст, которых составил  $19,5 \pm 2,3$  лет, а в 2003 году 766 юношей с диагнозом расстройство личности (средний возраст –  $19,2 \pm 1,8$  лет).

Анализ распределения по диагностическим рубрикам в 1 группе показал следующее: наиболее частыми диагнозами в 1-й группе являются возбуждаемая и шизоидная психопатии составляя в совокупности половину (51%) от всех обследованных лиц с установленным диагнозом психопатия. Так же заметный вклад в структуру распределения вносят истерическая, неустойчивая и мозаичная полиморфная психопатии.

В структуре диагнозов 2 группы отмечается явное преобладание диагноза эмоционально-неустойчивого расстройства личности – более половины всех случаев. Кроме этого диагноза многочисленной оказалась рубрика “другие специфические расстройства личности” под которой практически во всех случаях подразумевался существующий в адаптированной версии МКБ – X диагноз “инфантильное расстройство личности”.

Таким образом, наше исследование выявило значительные качественные и количественные различия двух групп пациентов с расстройствами личности, прошедших военно-психиатрическую экспертизу в разные периоды.

#### **ПСИХОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ: МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОСЕМАНТИКИ В ОЦЕНКЕ САМОСОЗНАНИЯ БОЛЬНЫХ**

Л. И. Вассерман, М. В. Иванов, Г. Э. Мазо,  
Н. А. Ващенко, Е. А. Пустошкин  
(Санкт-Петербург)

В рамках пилотажного исследования в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева были обследованы 30 больных с психотической депрессией с применением оригинальной методики экспериментальной психосемантики: “Семантический дифференциал времени” (СДВ), разработанной в институте. Исследовалась самооценка в

структуре самосознания больных как в начальный период госпитализации, так и при выписке. Была обнаружена положительная динамика в оценке “настоящего” времени по всем пяти субшкалам методики СДВ, в то время как оценка своего “будущего” и восприятие себя в нём по сравнению с первым обследованием значимо не меняется. Структура оценки “прошлого” улучшается только в плане его восприятия как более понятного далекого преморбидного функционирования. Эти данные говорят в пользу того, что отношение к прошлому и будущему являются более устойчивыми характеристиками самосознания больных, тогда как оценка “настоящего” в значительной мере сопряжена с актуальными изменениями аффективного состояния больных в процессе лечения.

Таким образом, в рамках данного исследования было обнаружено, что системы отношения больных с психической депрессией к прошлому и будущему являются относительно стабильными структурами и не подвергаются изменениям в динамике лечения, в то время как отношение к настоящему является динамически флюктуирующим свойством самосознания, позволяющим оценивать эффективность проводимой терапии.

#### СИСТЕМНЫЕ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ДЕПРЕССИЯ: ОБЩАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Д. Ю. Вельтищев, Т. А. Лисицына,  
О. Ф. Серавина, О. Б. Ковалевская,  
Е. Н. Дрожжина, Е. Л. Насонов

(Москва)

Анализ результатов современных исследований в области депрессивных расстройств у больных системными ревматологическими заболеваниями (СРЗ) свидетельствует о необходимости отказа от “пастеровской” парадигмы причинно-следственных взаимоотношений. В наибольшей мере взаимоотношения СРЗ и депрессии определяются такими понятиями, как “общая точка сбоя”, явления параллелизма и резонанса. Наибольшее внимание в этой связи привлекает диатез-стрессовая модель (Sadek, Nemiroff, 1998, Турка, 2008), учитывающая роль ранней детской депривации в формировании сужения восприятия и предрасположенности к депрессии. Кроме того, в последние годы выявлена частая встречаемость (до 60%) негативных событий в детстве (Лисицына и др., 2010, Дрожжина и др., 2010), вдвое повышающих риск развития СРЗ (Dube, 2009), а так же частая (66%) встречаемость депрессии, предшествующей развитию ревматоидного артрита и системной красной волчанки (Hanly, 2005). При исследовании патогенеза как СРЗ, так и депрессивных расстройств определена существенная роль провоцирующих стрессовых факторов. По-видимому, именно резонансное реагирование нейроиммунной и нейроэндокринной систем при воздействии хронических стрессовых факторов во многом определяет совпадение отдельных звеньев патогенеза. Депрессия и СРЗ в этой

связи имеют “общую точку сбоя” и развиваются параллельно, что предполагает обязательный скрининг, диагностику и лечение депрессивных расстройств у больных СРЗ в качестве значимой составляющей базовой терапии.

#### КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТИПОЛОГИИ ДЕПРЕССИЙ

О. П. Вертоградова, И. Л. Степанов,  
Н. М. Максимова, А. В. Ваксман, С. Ю. Диков,  
К. А. Кошкин, О. В. Моисейчева, О. В. Целищев,  
Э. Ю. Миссионжник, Н. В. Смолина

(Москва)

**Цель исследования** – анализ клинических и патогенетических особенностей депрессивных состояний с разным типом ведущего аффекта – тревогой, тоской, апатией. **Методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-anamnestический, биохимический, психометрический, статистический. Всего обследовано 614 человек (407 женщин, 207 мужчин) в условиях клинического отделения Московского НИИ психиатрии. Средний возраст  $38 \pm 2,4$  лет (от 16 до 70), основные диагностические категории F 33; F 32; F 31. Депрессии с ведущим тревожным аффектом определены у 196 больных, тоскливым – у 153, апатическим – у 180. Идеи малоценности, самообвинения и суицидальные тенденции более всего выражены при тоскливой депрессии и в наименьшей степени – при апатической. Вегетативные показатели: симпатикотония с парасимпатикотоническими включениями определялись при тревожной, симпатикотония – при тоскливой, а при апатической депрессии активация вегетативной системы не характерна. Уровень агрессивности в наибольшей степени проявлялся при тревожных депрессиях. При ведущем апатическом аффекте уровень социально-психического функционирования оказался максимально нарушенным. При ведущем тревожном аффекте оценивалось состояние моноаминергических систем и выраженность эндотоксикоза, структурные особенности альбумина крови больных депрессией оказались нарушенными по сравнению со здоровыми. **Результаты** исследования показали, что аффективный компонент депрессивного синдрома (тревога, тоска, апатия) определяет структурные особенности депрессивного состояния, особенности вегетативной регуляции и некоторые поведенческие паттерны (уровень агрессивности), степень нарушения социально-психического функционирования, а также определенным образом соотносится со спектром соматической отягощенности в преморбидном периоде больных депрессией.

#### АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ГИПЕРТИМНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Б. А. Волель, Д. Ф. Пушкарёв, И. О. Нефедьева

(Москва)

**Цель:** уточнение динамики различных типов гипертимного расстройства личности (РЛ) в плане их долго-

срочного прогноза и возможной связи с аффективными заболеваниями.

**Материал и методы:** Психопатологическим методом обследованы пациенты соматического (n=15) и психиатрического (n=7) стационаров, а также 2 случая из общей популяции, соответствующие понятию гипертимного РЛ. Выборка составила 24 наблюдения (10 муж., 14 жен.; ср.возр. 48,75±13,1 лет).

**Результаты:** выделено 2 группы наблюдений, различающиеся как по статическим характерологическим свойствам, так и по долгосрочной динамике: 1-я группа (n=19) – *гипертимии со стабильно приподнятым аффектом* – на протяжении всей жизни сохраняли устойчивое позитивное настроение; 2-я группа (n=5) – *гипертимии с неустойчивым аффектом*. Этим пациентам уже с подросткового возраста была свойственна нестабильность приподнятого фона настроения, которая со временем перерастала в очерченную аффективную патологию биполярного спектра. Клиническая интерпретация динамики этой группы остаётся открытой для дискуссии. Согласно доминирующим представлениям, такие свойства этих больных, как нестабильность настроения, возникающие уже с юности субсиндромальные биполярные фазы, следует расценивать как проявления психопатологического (аффективного) диатеза. С другой стороны, по мнению ряда авторов, подобные проявления могут быть признаками текущего с юности стёртого аффективного расстройства.

**Выводы:** полученные данные указывают на закономерность выделения в пределах гипертимного РЛ двух полярных типологических вариантов: гипертимии – стойкой характерологической структуры и гипертимии – предиктора аффективной патологии биполярного круга.

#### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Б. Ю. Володин, А. П. Филимонов, С. С. Петров,  
В. В. Новиков  
(Рязань)

Качество жизни и социальное функционирование в настоящее время представляются одними из важнейших составляющих оценки состояния психически больных. Сегодня показатели качества жизни все чаще рассматриваются как итоговые, позволяющие оценить результаты терапевтического вмешательства на уровень социального восстановления и психологического комфорта. Эти показатели используются для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее динамики, тяжести заболевания, а также при учете эффективности проводимой терапии. В целом, данные характеристики отражают качество психиатрической помощи и могут использоваться в организации здравоохранения для планирования и оценки работы психиатрической службы.

Многочисленные исследования показывают, что психические расстройства вызывают значительное ухудше-

ние всех параметров качества жизни. Их показатели значительно ниже, чем у пациентов с общемедицинскими заболеваниями. Обнаружено, что пациенты общесоматических поликлиник с впервые выявленными невротическими расстройствами обнаруживают более низкие показатели качества жизни по сравнению с больными без данных патологий. При этом отмечается, что каждое психическое заболевание характеризуется специфическими нарушениями определенных параметров качества жизни – при тревожных расстройствах больше всего страдают социальная активность и ухудшается психическое здоровье; при расстройствах пищевого поведения нарушается социальная активность; при аффективных расстройствах происходит ухудшение всех параметров качества жизни.

#### ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ГИНЕКОЛОГИИ

В. С. Володин  
(Воронеж)

Психосоматические заболевания и расстройства возникают, когда на соматопсихическую организацию человека (СПОЧ) воздействуют психотравмирующие ситуации, значимые для личности. СПОЧ включает:

- 1) врожденно-генетическую составляющую, в которую входят наследственная предрасположенность к психосоматическим заболеваниям, родовые травмы, органические заболевания в младенчестве, особенности развития в детстве;
- 2) нейрогуморальную составляющую (центральная и вегетативная нервная системы, эндокринная и иммунная системы), являющуюся важным фактором в происхождении психосоматических расстройств.
- 3) психическую составляющую (личностные особенности, в частности, акцентуации характера, пограничную аномальную личность, психопатии). В данную составляющую входят и психические расстройства, выявляемые у пациентов: аффективная патология, невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства и др.;
- 4) семейно-социальную составляющую характеризует влияние данных факторов на личность. Удивительное выздоровление показывают пациенты, когда их удаляют из семейного или профессионального окружения, которые являлись для них психотравмирующими;
- 5) соматическую составляющую, характеризующую сформировавшееся психосоматическое расстройство или заболевание.

Психосоматические расстройства в гинекологии могут быть понятны и доступны терапии лишь в связи с изучением влияния стресса на составляющие СПОЧ с учётом психосексуального развития женщины, случаев нарушений менструального цикла, болей в низу живота, бесплодия, сексуальных расстройств, родов, климактерического периода.

**СПЕКТР ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ  
ВОЗМОЖНОСТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ  
АДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

О. В. Володина

(Воронеж)

Так как в большинстве случаев пациенты кардиологического профиля, страдающие расстройствами адаптации (РА) впервые обращаются за помощью к специалистам общей медицинской практики и кардиологам, квалификация которых вполне позволяет лечить данные расстройства, то представляется важным повышение информированности данных специалистов об особенностях терапии РА. В лечении РА выделяют следующие основные направления: методы повышения устойчивости к стрессовым воздействиям, психотерапия, лекарственная терапия, физиотерапия, комплексные методы.

Методы повышения устойчивости к стрессовым воздействиям реализуются за счёт воздействия на психосоциальные факторы, вызывающие стресс. Психотерапия – основной метод лечения, применяются когнитивная и поведенческая терапия, релаксационные методы, ауто-тренинг, гипноз, метод биологической обратной связи. Лекарственная терапия показана при более тяжелых расстройствах (фармакотерапия (транквилизаторы, бета-блокаторы, нейролептики, антидепрессанты, нормотимики, гипнотики, ноотропы, общеукрепляющая терапия), гомеопатическая терапия, фитотерапия). Из методов физиотерапии доказано эффективны иглорефлексотерапия, электротерапия, фототерапия, метод адаптации к периодической барокамерной гипоксии, электросон, массаж, гальванические воротники с сульфатом магния, бромом, бальнеотерапия. Комплексные методы – применение двух и более методов последовательно или одновременно, наиболее распространено сочетание фармакотерапии с психотерапией, сюда же относится и разработанная нами психофизиотерапевтическая методика.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ  
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА СРЕДИ  
СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ**

Л. К. Галиуллина, Р. З. Сабиров, М. К. Яхин

(Казань)

Цель исследования: выявить распространенность симптомов непсихотического уровня и влияние на их формирование социальных и биологических факторов для ранней профилактики пограничных психических расстройств.

Методы исследования: экспериментально-психологический, клинический.

Обследовано 330 студентов 4-5 курсов медицинского университета экспериментально-психологическим и клиническим методом обследования (по согласию студентов). Установлено, что частота симптомов расстройств

тревожного спектра составляет 9,8% , из них аналоги симптомов – 4,6%; симптомы – 5,3% . Распространенность симптомов депрессивного регистра составляет 18,6%, из них аналоги симптомов – 8,7%; симптомы 10,9% . Астенические расстройства выявлены у 8,9% обследованных, из них аналоги симптомов 4,6%; симптомы 4,3% . Расстройства конверсионного спектра выявлены у 12%, из них аналоги симптомов 3%; симптомы 9%. Обсессивно-компульсивные расстройства выявлены у 7,8%, из них аналоги симптомов у 3,5%, симптомы 4,3%. Вегетативные расстройства у 12%, из них аналоги симптомов 3%, симптомы 9%. Установлена зависимость частоты распространенности симптомов: от мест проживания, от конфликтных отношений в родительской семье, от особенностей воспитания в детстве, от наличия невропатических черт в детстве; ценностных ориентаций студентов, от успеваемости в учебном вузе, от наличия конфликтов в студенческом коллективе. Установлена взаимосвязь степени выраженности расстройств непсихотического регистра со степенью социальной адаптации студентов. Полученные данные свидетельствуют о необходимости раннего выявления групп риска формирования пограничных психических расстройств среди студентов высших учебных заведений для проведения адекватной психологической помощи и психотерапевтических мероприятий.

**АССОЦИАЦИИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ОЦЕНОК  
ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ ПРИ ОЦЕНКЕ  
ПО HADS И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
С ТРЕВОЖНЫМИ СИМПТОМАМИ**

А. Л. Гельд

(Екатеринбург)

Цель исследования – выявление корреляционных связей клинически очерченных тревожных симптомокомплексов разного генеза с количественно оцененными по HADS тревогой и депрессией, а также интеркорреляций тревоги и депрессии по HADS.

Материал и методы: Клинически исследовано 100 пациентов обоего пола (мужчин-22, женщин-78) в возрасте от 20 до 56 лет (средний возраст 34,68±1,99), обратившихся за амбулаторной и стационарной помощью к психиатрам. Психические расстройства диагностировались в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10. Выраженность тревоги и депрессии оценивалась по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS).

Среднее значение тревоги по HADS для всей выборки составило 10,13±1,10 (8–13 баллов), депрессии по HADS – 9,02±1,05 (6–11 баллов). Корреляционный анализ продемонстрировал значимую позитивную связь тревоги (HADS) с Другими фобическими и тревожными расстройствами (p=0,001). Депрессия (HADS) была высоко и значимо позитивно ассоциирована с Депрессивным эпизодом средней степени тяжести с сомати-



ческими симптомами ( $p=0,001$ ); с Другим соматоформным расстройством ( $p=0,001$ ); с Другими смешанными тревожными расстройствами ( $p=0,02$ ); с Параноидным расстройством личности ( $p=0,02$ ). Выявлена также высокая степень интеркорреляции тревоги и депрессии по HADS для выборки в целом ( $r=0,667$ ,  $p=0,001$ ).

Выводы: 1. Выраженность тревоги по HADS была значимо ассоциирована с Другими фобическими и тревожными расстройствами.

2. Выраженность депрессии по HADS высоко и значимо позитивно ассоциирована с Депрессивным эпизодом средней степени тяжести с соматическими симптомами; с Другим соматоформным расстройством; с Другими смешанными тревожными расстройствами; с Параноидным расстройством личности.

3. Обнаружена высокая степень интеркорреляции тревоги и депрессии для выборки клинически очерченных тревожных симптомокомплексов разного генеза.

### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

И. Е. Данилин  
(Москва)

Обследовано 37 пациенток в возрасте от 41 до 68 лет, страдающими злокачественными заболеваниями молочных желез. Всем пациенткам была произведена радикальная мастэктомия с последующим проведением химио- и лучевой терапии. В структуре психотравмирующего комплекса в предоперационном периоде практически не звучали мысли о калечащем характере операции. Подтверждение диагноза сопровождалось некоторым снижением уровня тревоги и одновременным углублением тоскливого компонента депрессии. Послеоперационный период значительно усиливал долю астенических расстройств в картине психических нарушений, что проявлялось выраженной аффективной лабильностью, гиперестезией, вегетативными нарушениями. На этом этапе возникал страх перед дальнейшими курсами химиотерапии или лучевого лечения, чему немало способствовали сведения, почерпнутые из псевдомедицинской массовой литературы и Интернета. Рациональная психотерапия и сеансы эриксоновского гипноза проводились всем пациенткам на до- и послеоперационном этапах, а также во время проведения консервативного лечения. Использование ресурсных трансов, а также трансов с включением терапевтических метафор во всех наблюдениях приводило к субъективному снижению уровня тревоги, уменьшению тоскливого компонента депрессии, появлению положительного настроения относительно дальнейшей жизненной перспективы. Принимая во внимание положительную оценку пациентов, а также отсутствие побочных действий, дальнейшее использование данной методики в комплексном лечении больных с

онкологической патологией представляется перспективным.

### ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И ВЕГЕТАТИВНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ С РАЗНЫМ ТИПОМ ВЕДУЩЕГО АФФЕКТА

С. Ю. Диков, О. П. Вертоградова  
(Москва)

**Цель:** установление соотношений между вегетативной реактивностью и вегетативным обеспечением деятельности и типом ведущего депрессивного аффекта.

**Материалы и методы:** обследовано 102-х больных эндогенной депрессией по МКБ-10: F 31.3-12%, F 32.0-11%, F 32.1-13%, F 33.0-12%, F 33.1-53%. 28 мужчин и 74 женщины (средний возраст 41,9 и 37,8 лет). Использовались клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. Вегетативная реактивность оценивалась посредством пробы Даныни-Ашнера, обеспечение деятельности-ортостатической пробы.

**Результаты:** При тревожной депрессии показатели пробы Даныни-Ашнера достоверно отрицательно коррелировали с выраженностью тревоги ( $r=-0,352$ ;  $p=0,014$ ). У 24 пациентов отмечалась пониженная вегетативная реактивность, у 4 извращенная, у 14 нормальная и у 6 повышенная. Результаты ортостатической пробы отражают повышение активности симпатического отдела у 22 больных (46%), парасимпатического у 9 (19%). Нормальную реакцию демонстрировали 17 (35%) пациентов. При тоскливой депрессии показатели вегетативной реактивности статистически достоверно ( $r=-0,340$ ;  $p=0,037$ ) отражали ее снижение параллельно углублению аффекта тоски. У 18 больных отмечалась сниженная вегетативная реактивность, у 5 извращенная, у 11 нормальная и у 4 повышенная. Вегетативное обеспечение деятельности у 19 (50%) больных отражало гиперактивность симпатического звена, у 6 (16%) парасимпатического, у 13 (34%) отмечалось повышение ЧСС в пределах нормальных значений. При апатической депрессии нормальная вегетативная реактивность отмечалась у 13 (81,25%) больных, повышенная у 2 (12,5%), пониженная у 1 (6, 25%). Анализ вегетативного обеспечения деятельности свидетельствует об отсутствии преобладания регуляторных влияний симпатического или парасимпатического отделов у 13 (81,25%) больных, при незначительной представленности парасимпатической гиперактивации у 3 (18,75%).

**Выводы:** При депрессиях тревожного типа выявляются признаки, обусловленные активацией как симпатического так и парасимпатического отделов с преобладанием симпатикотонии. Для тоскливых депрессий характерна симпатическая активация, выраженная в меньшей степени, чем при тревожной. Признаки вегетативной активации при апатической депрессии не выявлены.

**СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ  
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Е. Н. Докучаева  
(Волгоград)

Психосоматические расстройства – наиболее распространенная соматическая патология. При них нарушается психическая адаптация, что приводит к снижению адекватности функционирования психической сферы и эффективности интеллектуальной деятельности, ухудшается межличностное взаимодействие, то есть нарушение социально-психологической адаптации. Следствием является развитие социальной дезадаптации (нарушения коммуникации, чувство отчужденности от других людей, неприязнь ко всякой инициативе, а также уход от ответственности, неуверенность в собственной способности справляться с жизненными трудностями и кризис идентичности). Синдром психической дезадаптации, который тесно связан с психосоматическими расстройствами. При этом многие проявления невротических и психосоматических расстройств являются именно адаптационными феноменами. Анализ показателей зарегистрированных невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (F 40-48) указал на существенный рост этой патологии от 2003 к 2006 году. Уровень психического здоровья населения постоянно снижается. Это прежде всего связано с тем, что возросший темп жизни, обилие информации, уменьшение доли физического труда и увеличение стрессорных воздействий (в том числе и эмоциональных) вызывают увеличение нагрузки на нервную систему и психическое переутомление. Таким образом, исследование особенностей социально-адаптивного поведения пациентов с психосоматическими расстройствами в различных условиях помогает оценить общее психоэмоциональное состояние и выбрать наиболее адекватную тактику лечения и реабилитации.

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ  
С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Е. А. Дударева, Т. И. Иванова  
(Омск)

Хроническая цереброваскулярная патология (ДЭ) в последнее время привлекает все большее внимание психиатров в связи с высокой распространенностью пограничных нервных психических расстройств у данной категории пациентов. Целью настоящего исследования явилось изучение личностно-психологических особенностей пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью, коморбидной с пограничными нервно-психическими расстройствами. Клинико-психопатологическое исследование включало проведение теста СМЛ, шкалы оценки депрессии Монтгомери – Асберг (MADRS); особенности когнитивной сферы исследовались с помо-

щью методики для оценки наличия и выраженности иррациональных установок А. Эллиса; уровень враждебности и агрессивности определялся с помощью вопросника Басса – Дарки; выраженность алекситимического радикала – с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS).

Клинико-психопатологические особенности у пациентов с ДЭ представлены определенным спектром когнитивных, аффективных и личностных расстройств в виде умеренного когнитивного дефицита, наличия выраженных иррациональных когнитивных установок, предрасположенности к “алекситимическому” эмоционально-когнитивному стилю, повышенного уровня враждебности, наряду с подавляемой агрессивностью, депрессии различной степени выраженности. Выделены три клинико-психопатологические группы пациентов с ДЭ с преобладанием личностных паттернов – истероформного, психастенического с тревожным радикалом и возбудимого (застревающего) со склонностью к формированию сверхценных ипохондрических идей.

**ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ  
БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ  
СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ  
КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (СКА)**

А. А. Дукельский, Л. Н. Юрьева  
(Днепропетровск)

В исследовании приняли участие 147 больных мужского пола в возрасте от 34 до 80 лет (в среднем –  $57,2 \pm 8,6$  года) с ИБС после СКА. Из них у 71 (48,3%) пациента не выявлено каких-либо психических расстройств (1 группа), у 19 (12,9%) – диагностировано эмоционально-лабильное или тревожное расстройство (2 группа), у 57 (38,8%) – выявлены депрессивные расстройства органической природы легкой и умеренной степени выраженности (3 группа).

**Результаты исследования.** Установлено, что основными травмирующими факторами у обследованных больных были: наличие соматического заболевания (ИБС) – 110 (74,8%) человек и психическое перенапряжение – 40 (27,2%). Указанные факторы тесно коррелировали с наличием и выраженностью психоэмоциональных расстройств –  $r=0,40$  и  $r=0,51$  ( $p<0,001$ ) соответственно. Большинство больных 3 группы с депрессией (93,0%) рассматривали соматическое заболевание как серьезную жизненную проблему, в то время как в 1 группе этот фактор доминировал у 56,3% пациентов ( $p<0,001$ ), во 2 группе – у 89,5%. Кроме того, половина больных 3 группы (54,4%) испытывали постоянное психическое перенапряжение, которое могло привести как к ИБС и инфаркту миокарда, так и к депрессии. Последняя, вероятно, возникла на фоне возможного последующего изменения социального статуса (19,3%), а также снижения материального уровня жизни, что стало фактором травматизации у 28,1% пациентов этой группы.

**Выводы.** Наиболее значимым фактором психической травматизации для больных после СКА является наличие самой ИБС. Депрессивные расстройства имели те пациенты, которые не только испытывали психическое перенапряжение в повседневной жизни, но и болезненно переживали последствия основного заболевания, которые в дальнейшем, по их мнению, существенно изменят их социальный статус и материальный уровень жизни к худшему.

### ТИПЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

О. Г. Зайцева, Е. О. Бойко, Л. Е. Ложникова,  
М. И. Агеев, В. А. Стрижев  
(Краснодар)

Клинические проявления и психопатологические реакции, связанные с сердечно-сосудистой патологией столь обширны, что изучение личностных особенностей больных, определение их позиции по отношению к болезни и лечению явилось целью данного исследования. С помощью опросника психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) обследовано 57 больных: 36 мужчин и 21 женщина. Средний возраст  $47 \pm 1,38$  лет. Из них 38 человек с ишемической болезнью сердца и 19 с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы, с длительностью течения заболевания не менее одного года.

У больных с ИБС достоверно чаще отмечаются эргопатический, гармоничный, а так же сенситивный типы отношения к болезни ( $p < 0,05$ ), который заключался в преодолении отрицательных переживаний в связи с заболеванием и мобилизации усилий на достижении успеха. Гармоничный тип отношения характерен для больных с компенсированным течением ИБС, при этом у них нередко встречаются анозогностические черты. Данные типы не являются вторичными по отношению к заболеванию, а характеризуют преморбидные личностные особенности – активную позицию по отношению к заболеванию, “уход в работу” или активизацию конструктивных усилий по преодолению болезни. Сенситивный тип характерен для больных, имеющих коморбидные невротические расстройства. Им свойственны сочетание эмоциональной чувствительности и низкой пластичности, тенденции к фиксации на своих проблемах, выраженная психологическая зависимость от микросоциального окружения. У больных с соматоформной вегетативной дисфункцией достоверно чаще встречались ипохондрический, тревожный, невротический типы в структуре смешанных или диффузных ( $p < 0,05$ ). У больных с дезадаптивными типами реагирования чаще, чем при адаптивных выявлены преморбидные личностные черты (дистимичность, тревожность, демонстративность, ригидность), которые обуславливают легкость нервно-психической декомпенсации, особенно по психосоматическому типу, что создает благоприятный фон для формирования у них пограничных психических расстройств.

Таким образом, выявленные типы реагирования на болезнь могут выступать мишенями для психокоррекционного воздействия, целью которого является формирование более адаптивной модели отношения к болезни с учетом характера заболевания и личностных особенностей больного.

### НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АЛЕКСИТИМИИ У ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

А. К. Зиньковский, А. В. Антоновский  
(Тверь)

Понятие “алекситимия” образовано от трех греческих слов («а» – отсутствие, «lexis» – слово, «thymos» – эмоция) и в дословном переводе означает “отсутствие слов для описания чувств”. В исследовании приняли участие 115 педагогов из девяти общеобразовательных школ г. Твери (женщины от 21 до 69 лет). Учителя были разделены на группы согласно педагогическому стажу: первая группа – со стажем работы 1–15 лет (33 чел.), вторая группа – со стажем работы 16–30 лет (60 чел.), третья группа – со стажем работы более 30 лет (22 чел.). Для исследования выраженности алекситимии использовалась Торонтская алекситимическая шкала.

Анализ полученных данных показал следующее: педагоги 1-й группы –  $63,00 \pm 2,16$ , педагоги 2-й группы –  $64,68 \pm 1,23$ , педагоги 3-й группы –  $64,05 \pm 2,95$ . Достоверных различий между всеми тремя группами педагогов выявлено не было. Распределение баллов по всей выборке попадают в так называемую “зону неопределенности”. Можно говорить о том, что для всех педагогов в той или иной степени присущ определенный конфликт в отношении себя и окружающего социального мира. На основе этого возможна определенная напряженность, приводящая к эмоциональному дискомфорту. Одним из перспективных и, более того, необходимых направлений исследований является изучение алекситимии, во-первых, во взаимосвязи с механизмами защит и стратегиями совладания педагога для ее определения в структуре защитного и совладающего поведения и, во-вторых, изучение и анализ данного феномена должно обязательно строиться с учетом рассмотрения деятельностных показателей в педагогической деятельности, которые бы отражались в учебном, воспитательном процессе, на межличностном уровне для определения возможностей повышения эффективности педагогического труда и сохранения психического здоровья учителя.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У РОДСТВЕНИКОВ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А. Н. Золотова  
(Ростов-на-Дону)

**Цель работы:** выявление особенностей психической сферы у родственников онкологических больных.

**Материалы и методы:** обследовано 60 человек, осуществляющих уход за своими родственниками, находящимися на стационарном лечении по поводу онкологического заболевания. Исследование проводилось с помощью клинического и экспериментально-психологического методов с использованием шкалы Спилберга-Ханина и опросника Леонгарда-Шмишека.

**Собственные результаты:** В результате исследования выявлены психические расстройства невротического уровня в 37,5% – острая реакция на стресс (F 43.0), Диссоциативное расстройство (F 44.0) и Тревожное расстройство (F 41.0), Эндогенная депрессия определялась у 2,1% случаев – Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени без соматических симптомов (F 33.00) и психологические реакции, выраженные по интенсивности, в 60,4% случаев (тревожные реакции, а у 8 человек в сочетании с истероидными). В результате применения шкалы Спилберга-Ханина выявлен высокий уровень реактивной тревожности в 79,2% случаев, умеренный уровень реактивной тревожности в 14,3%. Низкий уровень не выявлялся. У части обследованных (7 человек) были завышены показатели личностной тревожности, что подтверждалось результатами опросника Леонгарда-Шмишека.

**Выводы:** В результате исследования психической сферы родственников онкобольных выявлены расстройства преимущественно невротического уровня, высокий уровень тревоги, что требует адекватной медикаментозной и психотерапевтической коррекции так, как стабильное психическое состояние ухаживающего будет способствовать обеспечению лучшего межличностного взаимодействия с больным, улучшать психологический климат и, соответственно, повысит качество жизни пациента.

#### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

О. В. Зубарева, А. А. Кукшина, Н. М. Захарова  
(Москва)

В России ежегодно растет число суицидов, так в НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ежегодно госпитализируется более 500 пациентов с резаными ранами различной локализации, нанесенными в результате аутоагрессии. Для решения вопроса о наличии истинно суицидальной направленности действий больного, а значит и целесообразности его лечения в условиях соматопсихиатрического отделения, необходимо тщательное психопатологическое обследование.

Выявлено, что 8,4% пациентов, страдающих психическими расстройствами, сопровождающимися мыслями о нежелании жить и уже совершавшие суицидальные попытки, склонны скрывать свои истинные намерения от окружающих. В то же время 3,2% больных, сообщающих

о самоповреждении, пытаются освободить от ответственности лицо, нанесшее им ранение. В связи с этим, клиническое обследование необходимо начать с осмотра пациента. Об истинности аутоагрессии могут свидетельствовать локализация раны и ход раневого канала, а также наличие следов ранее нанесенных самопорезов. Далее необходим сбор анамнестических сведений у самого пациента, его родственников и сопровождающих лиц о ранее имевшихся попытках аутоагрессии; импульсивности; мыслях, планах и намерениях о лишении себя жизни. Психопатологическое исследование должно включать выявление расстройств сознания, которые могут быть обусловлены в том числе экзогенной интоксикацией или основной соматической патологией, что требует профильного лечения пациента.

К факторам, являющимся свидетельством истинности аутоагрессии и определяющим необходимость госпитализации больного в соматопсихиатрическое отделение, также являются социальные (наличие конфликтной ситуации; потеря работы, партнера или значимого лица; заболевания; пожилой возраст; одиночество) и связанные с психическим здоровьем (депрессии; психотические расстройства; органические поражения ЦНС).

Для уточнения характера патологии проводятся: определение наличия токсиканта в биосредах, тесты на ВИЧ, КТ-исследование головного мозга, ЭЭГ-исследование.

Таким образом, при поступлении в стационар пациентов, с аутоагрессивными действиями, для решения вопроса о необходимости их лечения в соматопсихиатрическом отделении, необходимо проведение комплексного обследования, включающего клинические, клинико-психопатологические и лабораторные методы исследования.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А. Ю. Зуева, Н. С. Сединина, Л. А. Берсенева  
(Пермь)

Любое соматическое заболевание оказывает влияние на психическое состояние человека. Прогрессирующий характер хронической болезни способствует формированию ограничительного поведения, появляется замкнутость, отчужденность, обеднение контактов с людьми, снижение активности. Не является исключением и влияние на психическую сферу хронических профессиональных заболеваний. Нами было исследовано 30 больных (16 мужчин и 14 женщин) с хронической профессиональной патологией (пылевой бронхит и вибрационная болезнь), находящихся на стационарном лечении. Средний возраст составил  $55,1 \pm 1,8$  года у мужчин и  $50,8 \pm 2,1$  года у женщин, стаж работы с профвредностью  $22,3 \pm 1,9$  и  $16,5 \pm 1,1$  соответственно. С целью оценки самочувствия, активности и настроения этих пациентов использована методика "САН", для оценки уровня

тревоги и депрессии - госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. В ходе исследования было выявлено: уровень самочувствия  $4,1 \pm 0,3$  балла; активности –  $4,2 \pm 0,3$  балла; настроения –  $4,6 \pm 0,3$  балла; эти показатели хоть и говорят о благоприятном состоянии испытуемых, но не достигают диапазона нормальных оценок. Определен уровень тревоги –  $9,3 \pm 0,9$  (субклинически выраженная тревога) и депрессии  $6,7 \pm 0,4$  (отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии). Выявлена сильная достоверная прямая зависимость между степенью снижения трудоспособности и уровнем тревоги и депрессии. Полученные данные указывают на необходимость проведения планомерной психотерапевтической работы с пациентами данной категории.

### О КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОСОМАТИКЕ

Н. Л. Зуйкова  
(Москва)

Современная клиническая медицина характеризуется сближением общей медицины с психиатрией, медицинской психологией, психотерапией и актуализацией психосоматического направления. Мы развиваем клиническую психосоматику, основанную на естественно-научном подходе и рассматривающую душевно-телесные взаимозависимости, как врожденные и конституционально – генетические особенности пациента, предрасполагающие его к определенным заболеваниям и определяющие течение, прогноз и специфику лечения. Первостепенным здесь является личностная и характерологическая почва, предполагающая определенную стихийную природную защиту, которую врач своим врачеванием может совершенствовать. Так же необходимо изучение “внутренней картины болезни”, “прорисовывающейся” типологически разными природными защитно-приспособительными реакциями и личностными переживаниями больного. Исследование предрасположенности душевно-телесной конституции человека к определенным психосоматическим заболеваниям и необходимость указывать в диагнозе особенности характера больного для деонтологических и терапевтических ориентиров – третий постулат клинической психосоматики. Присоединяемся к мнению метра современной клинической психотерапии М.Е.Бурно и своими наблюдениями подтверждаем, что сложные душой пациенты хотят знать правду о том, что с ними произошло и больные с аутистической (шизофренической психикой) воспринимают аутистическое объяснение своей болезни, а тревожные психастеники – подробную естественно-научную трактовку и т.д. Клиницизм помогает предположить, в каких случаях показана психолого-психоаналитическая психотерапия, а в каких клиническая. Реализация идеи о прибавке к общемедицинскому лекарственному стандарту нашего “психотерапевтического” стандарта для больных с психосоматическими заболеваниями позволит повысить качество врачевания и соответствовать современным мировым тенденциям.

### ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ

С. В. Иванов  
(Москва)

Наряду с высокой распространенностью психические расстройства в общей медицине определяют высокий уровень потребности в фармакологической коррекции. По данным проведенного недавно масштабного эпидемиологического исследования “Синтез” в назначении психотропных средств нуждается 86,5% пациентов общемедицинских учреждений, из них 50,7% – в курсовой терапии, 35,8% – в симптоматической фармакологической коррекции. При этом выявляются сопоставимые по показателям уровни потребности в психофармакотерапии в различных областях общей медицины (кардиология, онкология, дерматология и пр.). Терапия психических расстройств в общей медицине предусматривает применение психофармакологических средств всех основных классов, включая анксиолитики/гипнотики, антидепрессанты, антипсихотики, ноотропы, психостимуляторы. В ряду психотропных средств предпочтение отдается препаратам новых поколений обладающих достаточным уровнем эффективности при более благоприятных профилях переносимости и безопасности. Выбор психотропных средств для терапии психосоматических расстройств определяется нозологической принадлежностью/синдромальной структурой психической патологии, особенностями коморбидной соматической патологии и риском лекарственных взаимодействий.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ ХАРАКТЕРИСТИК ТЕМПЕРАМЕНТА И ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. В. Каданцева, О. Ю. Щелкова  
(Санкт-Петербург)

Изучение взаимосвязи особенностей темперамента и других подструктур индивидуальности у больных невротическими расстройствами позволит более глубоко оценить и понять структуру их невротического конфликта. В связи с этим была поставлена цель исследования – изучить взаимосвязь характеристик темперамента и личности у больных невротическими расстройствами. Задачи – 1) исследовать характеристики темперамента у больных невротическими расстройствами; 2) провести сравнительный анализ копинг-стратегий, механизмов психологической защиты и психологической конфликтности у больных невротическими расстройствами, различающихся по своим темпераментальным характеристикам; 3) исследовать взаимосвязь особенностей темперамента и личности у пациентов, различающихся по своим темпераментальным характеристикам. Используются экспериментально-психологические методики “Опросник структуры темперамента” В.М. Русалова, “Индекс жизненного стиля”, “Способы копинга”, “Незаконченные

предложения” и “Опросник для изучения интрапсихических конфликтов”. Обследовано 77 пациентов – больных невротическими расстройствами, пациентов ГПБ № 7 (Санкт-Петербург); из них мужчин – 15 (19%), женщин – 62 (81%). Средний возраст пациентов составил  $34 \pm 1$  год. Выводы. 1) У больных невротическими расстройствами, у которых наблюдается низкий уровень показателей индекса адаптивности методики В.М.Русалова, в большей степени выражены механизмы психологической защиты и психологическая конфликтность, чем у пациентов с высоким уровнем показателей индекса адаптивности. 2) У больных невротическими расстройствами, с высоким уровнем показателей индекса адаптивности основные характеристики темперамента положительно взаимосвязаны с длительностью заболевания и с выраженностью копинг-стратегии “конфронтация”.

#### **ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНО – ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ЗВЕНА**

В. Л. Капустянский, А. Я. Перехов  
(Ростов-на-Дону)

Ожидаемая по литературным данным распространенность депрессивных и тревожных расстройств (до 30% первично обратившихся за медицинской помощью) не соответствует истинной картине происходящего, реальная диагностика аффективных расстройств при первичном обращении не достигает и 2–3%. Нами проанализированы 120 случаев неправильной первичной диагностики в системе поликлинического звена (врачи общего профиля, врачи-терапевты, врачи-кардиологи, врачи-невропатологи). Основные причины крайне низкой диагностики тревожных депрессий при первичном обращении следующие: 1. Большинство пациентов обычно жалуются не на подавленность, угнетенность, а прежде всего обращают внимание врача на соматовегетативные расстройства. 2. Сложные психосоматические корреляции, сформированные в результате взаимодействия депрессии и соматических заболеваний. 3. Недостаточная осведомленность врачей-интернистов о клинике и диагностике тревожно-депрессивных расстройств. 4. Соматический атрибутивный стиль, в связи с чем пациенты склонны приписывать психические нарушения тяжелому соматическому заболеванию. 5. Предубежденность пациентов против констатации психического расстройства в связи с низкой психолого-психиатрической культурой и стигматизацией психиатрии как науки и практики. 6. Недостаточная профессиональная компетентность части специалистов психиатров, наркологов, психотерапевтов. 7. Отсутствие достаточного количества врачей-психиатров (только в отдаленных и сельских районах) и особенно врачей-психотерапевтов (даже в крупных городах Южного федерального округа, включая Ростов-на-Дону). Основные пути улучшения ситуации: изменение программ преподавания психиатрии в медицинских ВУЗах с увеличением

общего числа часов и акцентированием знаний пограничной и психосоматической психиатрии; специальные образовательные программы для врачей-интернистов (в настоящее время, в основном, проводятся только заинтересованными фармацевтическими фирмами); специальные психообразовательные программы для населения (проводятся в единичных случаях отдельными энтузиастами); приближение психиатрической и психотерапевтической помощи населению, особенно в отдаленных и сельских районах; ужесточение сертификации и лицензирования специалистов; скорейшее принятие федеральных стандартов диагностики и лечения аффективных расстройств.

#### **ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Т. А. Караваева  
(Санкт-Петербург)

Разработка и использование в клинической практике психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств, основанных на научно-обоснованных представлениях об особенностях этой патологии, ее изменений на фоне влияния социальных и экономических перемен, является насущной задачей отечественного здравоохранения. За последние три десятилетия с учетом этих факторов и практического опыта сформировалась система принципов психотерапевтических и реабилитационных стратегий при невротических расстройствах.

Этапность предусматривает преемственное ведение больных в соответствии с показаниями в амбулаторных и стационарных условиях. Принцип комплексности при реализации психотерапевтических и реабилитационных стратегий может рассматриваться как в аспекте организации комплексного обследования пациентов, сочетающего в себе общеклинический, психологический и социальный подходы, так и в рамках биопсихосоциальной модели при лечении невротических расстройств в условиях полипрофессиональной бригады. Принцип дифференцированности предполагает целевое применение терапевтических методов для конкретного пациента, ведущего клинического синдрома с этиопатогенетическим соответствием основному характеру невротических нарушений. Интегративность представляет собой обоснованное взаимосвязанное использование психотерапевтических методов и приемов, имеющих своей целью более интенсивное воздействие на систему отношений личности, нарушения которой являются основным источником невротических расстройств. Изменение клинической картины невротических расстройств, широкое внедрение в практику краткосрочных методов психотерапии, активное применение суппортивных программ способствовали интенсификации и краткосрочности лечения,

Таким образом, качественная организация психотерапевтической помощи, использование комплексных и интегра-

тивных подходов, привлечение для участия в лечении пациентов с невротическими расстройствами полипрофессиональной бригады, включающей различных специалистов, позволяет не только решать задачи повышения эффективности и скорейшего выздоровления пациентов, но и добиваться большей рентабельности терапии.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ, ВОЗНИКАЮЩИХ У ЖЕНЩИН, ПРЕРЫВАЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ НА ПОЗДНИХ СРОКАХ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ**

М. А. Качан, В. А. Руженков  
(Белгород)

Цель исследования – изучение распространенности и клинической структуры психических расстройств у женщин, прерывающих беременность по медицинским показаниям на поздних сроках. Обследована сплошная выборка – 190 женщин в возрасте от 13 до 49 ( $25,7 \pm 0,5$ ) лет, перенесших операцию искусственного прерывания беременности на поздних сроках (от 19 до 27 недель). Установлено, что в 28 (14,7%) случаях основанием для прерывания беременности были психические расстройства, диагностированные задолго до беременности и являющиеся медицинским показанием для прерывания беременности; в 95 (50%) случаях диагностировались реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации: в 13 (6,8%) случаях – острая реакция на стресс с симптомами посттравматического стрессового расстройства (первая группа) и у 82 (43,2%) женщин расстройства адаптации (вторая группа). В 67 (35,3%) случаях клинические признаки психических расстройств не выявлялись.

В первой группе в 8 (61,5%) и во второй в 57 (69,5%) случаях пациентки соглашались на терапию. Назначались антидепрессанты, малые нейролептики, транквилизаторы бензодиазепинового ряда, ноотропы (фенибут). Проводилась краткосрочная психотерапия с применением ассоциативно-диссоциативных техник нейролингвистического программирования и гештальттерапии. Во всех случаях клинически отмечалось улучшение состояния.

Результаты исследования позволяют рекомендовать назначение консультаций врача-психиатра указанному контингенту, а также проведение краткосрочной кризисной психотерапии и психофармакотерапии с рекомендацией последующего амбулаторного лечения.

**ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ**

Г. Ф. Кирсанова, В. Л. Карнозов, Т. Ю. Линева  
(Москва)

Всего обследовано 55 больных ревматоидным полиартритом в возрасте от 20 до 60 лет. Длительность за-

болевания составляла от 1 до 20 лет. У всех обследованных выявлялись характерные психические нарушения пограничного круга, которые претерпевали типичную динамику. К факторам, определяющим особенности клинической картины психических нарушений относились выраженность артралгий, деформация суставов, нарушение их подвижности. Стержневым симптомом являлась соматогенная астения, которая на начальных этапах заболевания отличалась выраженностью физической слабости, вялости, разбитости особенно по утрам и в первую половину дня. Вышеописанные жалобы усиливались в результате бессонницы, вызванной стойкими ночными артралгиями. Характерным являлось формирование своеобразных фобических переживаний в виде страха болей в суставах, “страха движений” и “страха покоя”. По мере изменения внешности больных в связи с деформацией суставов, ограничением их подвижности, формировалась своеобразная сверхценная дисморфоманическая симптоматика с подавленным настроением, стремлением “задекорировать” измененные суставы одеждой, отработкой специальных поз и моторики. Важное место в клинической картине занимала аффективная патология, которая на начальных этапах проявлялась в виде тревожной депрессии с идеями самообвинения, плаксивостью, обидчивостью, а по мере ухудшения соматического состояния формировалась ипохондрическая фиксация, склонность к дисфорическим реакциям. В 7 наблюдениях отмечались суицидальные мысли и тенденции. Имевшиеся в преморбиде характерологические особенности заострялись, нарастала эксплозивность.

Таким образом, своевременное выявление, правильная квалификация особенностей психических нарушений позволяло улучшить качество лечения и реабилитации больных.

**ХРОНИФИЦИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА (КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ)**

С. В. Кисель, О. В. Петрунько  
(Иркутск)

Обследовано 35 пациентов (женщин – 32, мужчин – 3 человека) с текущим хронифицированным (длительностью от 2-х и более лет) депрессивным эпизодом (ДЭ) по МКБ-10 с относительно поздним манифестом заболевания в возрасте 35–55 лет. Единичный ДЭ выявлен у 20,0%, рекуррентное течение – 80,0%. Средний возраст манифеста заболевания составил  $40,9 \pm 1,1$  лет. Длительность актуального ДЭ была от 24 месяцев до 5 лет. Количество госпитализаций в стационар варьировало от 1 до 11, в среднем составило  $3,3 \pm 0,7$  на одного больного.

В случае рекуррентного течения у 80% пациентов текущему хронифицированному ДЭ предшествовала ремиссия длительность от 1 до 5 лет со стертыми субдиагностическими депрессивными проявлениями. У подавляющего большинства пациентов (85,7%) выявлено наличие стрессовых факторов, предшествующих формированию

хронифицированного ДЭ, с содержанием “Утраты”, “Угрозы” и “Вызова” (Головизнина О.Л., 2004) близким по частоте (соответственно 30,8, 32,7% и 36,5%).

По тяжести хронифицированного ДЭ на момент исследования пациенты распределились следующим образом: умеренный – 60,0%, тяжелый без психотических симптомов – 40,0%. В 37,1% наблюдений имелись основания для диагностики панического расстройства (ПР), из них полное ПР – 46,1%, симптоматически бедное ПР – 23,1%, ПР с атипичной симптоматикой – 30,8%. В 94,3% выявлено наличие патологических телесных ощущений в виде алгий, сенестоалгий, сенестопатий.

Клиническая картина хронифицированных ДЭ через несколько месяцев от момента их формирования приобрела черты монотонности, ригидности, стереотипности клинических проявлений, нарастанием адинамической и ангедонической симптоматики.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ И НООТРОПОВ ПРИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

О. Н. Козлова, Р. В. Ахапкин, А. З. Файзуллоев,  
В. К. Бочкарев  
(Москва)

При изучении динамики когнитивных нарушений у больных с тревожными расстройствами во время курсового лечения антидепрессантом (пароксетин) и комбинированным назначением пароксетина и фенотропила производилась оценка динамики тревожных проявлений, психофизиологических и электрофизиологических коррелятов когнитивных нарушений у пациентов, соответствующих критериям панического расстройства (F41.0) и генерализованного тревожного расстройства (F41.1). Фоновые показатели тревоги для пациентов с паническим расстройством составляли в среднем 23 балла по HARS, а для генерализованного тревожного расстройства – 19 баллов. В результате терапии пароксетином уровень тревоги снизился в среднем до 3 баллов, в первую очередь за счет редукции соматических проявлений тревоги. При этом наблюдалось увеличение стабильности нервных процессов возбуждения и торможения, снижение амплитуды и замедление альфа-ритма, повышение амплитуды бета-1-ритма, что характеризует противотревожное действие пароксетина. В случае применения комбинированной терапии пароксетином и фенотропилом, помимо собственно ноотропного эффекта, также отмечалось психостимулирующее действие, в виде увеличения динамичности и силы нервных процессов и десинхронизации ЭЭГ в диапазоне альфа- и бета-1-ритмов. При этом клинически эффект от комбинированной терапии проявлялся уменьшением продолжительности ночного сна, и меньшей редукцией тревожных проявлений к концу терапии до 10 баллов по шкале HARS.

#### **РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ**

И. А. Колесников  
(Санкт-Петербург)

Скрининговое исследование 1000 беременных женщин выявило 87 пациенток с депрессивной симптоматикой. Ведущим психопатологическим нарушением было сниженное настроение, длящееся более 2 недель, не достигающее степени выраженной тоски. Сниженное настроение сопровождалось потерей уверенности в себе, необоснованными упреками в собственный адрес, чувством вины. Женщины пессимистично оценивали будущее, однако отношение носило не генерализованный характер, а было ограничено лишь зоной определенных событий (отношения с мужем, предстоящие роды и пр.). В 5 случаях психопатологические проявления носили эндогенный характер. В остальных случаях депрессивная симптоматика проявлялась в жалобах, в высказываниях женщин, не отражаясь существенным образом на их внешнем облике и поведении. Динамика состояния характеризовалась тем, что сниженное настроение не приобретало свойства стойкой подавленности, а было подвержено значительным колебаниям.

Депрессивные расстройства у пациенток были взаимосвязаны с изменениями в их системе отношений, происшедшими в период беременности и в связи с ней. К ним можно отнести необходимость принятия новой роли матери, изменения образа жизни и формы тела, перестройка параметров семьи и межличностных отношений и пр. Такие изменения имеют высокую субъективную значимость для беременной женщины и выступают в роли стрессовых факторов.

Таким образом, выявленная депрессивная симптоматика преимущественно имеет невротический характер патологии в рамках расстройства адаптации по типу пролонгированных реакций (F43.21-22).

#### **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХОСИНДРОМА ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ**

Т. Н. Колесниченко  
(Челябинск)

Изучались факторы, влияющие на становление и динамику нервной анорексии (конституционально-биологические, соматогенные, психогенные). Под наблюдением находились 32 пациентки в возрасте 15–23 лет, страдающих нервной анорексией. Резидуально-органический психосиндром был выявлен у 26 человек. В анамнезе отмечались неблагоприятные пре-, пере- и постнатальные факторы. Известно, что резидуально-органические психические расстройства являются широко распространенной церебральной патологией детского возраста и претерпевают значительную редукцию к пубертатному периоду.



Под влиянием патогенных факторов (голод, изнуряющие физические нагрузки, искусственное вызывание рвоты) резидуально-органический психосиндром, с его особенностями органически измененного мозга, легко декомпенсировался. Установлено, что перед манифестацией заболевания большинство пациенток (23) перенесли тяжелые заболевания и травмы, ослабившие соматическое состояние организма (оперативные вмешательства под общим наркозом, заболевания ЖКТ, пневмонии, ЧМТ).

Декомпенсация резидуально-органического психосиндрома проявлялась в виде церебрастенической симптоматики с выраженным сомато-вегетативным компонентом, эмоциональных, поведенческих и когнитивных нарушений, обмороков и эпилептиформных припадков. Органический характер расстройств подтверждался данными неврологического статуса, ЭХ-ЭГ, ЭЭГ, КТ.

Выявление резидуально-органического психосиндрома имеет существенное значение для терапии, прогноза нервной анорексии. Необходимо осуществлять лечебные мероприятия, направленные на компенсацию неврологических нарушений у этих больных.

#### **ДИАГНОСТИКА БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПСИХИАТРАМИ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**В. В. Колягин**  
(Иркутск)

БАР, по данным исследователей аффективной патологии является распространенным психическим заболеванием, по частоте сопоставимым и даже превышающим диагностику шизофрении. Суммарная частота расстройств биполярного спектра может достигать 5% в общей популяции, т.о. первоначальные представления о малой распространенности МДП – несостоятельны. БАР занимает 6 место среди причин инвалидности, т.к. больные БАР намного чаще имеют коморбидные психические и соматические расстройства и тяжелое течение болезни. У психиатров разных стран и школ нет единого понимания границ БАР. Традиционное мнение – БАР и шизофрения – различные эндогенные заболевания, другие отдельные мнения – это единое аффективное расстройство с шизофреническим синдромом в части случаев. Определено, что БАР и шизофрения развиваются на основе одних генетических дефектов (вариации SNP – однонуклеотидные полиморфизмы). Вероятно, БАР можно расположить между реактивно провоцируемыми аффективными фазами при расстройствах личности и аффективно-бредовыми фазами/ приступами при шизофрении. Но, выявление заболевания остается проблемой для врачей-психиатров. БАР не распознается до 10 и более лет с момента появления симптомов, более 60% больных не получают адекватного лечения.

При проведении обучающих программ “Bridge по диагностике и лечению БАР”, в 5 городах Восточной и

Центральной Сибири (Ангарск, Чита, Улан-Уде, Красноярск, Иркутск), с участием 200 врачей-психиатров практического здравоохранения, предварительным опросом выяснено, что диагноз БАР (МДП) не используется ими вообще и не отражается в отчетной документации, либо в сравнении с шизофренией, является крайне редким. Обучающие программы способствовали изменению взглядов на проблему БАР.

#### **СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Г. И. Копейко, И. В. Олейчик**  
(Москва)

Проведение терапии аффективных расстройств, возникающих в подростково-юношеском периоде имеет ряд существенных особенностей, что определяет необходимость корректировки принципов лечения БАР, общепринятых у больных зрелого. В первую очередь, речь идет о более высокой частоте терапевтической резистентности, обусловленной, согласно одной из гипотез, незрелостью у подростков и юношей нейронных структур мозга, ответственных за регуляцию аффекта. Кроме того, ряд авторов сообщают о значительно большей, чем при лечении больных зрелого возраста, частоте возникновения и выраженности нежелательных явлений при применении ТЦА, нормотимиков и нейролептиков. Серьезной проблемой, возникающей при лечении больных юношеского возраста, является особо высокий риск совершения диагностических ошибок при выявлении биполярного характера течения с последующей неадекватной тактикой при выборе терапии, нередко способствующей инверсии фаз, с формированием быстрого циклического либо континуального течения, значительно хуже поддающегося лечению и резко утяжеляющему прогноз. С целью определения оптимальных подходов к усовершенствованию методов лечения и профилактики биполярного аффективного расстройства юношеского возраста (ЮБАР) изучена выборка больных с юношескими депрессиями, маниями и смешанными состояниями (174 наблюдений: 59 женского пола, 115 мужского; средний возраст 19,2 лет). Полученные результаты сопоставлены с аналогичными показателями пациентов зрелого возраста, что позволило вывести ряд клинико-фармакологических закономерностей, характеризующих терапию ЮБАР. Установлено, что при лечении больных с ЮБАР необходимо учитывать ряд особенностей: имеющую в большинстве случаев место более низкую комплаентность этого контингента с отсутствием полноценной критики к собственному состоянию и негативным отношением к проводимой терапии, что обуславливает предпочтительность применения депонированных форм ЛС; ундулирующий характер аффекта с высокой частотой фазообразования, что делает нормотимики препаратами первого выбора и ограничивает

применение антидепрессантов; специфические пубертатные клинические проявления аффективных расстройств (дисморфофобические сверхценные идеи, синдром «метафизической интоксикации» и «юношеской астенической несостоятельности», гебоидный симптомокомплекс и т.д.), что делает необходимой аугментацию базовой терапии нормоти мики адекватными дозами типичных и атипичных антипсихотиков; необходимость проведения более длительной, чем в зрелом возрасте, поддерживающей и профилактической терапии, нередко растягивающейся на весь период взросления; необходимость использования комплексного подхода, включающего применение когнитивно-бихевиоральных методов, групповой и семейной психотерапии.

### ФАКТОРЫ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

А. К. Костин  
(Томск)

**Цель исследования:** изучить влияние семейных факторов на формирование психосоматических соотношений при коморбидном течении язвенной болезни (ЯБ) и синдрома раздраженной толстой кишки (СРТК) у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами.

**Материал и методы:** На базе отделения пограничных состояний обследовано 150 больных (53 мужчины, 97 женщин), средний возраст  $40,4 \pm 4,5$  года, наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу ЯБ и СРТК.

**Результаты:** Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее значение имели психотравмирующие факторы внутри семьи. Аномальные формы воспитания имели место у 92,7% пациентов с психосоматической патологией пищеварительного тракта: преобладающим типом для истерических личностей оказались условия воспитания в виде «кумира семьи» и «золушки» (39% и 15,9%;  $p < 0,05$ ). При иной структуре личности более частыми были ситуации гипоопеки (37,8%) и комбинации неправильного типа воспитания (18,9%), ( $p < 0,01$ ). При исследовании структуры «ядерной» семьи выявлено, что в 62,0% имелась полная семья. Развод отмечен у 25,3% пациентов; в 10,0% воспитанием занимался один из родителей; в 2,7% дети воспитывались другими членами семьи. Семья с измененной структурой зафиксирована в 6,0% случаев. Характерным являлся высокий уровень семейной дезадаптации во всех патогенетических группах психосоматических расстройств пищеварительного тракта. Статистически достоверные различия ( $P < 0,05$ ) по сравнению с полной и неполной семейной адаптацией отмечены при сочетании ЯБ+СРТК. Наличие подобных данных в анамнезе соотносилось с ранним началом психосоматического процесса, выра-

женностью клинической картины и затяжным течением. Необходима разработка превентивных мероприятий, направленных на предотвращение «передачи по наследству» паттернов психосоматического реагирования.

### УПРАВЛЯЕМАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НОЗОГЕННЫХ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

О. В. Краля, Ю. В. Дроздовский  
(Омск)

Лечение и реабилитация пациентов с сочетанной травмой должна включать не только хирургическую помощь, но и психиатрическую, так как они обнаруживают психические расстройства непсихотического уровня в 45-50% случаев (Семке В.Я. 2008; Смулевич А. Б. 2005, 2009; Ward D.E., 2009).

Целью настоящего исследования являлось изучение закономерностей возникновения, клинической динамики нозогенных пограничных психических расстройств (НППР) при сочетанной травме с последующей разработкой принципов ранней диагностики, реабилитации и психопрофилактических мероприятий.

Нами было обследовано 312 больных с сочетанной травмой, из которых у 139 были выявлены нозогенные пограничные психические расстройства.

Всем пациентам с сочетанной травмой, обнаруживших НППР, мы применяли визуализацию по К. Саймонтоу (Simonthon C., Simonthon S., 2001). Данная методика сочеталась с техниками НЛП, гештальт и рациональной психотерапией, использовать которую больные могли самостоятельно, в качестве аутотренинга.

Пациентам предлагалось по возможности удобно устроиться на кровати и закрыть глаза. Затем мы предлагали пациентам подумать о заболевании, субъективном недомогании и боли, и мысленно вообразить их в том виде, который более всего соответствовал бы представлениям пациента. Наиболее частыми были образы «восстановления клеток». Следующим шагом являлась реализация представления пациентов о том, как получаемое лечение уничтожало источник этой боли либо усиливало способность организма справиться с ним. Больные представляли себе, как естественные защитные механизмы и процессы устраняли травматический процесс и сопровождавшие его осложнения. Затем пациенты представляли себя здоровыми и представляли, как добиваются жизненных целей. Данное упражнение предлагалось для самостоятельных занятий три раза в день, при этом особое внимание уделялось сохранению внимания и сосредоточенности на протяжении всего упражнения. В результате проведенной работы добиться значительного улучшения состояния удалось в 79,6% случаев.

## КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ПОГРАНИЧНОЙ И МАЛОЙ ПСИХИАТРИИ (ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И СИСТЕМАТИКИ НАВЯЗЧИВЫХ РАССТРОЙСТВ)

В. И. Крылов

(Санкт-Петербург)

Отсутствие единого понимания содержания и объема ключевых базисных понятий является препятствием для развития клинической и социальной психиатрии. Многозначность и неопределенность терминологии приводит к тому, что идентичные психические феномены по-разному оцениваются и квалифицируются не только представителями различных школ, но и специалистами работающими в одном учреждении.

Проведенный контент анализ учебных пособий и руководств, подготовленных за последние 10 лет, выявил немало разночтений в толковании понятийного аппарата пограничной и малой психиатрии. Традиционная терминология не всегда позволяет дать однозначную психопатологическую квалификацию навязчивостей. В частности такими терминами как “кардиофобия” и “мизофобия” обозначаются как аффективные навязчивости (фобии) с реакцией избегания, так и идеаторные навязчивости (обсессии) с реакцией повторного контроля.

Клинико-психопатологическая дифференциация фобий и obsессий может основываться на следующих признаках: 1. относительное постоянство фабулы болезненных переживаний при фобиях, вариабельность фабулы при obsессиях; 2. кондициональность актуализации фобий, отсутствие кондициональности при obsессиях; 3. при фобиях отношение к страху утрачивается при столкновении с фобическим стимулом, сохраняется постоянно при obsессиях; 4. основная форма защиты при фобиях поведение избегания, для obsессий поведение избегания не характерно.

Клинико-психопатологическая квалификация идеаторных и двигательных навязчивостей в качестве ритуала возможна при наличии общих и частных признаков навязчивостей. Частными облигатными признаками ритуала являются:

1. вторичных характер ритуала (“навязчивость против навязчивостей”);
2. защитная функция (уменьшения эмоционального напряжения при выполнении ритуала);
3. “индивидуальный” характер защитных действий.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ ПРИ БИПОЛЯРНОМ АФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ II ТИПА

Е. М. Крюкова, Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза

(Оренбург)

Обследовано 50 пациентов с тяжёлым депрессивными эпизодом без психотических симптомов: 25 больных в структуре биполярного аффективного расстройства II типа (БД II), 25 – рекуррентной депрессии (РД). Мето-

ды: клинико-психопатологический с объективизацией данных опросником SCL-90-R, статистический – Mann-Whitney U-test, Spearman Rank Order Correlations, Wilcoxon Matched Pairs test. В группе больных БД II, в отличие от больных РД, определяется более тесная прямая корреляционная взаимосвязь “депрессии” и “соматизации”, “obsессивности” ( $r$ -Spearman 0,62-0,81). При сопоставимых показателях уровня депрессии и общего “индекса выраженности симптомов” ( $p > 0,05$ ) в группах, у больных с БД II в сравнении с больными РД, при  $p < 0,05$  выше показатели “тревоги” (2,08 и 1,67), “соматизации” (1,97 и 1,68), “obsессивности” (1,76 и 1,4). Эти данные, по-видимому, указывают на “остаточный маниакальный эквивалент” в виде симптомов соматизации, obsессивности в структуре депрессии при БД II, определяя её атипичность и, возможно, дифференциально-диагностические признаки с депрессией в структуре РД. Проведена оценка эффективности стационарной комплексной терапии больных БД II. В течение 56 дней больные получали терапию кветиапином в дозе 150-600 мг/сут., групповой “тренинг анализа ситуации”, социотерапию. К 10 дню лечения отмечено снижение показателей “тревоги” ( $p < 0,05$ ), “депрессии” ( $p < 0,05$ ), к 14 дню “соматизации” ( $p < 0,05$ ), к 21 дню “obsессивности” ( $p < 0,05$ ). После стационарного лечения пациенты получали поддерживающую терапию кветиапином в дозе 50–200 мг/сут.. В катмнезе через 6 месяцев обследовано 20 пациентов, состояние которых оценено как “стабильно позитивное”. Полученные данные свидетельствуют об эффективности комплексной терапии больных БД II, включающей фармакотерапию кветиапином.

## ДИССОМНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Е. С. Курасов, Р. С. Ремизевич

(Санкт-Петербург)

Известно, что при всех тревожных расстройствах (ТР) одним из наиболее распространенных симптомов, влияющим на течение заболевания, являются нарушения сна. В связи с этим, своевременное выявление диссомний в структуре ТР, позволяет оптимизировать их терапию.

Были изучены диссомнические нарушения у 37 пациентов с ТР. При этом в дополнение к клинико-психопатологическому методу использовалось полисомнографическое исследование (ПСГ). В ходе исследования было установлено, что при проведении ПСГ выявляемость нарушений сна оказалась существенно выше, чем при клинико-психопатологическом исследовании. Так различные расстройства сна были диагностированы у 83,5% обследованных пациентов, в то время как по данным клинико-психопатологического метода они составили только 67,1%.

Проведенное исследование позволило разработать алгоритм комплексной диагностики, коррекции и лечения

пациентов с ТР. Первый этап: клинико–психопатологическое исследование, и верификация диагноза. Второй этап: ПСГ, по результатам которого пациент определялся в одну из двух групп: “с нарушениями сна” или “без нарушений сна”. В группе “без нарушений сна”, диагностический поиск завершился, и ему назначалась “классическая” терапия. При выявлении нарушений сна, в дополнение к ней, на третьем этапе назначались корректоры сна, и проводилась психотерапевтическая коррекция. По истечении трех недель лечения, диагностические мероприятия повторялись, начиная со второго этапа.

Таким образом, применение вышеописанного алгоритма в клинической практике стационарной психиатрической помощи позволило систематизировать процесс диагностики, а также оптимизировать терапию ТР.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

К. М. Курбанов, С. В. Полторак  
(Санкт-Петербург)

В последние годы значительно возрос интерес к изучению психопатологических явлений, протекающих в форме различных соматических функциональных расстройств. Приближение психиатрической помощи к населению, с одной стороны, и повышение качества соматического обследования, с другой, привели к уточнению границ функциональной патологии, в результате чего значимость последней оказалась существенно большей, чем это можно было предположить.

Большие трудности представляет собой правильная и своевременная диагностика соматоформного расстройства. Такие пациенты проходят сложные диагностические процедуры, нередко врачи склоняются к оперативному лечению, здесь часты случаи зависимости от анальгезирующих средств. Нередко временное облегчение наступает от нетрадиционных методов терапии или в результате инвазивных вмешательств (хирургическое лечение). В пользу соматоформного расстройства свидетельствует и своеобразие реакций на диагностические вмешательства и симптоматическую терапию: парадоксальное облегчение от диагностических манипуляций; тенденция к смене ведущего соматического синдрома (от обострения к обострению, а иногда и в рамках одной фазы); нестойкость полученного терапевтического эффекта; склонность к идиосинкразическим реакциям.

Лечение соматоформных расстройств представляет собой сложную задачу, для решения которой необходимо использование как психофармакотерапии, призванной снизить тревожность пациента, отвлечь его от негативных и ипохондрических переживаний, так и психотерапии, направленной на патогенетические мишени, способствующие возникновению заболевания.

Из средств психофармакотерапии для лечения соматоформного расстройства используются различные пре-

параты из групп нейрорептиков, антидепрессантов, транквилизаторов. Эффективным методом лечения соматоформных расстройств является применение элементов гештальт-терапии, направленной на понимание пациентом своего заболевания, его осознания, освобождения во время психотерапевтических сессий заблокированных эмоциональных переживаний.

### КОМПЛАЙЕНС БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ

Е. О. Кучер, Н. Н. Петрова  
(Санкт-Петербург)

Уровень комплайенса у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством достоверно выше, чем у пациентов с постшизофренической депрессией и ниже, чем у пациентов с органическим (аффективным) расстройством. На комплайенс больных депрессией влияют стигма, связанная с приемом психотропных средств, самочувствие непосредственно после приема препаратов, побочные эффекты фармакотерапии. Наиболее выражены “психические” и “вегетативные” побочные эффекты. Степень выраженности и влияние разных побочных эффектов на комплайенс различается в зависимости от особенностей депрессивных расстройств. Стигма, связанная с приемом психотропных препаратов, наиболее выражена при постшизофренической депрессии. Пациенты с рекуррентным депрессивным, как и пациенты с органическим (аффективным) расстройством, в большей степени терпимы к побочным эффектам при достаточной эффективности лечения и больше нацелены на поддерживающую терапию. У больных рекуррентным депрессивным расстройством наиболее выражены побочные эффекты и низкий уровень комплайенса наблюдаются при комбинированном лечении антидепрессантами и атипичными антипсихотиками. При монотерапии антидепрессантами достоверных различий выраженности побочных эффектов и комплайенса не отмечено. Имеется прямой параллелизм между выраженностью депрессии, нонкомплаентности и побочных эффектов. Низкий уровень комплайенса связан с увеличением частоты и длительности обострений независимо от нозологической принадлежности депрессии и может быть причиной рецидива и регоспитализаций, особенно у больных постшизофренической депрессией и органическим (аффективным) расстройством. Появление побочных эффектов является одним из предикторов нарушения приема препаратов. Связь между тяжестью депрессии и уровнем комплайенса может свидетельствовать о роли психопатологических факторов в определении нонкомплаентности больных, а, с другой стороны, о негативном влиянии нарушения режима на течение заболевания. Больные постшизофренической депрессией отличаются наибольшим риском нарушения режима терапии независимо от фазы течения заболевания и этапа лечения. Пациенты, употребляющие алкоголь, имеют низкую установку на поддерживающую те-

рапию и хуже соблюдают режим терапии, что сопряжено с возрастанием частоты и длительности обострений. По экспериментальным данным алкоголь достоверно снижает эффективность и переносимость антидепрессантов при длительном применении.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИНАМИКИ ФОБИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЕЙ

Н. Д. Лакосина, А. В. Павличенко  
(Москва)

Изучение невротических фобий в 60–70-е гг. прошлого века (Н.М.Асатиани, Г.К.Ушаков, Н.Д.Лакосина) выявило наряду с расширением ситуаций, вызывающих страх, присоединение на определенном этапе их динамики обсессивных расстройств (контрастные навязчивости и навязчивые сомнения). Эта особенность была обусловлена длительным приемом традиционных нейролептиков и седативных транквилизаторов, которые еще более усугубляли существующую у тревожных личностей диссоциацию между аффективными и идеаторными структурами.

В последние годы у больных с фобическими расстройствами наблюдается расширение агорафобических страхов, преимущественно страха пользоваться общественным транспортом. Конверсионные симптомы встречаются как в структуре панических атак, так и независимо от них. Ведущее место в терапии занимают серотонинергические антидепрессанты. В процессе лечения удается добиться уменьшения вызывающих страх ситуаций, но последующее прекращение приема препаратов приводит к повторным госпитализациям пациентов с расширением фабулы страхов и появлением истерических расстройств. Постоянный прием одних и тех же антидепрессантов в низких дозах приводит к стабилизации фобий на одном уровне и их последующей фармакологической резистентности.

Таким образом, если ранее неблагоприятный вариант динамики фобического синдрома включал возникновение обсессивных расстройств и был связан с приемом традиционных нейролептиков, то в последние годы декомпенсация состояния обусловлена быстрой отменой антидепрессантов и выраженностью истерических расстройств. При выявлении последних целесообразно присоединение к терапии малых доз фенотиазиновых нейролептиков.

### ДЕПРЕССИЯ, СВЯЗАННАЯ СО СТРЕССОМ, В СВЕТЕ КАТАМНЕЗА

Е. Г. Магонова  
(Иркутск)

Обследованы 89 пациентов, обратившихся в ОГУЗ «Психотерапевтический центр г. Иркутска». Из них женщины

– 86,5%, мужчины – 13,5%. Возраст пациентов на момент исследования составил 36 лет (от 29 до 46 лет). Длительность психотравмирующей ситуации – 12 мес. (от 6 до 24 мес.); следующей за ней, как правило, впервые возникшей депрессией различной степени тяжести (ДЭ по МКБ-10) – 6 мес. (от 3 до 12 мес.). На этапе актуального депрессивного расстройства проводилась монотерапия следующими препаратами: стимулотон получали 43,9%, иные антидепрессанты (велаксин, вальдоксан, ципралекс, мелипрамин, амитриптилин) – 13,5%, афобазол – 24,7%, атаракс – 17,9%. Длительность терапии составляла 42 дня. Психотерапевтическая терапия сочеталась с психотерапией. Катамнестические сведения были прослежены у 46 пациентов (51,7%). Длительность катамнеза была не менее 6 мес. (в среднем – 17,9±1,7 мес.).

В период катамнеза (n=46) предшествующий стресс-фактор(ы) отсутствует – 43,5%, продолжает сохранять свою актуальность – 41,3%, присоединение дополнительных стресс-факторов – 15,2%. Среди наиболее частых, сохраняющихся стресс-факторов (субъективное значение по О.Л.Головизиной, 2004), в периоде катамнеза были: утрата близкого человека, объекта привязанности и любви, межличностных связей; угроза собственному/семейному благополучию (главным образом, материальному); отвержение. В периоде катамнестического наблюдения прекратили терапию – 21,7%; продолжили/возобновили терапию – 78,3%, в том числе прием антидепрессантов – 86,1%, небензодиазепиновых анксиолитиков (афобазол, атаракс) – 13,9%.

По данным катамнеза ремиссия выявлена в 17,8% случаев; число респондеров составило 36,9%; длительность ДЭ от 1,5 года и более диагностирована в 10,1%; рецидив депрессивного расстройства – 33,3%; в единичном наблюдении (субдиагностические депрессивные проявления с коморбидным паническим расстройством) – 2,1%.

### ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

Э. В. Макаричева, Д. Д. Габитова  
(Казань)

За последние десятилетия достигнуты огромные успехи в лечении бесплодия, благодаря широкому распространению новых технологий, что и привлекло основное внимание клиницистов, состояние психики пациенток, страдающих бесплодием, отошло на задний план. Между тем, психологическое состояние, по мнению большинства исследователей (Т.А.Федорова, 1983, М. В.Тополянский, М.В.Струковская, 1986), может иметь решающее значение в происхождении некоторых форм бесплодия, а так же их лечения.

Целью исследования было изучение различий психологического состояния женщин, страдающих бесплодием и готовящихся к процедуре ЭКО.

Для достижения поставленной цели нами были исследованы 15 женщин, страдающих бесплодием и готовящихся к процедуре ЭКО. В качестве контрольной группы были исследованы 15 женщин, страдающих бесплодием, проходящих обследование у гинеколога. Для достижения поставленной цели были использованы тест СМОЛ и тест Леонгарда.

По результатам исследования по тесту СМОЛ были получены следующие данные: обе группы обследуемых женщин имеют сходные особенности, однако у женщин перед процедурой ЭКО достоверно чаще обнаруживаются такие особенности, как тревожность, пессимистичность и эмоциональная неустойчивость. По тесту Леонгарда у женщин перед процедурой ЭКО было отмечено преобладание следующих видов акцентуации: эмотивный, тревожный и демонстративный.

Таким образом, по результатам исследования можно констатировать, что процедура ЭКО является дополнительным стрессовым фактором, что отягощает психологическое состояние пациенток и требует психологического и психотерапевтического вмешательства.

#### **ХРОНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ, ТРЕВОЖНЫМИ, СТРЕССОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

Ю. Г. Манучарян, Л. К. Хохлов  
(Ярославль)

Сравнивается, за период с 1994 г. по 2009 г., обращаемость больных в психотерапевтический центр города Ярославля (население 608000 человек). Это почти исключительно пациенты с непсихотическими формами психопатологии. В 2000–2007 гг. показатели обращаемости оставались близкими. Но последние 2 года обращаемость резко возросла: в 2008 г., по сравнению с 2000 г., в 1,7 раза, в 2009 г. – в 2,1 раза. При этом в 2009 г., при сопоставлении с 2000 г., число депрессивных больных увеличилось в 3,9 раза. В 2009 г. увеличилась группа пациентов (3% всего контингента) с острой реакцией на стресс (22 чел.) и ПТСР (10 чел.); в предшествующие годы такие диагнозы ставились в единичных случаях. За этот же период в 2,9 раза стало больше обращение по поводу проблем, связанных с психосоциальными обстоятельствами. Уровень обращений больных с невротическими и невротоподобными состояниями в 2009 г. в 2 раза выше, чем в 2000 г., рост произошел в значительной мере за счет тревожных расстройств (их доля в этой группе пациентов составила почти две трети); при этом часто определялась эпизодическая пароксизмальная тревога (паническое расстройство) с агорафобией, социофобии. Практически у всех пациентов, оказавшихся в поле зрения психотерапевтического центра, началу психического расстройства предшествовал психоэмоциональный, психосоциальный дистресс, почему они и сочли необходимым обра-

титься за помощью именно к психотерапевту. Больные 2008–2009 гг. труднее, чем пациенты предшествующих лет, поддавались лечению. В современных условиях удлиняются курсы фармако-, психотерапии, сроки восстановления социальной адаптации больных.

#### **О ФОРМИРОВАНИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

В. В. Марилов  
(Москва)

Обследовано в течении 15 лет 1200 больных с психосоматическими заболеваниями ЖКТ (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 400 человек, функциональная дисфагия – 250, функциональная гастралгия – 250, синдром раздраженной толстой кишки – 300).

В формировании психосоматического заболевания принимает участие ряд факторов: наследственная отягощенность психосоматозами, биологически измененная почва, личностные особенности, тип поведения в психотравмирующей ситуации, пассивно-оборонительный стиль жизни и сила стрессового воздействия. К факторам предрасположенности к развитию психосоматических заболеваний ЖКТ относится наследственная отягощенность психосоматическими расстройствами различных органов и систем, встречающаяся почти в 70% случаев, а также детская невропатия с преобладанием желудочно-кишечного ее варианта, которая сенсибилизировала биологическую почву к реагированию на стресс дисфункциями именно ЖКТ. Облигатными чертами личности больных психосоматическими заболеваниями ЖКТ являются: выраженная тревожность, повышенная ранимость, чрезмерная мнительность, интравертированность, признаки алекситимии, повышенная эмоциональность в форме неотрагированных эмоций, фиксированность на своем физическом Я. Такая личность в условиях фрустрации всегда выбирает интрапунитивный тип реагирования с направленностью враждебности на себя и пассивно-оборонительный стиль жизни. Провоцирующим фактором психосоматического заболевания является острый или хронический стресс, который приводит к развитию психогенной депрессии. Появление напряженного депрессивного аффекта, с одной стороны, запускает механизм соматизации аффекта, а с другой способствует реактивизации симптоматики детской невропатии по проторенным путям. Ведущим механизмом развития психосоматического заболевания ЖКТ является формирование (через этап психосоматических реакций) моно- и полисистемных психосоматических циклов, ответственных за образование первичных и вторичных психосоматозов в рамках единого психосоматического континуума. На фоне психогенной депрессии вначале формируется первичный психосоматоз ЖКТ, в котором происходит количественное увеличение психосоматической патологии в рамках единой пораженной системы. В дальнейшем по мере трансформации моносистемного психосоматического цикла в полисистемной формируется вторичный психосоматоз, включающий

в себя психосоматическую патологию других органов и систем. В динамике психосоматического заболевания происходит постоянный процесс соматизации аффекта и постепенное снижение аффективной напряженности личности. Следствием непрерывной соматизации аффекта является переход функционального в органическое (в 13% у мужчин и в 28% – у женщин). Процесс соматизации у женщин идет интенсивнее, чем у мужчин. Длительное течение психосоматического заболевания приводит к значительным характерологическим изменениям личности: происходит усиление прежних черт (тревожности, ранимости, сензитивности) и появление новых, ранее несвойственных, в виде повышенной раздражительности, конфликтности, озлобленности, склонности к гневливо-экссплозивным реакциям, появление экстравертированности и экстрапунитивного типа реагирования в условиях фрустрации с направленностью враждебности на окружающих. Изменение характерологических особенностей свидетельствует о нарастающей психопатизации личности. Хроническое течение функционального или органического психосоматоза ЖКТ может приводить к формированию психосоматического развития личности. Это развитие имеет сложный генез, включающий в себя конституционально-биологический и социальный факторы. Психосоматическое развитие личности во многом определяется особенностями реактивизации симптоматики детской невропатии, темпом соматизации аффекта, снижением толерантности к стрессу, феноменом “послестрессовой психосоматической беззащитности”. При психосоматической патологии ЖКТ выявляется несколько вариантов психосоматического развития личности: ипохондрический (80%), астенический (12,3), истерический (4,4%) и обсессивно-фобический (3,3%). В динамике психосоматического заболевания ЖКТ можно выделить 4 этапа: а) этап психогенной депрессии; б) этап психосоматических реакций; в) этап психосоматических циклов; г) этап психопатизации (или этап патохарактерологических изменений). Движение от одного этапа к другому зависит от темпа соматизации аффекта, личностных особенностей, снижения толерантности к стрессу и феномена “послестрессовой психосоматической беззащитности”.

## ОСОБЕННОСТИ РЕЗИДУАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

А. А. Марченко  
(Санкт-Петербург)

Концепция резидуальных состояний при невротических расстройствах (НР) до настоящего времени остается противоречивой и малоразработанной: их феноменология и динамика недостаточно изучены, а трактовка неоднозначна и по-прежнему находится в плену представлений о “психогенности” и “функциональности”. Очевидно, что эти пробелы могут препятствовать полноценной реабилитации этой категории пациентов. С целью прояснения этого вопроса, мы проанализировали данные лонгитудинального изучения психического состояния 229 больных с невротическими расстройствами. Его результаты дали возможность

отдифференцировать “продуктивные” симптомы НР острого периода от резидуальных явлений в состоянии ремиссии. Всего такие нарушения были диагностированы у 66,4% обследованных. Выявленные признаки были подвергнуты факторному анализу, в ходе которого получено 4 фактора. Фактор 1 был обозначен как общедодефицитарные симптомы (наблюдался у всех лиц и включал: недоверчивость, регресс мотивов деятельности, интровертированность, истощаемость, снижение коммуникабельности, творческого потенциала). Фактор 2 – регрессивный тип РС (эмоциональная лабильность; регресс и архаичность мышления; подчиняемость; страх неодобрения и негативной оценки). Фактор 3 – когнитивный тип (нарушение переключаемости внимания, обстоятельность, ригидность мышления, снижение уровня мышления, чрезмерная автоматизация, трудность смены стереотипа, чувствительность к отвержению). Фактор 4 – аффективный (амбивалентность, ангедония, “негативная эмоциональность”, нетерпеливость, откладывание дел и бездействие). Доминирующим вариантом был аффективный вариант (52,0%), реже отмечался когнитивный (30,9%) и наименее распространенным был регрессивный (17,1%).

Представляется обоснованным постулировать, что высокая распространенность резидуально-дефицитарных состояний требует разработки специализированных терапевтических и реабилитационных подходов их для коррекции, а также может служить основанием для расширения существующих критериев диагностики невротических расстройств в рамках подготовки МКБ-11.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

В. Э. Медведев, А. В. Епифанов  
(Москва)

**Цель.** Клиническая оценка психосоматических соотношений между патохарактерологическими и психическими расстройствами и особенностями течения фибрилляции предсердий (ФП) по данным психиатрического и соматического обследования.

**Материал.** Выборку составили 124 пациента с ФП (78 женщин и 46 мужчин; средний возраст  $66,3 \pm 4,2$  лет). У 51 выявлена пароксизмальная форма ФП, у 19 – персистирующая, у 54 – постоянная форма ФП.

**Результаты.** Установлено, что в пределах стационара обнаруживаются две популяции больных ФП, отличающиеся по структуре психосоматических соотношений. В первой группе пациентов (25 мужчин и 40 женщин; средний возраст –  $53,3 \pm 6,2$  года) – преимущественно с пароксизмальной формой ФП (49 наблюдение) – установлены признаки соматопсихической лабильности, реализующейся амплификацией проявлений аритмии симптомами психической патологии, развивающимися в ответ уже на первичные проявления аритмии. Во второй группе, у больных (21 мужчин, 38 женщины; средний возраст –  $61,2 \pm 5,9$  года), характеризующихся на протяжении жизни

эгодистонным отношением к телесным ощущениям, не отмечается признаков реактивной соматопсихической лабильности в ответ на первичные проявления ФП. Развитие психических расстройств соотносится с поздними этапами аритмии (преимущественно постоянная форма ФП – 45 наблюдений) и развитием ХСН.

**Заключение.** Результаты исследования проясняют, почему в сплошной выборке стационарных больных ФП преобладают лица с недавно дебютирующей аритмией и пациенты с осложнениями ФП, а также указывают на то, что наиболее выраженные психические расстройства и худшие показатели качества жизни наблюдаются в дебюте ФП и при возникновении на ее отдаленных этапах ХСН.

#### ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Я. В. Мокина  
(Челябинск)

Психосоматические расстройства остаются актуальной проблемой современной медицины. Врачи-дерматологи отмечают рост количества больных, с обострением кожных заболеваний, часто сопровождающихся расстройствами эмоциональной сферы, включающей в себя депрессивные расстройства. Не все депрессивные пациенты могут рассказать, что испытывают депрессию, при этом жалобы, больше относящиеся к кожному заболеванию уходят на второй план, а на первый план выступают нарушение сна, снижение аппетита, потеря интереса к жизни, утрата энергии, чувство вины, тревога, сниженное настроение.

По существующей в медицине классификации псориаз относится к группе психосоматических заболеваний. Локализация кожного процесса, площадь поражения, длительность хронического дерматоза, у большинства пациентов, неразрывно связана со степенью тяжести депрессивных расстройств. В связи с этим, появилась необходимость в выявлении и лечении таких состояний, среди которых первое место занимают депрессии.

Целью исследования явился сравнительный анализ депрессивных расстройств у больных хроническим кожным заболеванием - псориазом.

Выборка сформирована из 147 больных обоего пола, страдающих псориазом. Средний возраст больных составляет  $34,8 \pm 2,3$  года, длительность заболевания дерматитом  $15 \pm 5$  лет.

Применялась шкала самооценки депрессии Zung W.W. (1965), которая заполнялась до начала лечения и в конце.

В ходе исследования у 89,1% обследуемых, страдающих хроническим дерматозом- псориазом, выявлена депрессия следующих уровней: у 52,9% легкая степень, у 36,9% средняя степень, у 10,2% тяжёлая степень.

Все пациенты получали комплексную дерматологическую терапию, включающую дезинтоксикационные и десенсибилизирующие методы, антигистаминные препараты, сорбенты, витаминотерапию, а также местное маэвое лечение и физиотерапевтические процедуры.

К концу лечения у 25,1% больных псориазом продолжала сохраняться депрессивная симптоматика: у 59,5% лёгкая степень, у 35,1% средняя степень, у 5,4% тяжёлая степень.

Учитывая полученные данные, целесообразно говорить о необходимости присоединения антидепрессантов к комплексному лечению больных псориазом, что значительно ускорит процесс выздоровления, будет способствовать повышению эффективности терапии, в значительной мере сокращая сроки пребывания больных в дерматологическом стационаре и повышая качество жизни пациентов.

#### ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ: ОПЫТ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ САМАРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Г.Н. Носачев, Д. В. Романов, С.Н. Стрельник  
(Самара)

В течение последних четырех десятилетий хронобиологические исследования аффективной патологии выступают важной частью научного направления кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета (ранее – кафедры психиатрии Куйбышевского медицинского института). Подготовленный на кафедре сборник “Депрессивные состояния” (1976) обобщил опыт ряда оригинальных для того времени работ хронобиологической тематики, в частности, включал статью “О методике и некоторых результатах применения депривации сна в условиях диспансера”. Новаторские подходы кафедры в области хронотерапии аффективных расстройств были отмечены в известном руководстве по лечению психически больных (Авруцкий Г.Я., 1980). Профессором кафедры Г.Н.Носачевым была проведена работа по анализу клиники депрессивных состояний при периодических эндогенных психозах, изучалось восприятие и переживание времени больными. Отдельным направлением явилось изучение хронотерапии и хронопрофилактики эндогенных психозов. Была сформулирована и развивается хронобиологическая модель эндогенных депрессий (Носачев Г.Н., 1998; Стрельник С.Н., 2006).

Сегодняшний коллектив кафедры продолжает традиции исследований в рамках хронобиологического подхода по следующим направлениям: клинко-динамическое изучение ритмов различного периода (макроритмов, мезоритмов) при эндогенных депрессиях (С.Н.Стрельник, 2003–2009), фототерапия сезоннозависимых депрессий, полисомнографические исследования при аффективных расстройствах (И.В.Пудиков, 1999–2009). Перспективным представляется изучение клинко-динамических и терапевтических аспектов периодических депрессий с позиции эколого-хронобиологического подхода (С.Н. Стрельник, Г.Н. Носачев, Д.В. Романов, 2009).



## ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Е. Ю. Онегина, А. Е. Брюхин

(Москва)

Аффективная патология у больных с нарушениями пищевого поведения (НПП) играет одну из определяющих ролей в клинической картине, динамике и прогнозе заболевания, а также является как причиной рецидивов, так и хронифицирующим фактором. Аффективные расстройства депрессивного спектра выявлены у подавляющего большинства больных с НПП как пограничной природы заболевания, так и эндогенной этиологии; при этом тяжелая депрессия чаще встречалась у больных с НПП при шизотипическом расстройстве. В единичных случаях у пациентов с НПП при эндогенном заболевании достоверно регистрировались маниакальные состояния. В результате проведенного комплексного лечения максимальное уменьшение количества больных с депрессией наблюдалось среди пациентов с НПП пограничной этиологии, и лишь в 50% случаев у больных с НПП при шизотипическом расстройстве. При НПП эндогенной природы выявлен высокий процент рецидивов заболевания, что обусловлено как длительностью и тяжестью депрессии, так и наличием дефицитарных эмоциональных расстройств. Разработанная комплексная поэтапная терапия аффективных расстройств при патологии пищевого поведения, которая включает в себя психофармакотерапию, поведенческую и рационально-эмотивную психотерапию, диетотерапию, позволяет достичь сравнительно высокого уровня социально-трудовой адаптации пациентов, предотвратить рецидивы заболевания. Выбор психотропных препаратов, в частности антидепрессантов, должен производиться исходя из нозологической принадлежности нарушений пищевого поведения, выраженности депрессивных и тревожных расстройств, а также ИМТ больных и сопутствующей соматической патологии.

## ЗНАЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА В ФОРМИРОВАНИИ ТИПА ДЕПРЕССИИ

О. В. Петрунько, А. С. Бобров,  
А. А. Хамарханова, А. В. Швецова

(Иркутск)

Обследованы 50 больных (женщин – 41, мужчин – 9), средний возраст к началу исследования – 44,5±1,5 лет. Тяжесть депрессивного эпизода (ДЭ) по МКБ-10 (1994): умеренный – 54%, тяжелый – 46%. Выделены 4 типа депрессии в зависимости от представленности сопутствующего генерализованного тревожного расстройства (ГТР) по DSM-IV (1994): ДЭ с наличием гипотимии и сопутствующими субдиагностическими проявлениями ГТР – 16%; тоскливая депрессия (ДЭ с тоскливым оттенком

гипотимии и субдиагностическими проявлениями ГТР) – 4%; тревожная депрессия (ДЭ с наличием гипотимии без тоскливого оттенка и сопутствующим диагностически очерченным ГТР) – 60%; тоскливо-тревожная депрессия (ДЭ с тоскливым оттенком гипотимии и сопутствующим диагностически очерченным ГТР) – 20%.

Отмечены достоверные различия по тяжести ДЭ, представленности симптоматики ГТР по DSM-IV и проявлениям вегетативных расстройств в рамках реактивной лабильности, в ответ на незначительное физическое напряжение, либо перманентные/пароксизмальные, неспровоцированные проявления вегетативных расстройств. Так, пациентов с ДЭ и субдиагностическими критериями ГТР в отличие от пациентов с тревожным и тоскливо-тревожным типом депрессии отличает меньшая степень тяжести ДЭ (умеренный ДЭ в 75,0%), наличие вегетативной реактивной лабильности (66,7%), меньшая представленность таких симптомов ГТР, как быстрая утомляемость ( $p < 0,01$ ), расстройство концентрации внимания с/или нарушением кратковременной памяти ( $p < 0,01$ ) (“перекрывающихся” с симптомами ДЭ), а также раздражительность ( $p < 0,01$  и  $p < 0,03$  соответственно). Типичный суточный ритм оказался характерным для больных с ДЭ и субдиагностическим ГТР. Таким образом, наличие/отсутствие диагностических критериев ГТР можно считать важным критерием определения типа депрессии.

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Н. С. Плотникова

(Тюмень)

Клинико-психопатологическим и психологическими методами обследовано 40 больных (мужчин было 22,5%, женщин – 77,5%) хирургического отделения до и на 2–3 сутки после операции, средний возраст пациентов составил 38,2±1,3 лет. В процессе обследования органический фон проявлялся в жалобах на снижение памяти у 25% обследованных, метеолабильности – у 20%, трудности в усвоении инструкций – у 10%, головокружений – у 2,5%. После операции отказывались разговаривать и выполнять задания – 20% больных, жалобы на раздражительность предъявляли 12,5%, 17,5% отмечали замедление мыслительных процессов, трудности в сосредоточении, у них выявлялась погруженность в телесные ощущения, собственный внутренний мир. С помощью теста на зрительно-моторную координацию изначальный когнитивный дефицит был выявлен у 52,5% пациентов. В части “А” данного теста после операции отмечалась тенденция к увеличению времени, затраченного на выполнение задания. При выполнении теста 10 слов максимальное число слов после оперативного вмешательства – 8,8±0,2, выявлено достоверное снижение максимального числа воспроизводимых слов у 81,0% обследованных ( $p = 0,02$ ). В части

“А” теста Струпа у 70,4% больных время, затраченное на выполнение задания в послеоперационном периоде, составляло  $26,8 \pm 1,0$  секунд, что достоверно больше ( $p=0,032$ ), чем до операции. При выполнении части “В” средний показатель времени ( $60,9 \pm 3,3$  секунд) достоверно снизился ( $p=0,014$ ), по сравнению с данными до операции. Таким образом, пациенты хирургического отделения нуждаются не только в грамотной премедикации, но и в психофармакологической профилактике и реабилитации когнитивных нарушений в послеоперационном периоде.

#### ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В УСЛОВИЯХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Е. О. Полякова, А. Ш. Ревшвили,  
Е. И. Незнамова

(Москва)

У пациентов с нарушениями ритма сердца (НРС) психические нарушения, в том числе депрессия, выявляются в 55–80% случаев. Одним из наиболее частых вариантов НРС является фибрилляция предсердий (ФП). Целью исследования было изучение распространенности депрессивных расстройств (ДР) у пациентов с ФП в раннем послеоперационном периоде после проведения радиочастотной абляции (РЧА), определение их структуры, разработка методов их терапевтической коррекции. Применяли клинико-психопатологический метод, шкалу HADS и шкалу самооценки Цунга. Было обследовано 45 пациентов с ФП, которым проводилось интервенционное лечение, у 35 из них выявлены ДР. Возраст пациентов с ФП и ДР варьировал от 18 до 65 лет (в среднем – 52,4 года), 15(43%) мужчин и 20 (57%) женщин. Преобладали пациенты с персистирующей формой ФП – 22 (63%) человек, у остальных 13 больных выявлена пароксизмальная форма. Аритмический анамнез в первой группе составил  $8,7 \pm 3,7$  лет, во второй –  $5,4 \pm 2,0$  лет. Медикаментозная коррекция ДР проводилась 3-х месячным курсом антидепрессантов (СИОЗС, ССОЗС, ОИМАО). Выбор психотропных средств основывался на критериях безопасности с точки зрения кардиотоксичности, учета возможных неблагоприятных взаимодействий психотропных и кардиотропных препаратов, направленностью клинико-терапевтического действия психофармакотерапии. Психотропные средства применяли в малых и среднетерапевтических дозах. ДР были легкой и умеренной степени тяжести. Преобладали эндогенные депрессии (нозогенные и невротические). Выявлены ведущие клинические синдромы – астено- и тревожно-депрессивный. У пациентов с персистирующей формой ФП доминировала астено-депрессивная симптоматика (80,5%). В группе больных с пароксизмальной формой ФП преобладали тревожно-депрессивные нарушения (76,2%). При тревожной депрессии пациентам рекомендовали циталопрам и тианептин, при астено-депрессивных состояниях – сертралин и пиразидол. У пациен-

тов, получавших комбинированную (кардиотропную и психотропную) терапию отмечена положительная динамика с уменьшением клинических проявлений ДР, подтвержденная редукцией показателей психометрических шкал.

#### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ С ОСТРОЙ ТРАВМОЙ

Д. А. Полянина, А. А. Кукшина, О. В. Зубарева,  
Н. М. Захарова

(Москва)

Проблема травматизма определяется его высокой распространенностью и тяжелыми медико-социальными и экономическими последствиями. Ситуации связанные с травматизмом характеризуются сверхэкстремальным воздействием на психику человека, вызывая у него травматический стресс с развитием психических расстройств. В НИИ СП им.Н.В.Склифосовского, являющимся многопрофильным стационаром, сотрудниками отделения кризисных состояний и психосоматических расстройств на базе отделений неотложной травматологии и сочетанной и множественной травмы и отделения острых термических поражений проводили психодиагностику и лечение пострадавших. Первую группу составили 232 пациента с острыми травмами (изолированными, сочетанными и множественными травмами опорно-двигательного аппарата и с повреждениями, вызванными укусами животных). Во вторую группу вошло 158 больных с термическими повреждениями (ожогами пламенем, горячими жидкостями, раскалёнными предметами, химическими реагентами и с электротравмами). Большую часть пострадавших (78,9%) – составили мужчины активного трудоспособного возраста (от 15 до 58 лет).

Клинико-психопатологическое и психодинамическое обследование, проводимое с применением тестов на выявление депрессии и тревоги (шкал Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и тревоги (HAM-A); методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. А. Жмурова; методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге; шкалы диагностики уровня тревоги Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина; интегративного теста тревожности (ИТТ)) выявило наличие у обследуемых больных непсихотических эмоционально-гиперэстетических, аффективных и невротических расстройств (МКБ-10) в виде острой реакции на стресс (F43.0), посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (F43.1) и нарушений адаптации (F43.2).

В целях их коррекции была разработана программа психотерапии, в результате проведения которой полное выздоровление или клиническое улучшение по всем параметрам психометрии в группах с острой реакцией на стресс и нарушением адаптации было отмечено в 82,4% и у 64,8% среди пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. На фоне улучшения психоэмоционального состояния, у обследованных пациентов в 1,4 раза сокращалось количество гнойных осложнений и сроки лечения.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,  
СОПУТСТВУЮЩИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМ, У ПАЦИЕНТОВ  
ОБЛАСТНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО  
ДИСПАНСЕРА Г. ТОМСКА**

Е. В. Потапкина, С. А. Коломиец  
(Томск)

**Объектом** исследования явились пациенты областного онкологического диспансера города Томска (главный врач – к.м.н. Коломиец С.А.), страдающих онкологическими заболеваниями.

Количество обследованных составило 135 человек. Из них 120 женщин (89%) и 15 мужчин (11%). Возраст обследованных – от 20 до 80 лет. 19–20 лет – 2 пациента (1,5%), от 20 до 55 лет – 78 пациентов (58%), от 56 до 60 лет – 16 пациентов (12%), от 60 до 70 лет 21 пациент (15,5%), старше 70 лет – 18 пациентов (13%). Обследовались пациенты по направлению врачей онкологов и обращавшихся самостоятельно за психологической и психотерапевтической помощью.

103 больных (76%) обратились к психотерапевту, с диагнозом ракового заболевания, остальные 32 пациента (24%) находились под наблюдением онкологов по поводу доброкачественных новообразований или находились на стадии обследования.

Распределение больных по диагнозу онкологического заболевания было представлено: рак молочной железы 56 случаев (54,3%), рак тела и шейки матки – 18 (17,4%), рак простаты – 9 (8,7%), рак кишечника – 6 (5,8%), рак мочевого пузыря и почек – 4 (3,8%), рак легких и бронхов 5 (4,8%), рак щитовидной железы – 3 (2,9%), рак яичников 2 (1,9%).

Наибольшее число наблюдений составили больные со 2 и 3 стадией заболевания.

Обследование онкологических больных позволило выявить у них нервно-психические расстройства различного уровня: тревожно-депрессивный синдром – 68 наблюдений (50,4%), депрессивный синдром – 30 наблюдений (22,2%), органический – 15 наблюдений (11,9%), депрессивно-ипохондрический – 12 (8,9%), дисфорический – 8 (5,9%), астенический – 4 (2,9%).

В качестве **методов** исследования использовались: клиничко-психопатологический, клиничко-динамический.

При постановке диагноза использовались следующие диагностические категории: для невротических расстройств (F41-48) и для аффективных расстройств настроения (F3), органических расстройств (F06-07). Классификация психиатрического диагноза проводилась в соответствии с МКБ-10.

У обследованных пациентов с устойчивым психическим здоровьем использованы образовательные программы и психокоррекция, в группе риска – образовательная программа, психокоррекции и психотерапия. Для ряда пациентов, помимо вышеперечисленных методов,

возникает необходимость психофармакотерапии нервно-психических расстройств.

Для снятия симптомов тревоги назначались транквилизаторы (альзолам до 1 мг в сутки, атаракс до 50 мг в сутки). Для коррекции аффективных расстройств использовались антидепрессанты (флуоксетин 20 мг, феварин 100–200 г, велаксин 75–150 мг, леривон 30–60 мг). При органическом синдроме и астенических проявлениях применялись ноотропные препараты, ангиопротекторы, вегетостабилизирующие средства. Как корректор поведения и стабилизатор настроения применялся финлепсин 150–300 мг).

**Выводы.** Эффективность проведенных дифференцированных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий способствуют лучшей психологической и социальной адаптации, что способствует повышению качества жизни пациентов, страдающих раковыми заболеваниями.

Таким образом, всё это свидетельствует об актуальности разработки эффективных методов лекарственной и психотерапии психических расстройств у больных с онкологическими заболеваниями, с учетом всего спектра индивидуальных особенностей каждого пациента. Это позволяет повысить срок выживаемости и улучшить качество жизни онкологических пациентов.

**К ОСОБЕННОСТЯМ СОМАТИЗИРОВАННОЙ  
ДЕПРЕССИИ ПРИ РЕКУРРЕНТНОМ  
И БИПОЛЯРНОМ ТЕЧЕНИИ**

М. Л. Прокопьева  
(Иркутск)

**Цель** исследования – оценка характера соматизированных симптомов в структуре биполярной и рекуррентной депрессии.

**Материалы и методы:** в исследовании участвовала группа из 30 человек, из них 16 женщин и 14 мужчин. Средний возраст составил –  $44,5 \pm 2,32$  года. В большинстве случаев (20 человек) обращению к психиатру предшествовал продолжительный период наблюдения у врачей-интернистов в среднем более 6 месяцев. Методы исследования: клиничко-психопатологический, с использованием шкалы Гамильтона и опросника соматизации.

**Результаты.** Выделялось две группы. Первая – 23 пациента (76,67%), у которых на момент исследования регистрировались признаки смешанного состояния (смешанный аффект, элементы ассоциативного или моторного возбуждения), также в анамнезе регистрировались смешанные и/или гипоманиакальные фазы. Из них женщин 12 (52,17%), мужчин – 11 (47,83%). Вторая группа – пациенты с клинической картиной рекуррентного депрессивного расстройства – 7 человек (23,33%), из них 5 женщин (71,43%) и 2 мужчин (38,57%).

У пациентов 1 группы преобладали проявления тревожной и истеро-конверсионной соматизации в форме соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы (сердцебиение, тахикардия, нестабиль-

ность АД) – 10 случаев (71,43%). Значительный удельный вес занимали жалобы на затруднение при глотании, чувство дискомфорта и вздутие в животе, тошнота, позывы на рвоту, частый жидкий стул – 7 случаев (50%), гораздо реже (3 пациента) отмечались жалобы на нехватку воздуха, одышку.

Среди пациентов 2 группы – преобладали сенсации в виде тупой, давящей или ноющей боли в голове, области сердца, позвоночнике, с элементами соматопсихической деперсонализации “тяжесть тела, конечностей”, наряду с утомляемостью, редукцией витальных потребностей, запорами, т.е. доминировали явления депрессивной соматизации.

**Заключение.** Обнаружена клиническая дифференциация соматизированных симптомов в структуре депрессивных расстройств биполярного и рекуррентного типа с доминированием проявления тревожной и истеро-конверсионной соматизации при биполярной и собственно депрессивной соматизации – при рекуррентном течении.

#### МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ФОТОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕЗОННЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

И. В. Пудиков  
(Самара)

Значение нелекарственных методов терапии депрессий, в частности светолечения возрастает в условиях повышенного внимания клиницистов к показателям “качества жизни” пациента. Фототерапия наиболее эффективно применяется для коррекции состояния пациентов, страдающих сезоннозависимыми депрессиями непсихотического уровня, которые преимущественно получают амбулаторное лечение. Немаловажным аспектом, определяющим преимущества рассматриваемого метода, является неизмеримо меньшая частота и выраженность побочных эффектов светолечения в сравнении с медикаментозными средствами. Отсутствие существенных побочных эффектов и осложнений становится критическим фактором при решении вопроса об антидепрессивной терапии, в исключительных случаях все же проводимой в период беременности и лактации. Перспектива широкомасштабного применения фототерапии, также как и других нелекарственных методов лечения депрессий, определяется трудностями финансирования общественного здравоохранения в кризисных условиях. Система обязательного медицинского страхования формирует запрос не просто на эффективные способы терапии, а на соотношение эффективность/стоимость конкретного метода терапии. Фототерапия, в полной мере соответствует этому критерию, успешно решая те же задачи, что и более дорогостоящие медикаментозные способы. Равный по эффективности курс монотерапии современными антидепрессантами стоит в десятки раз дороже курса фототерапии.

Лечили 76 человек в осенний и осеннее-зимний период. Динамика обратного развития психопатологической симптоматики оценивалась клинически, а также по шкале Гамильтона, осуществляли также полисомнографическое (ПСГ) исследование до и после курса фототерапии у 11 пациентов.

В ходе светолечения все пациенты отмечали улучшение ночного сна и общего самочувствия, подтверждаемое данными объективных методов оценки.

Оптимальное соотношение эффективность/стоимость курса фототерапии в сравнении с курсом медикаментозной терапии определяет перспективы данной методики в терапии пациентов с сезоннозависимыми депрессиями.

#### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Т. В. Раева, Н. П. Ишутина  
(Тюмень)

Проведено комплексное (клинико-психопатологическое, клинико-динамическое, клинико-катамнестическое и психологическое) обследование 750 больных с наиболее распространенными заболеваниями кожи. Пограничные психические расстройства выявлены у 86% обследованных больных, которые наиболее часто наблюдались при буллезных дерматозах (98%), атопическом дерматите (92%), акне (90%), псориазе (88%) и экземе (84%). Определены патогенетические механизмы психических расстройств, показана значимость соматических (выраженность клинических проявлений кожной патологии, их локализация и длительность течения болезни), психологических (личностная переработка клинических проявлений заболевания, особенно косметического дефекта) и социальных (нарушение социального функционирования в связи с болезнью) факторов в их развитии. Разработана феноменологическая систематика психических нарушений при кожной патологии, позволяющая оптимизировать их раннюю диагностику и терапию. Выделены базисные симптомы, патогенетически значимые для формирования психопатологических расстройств (кожный зуд (72%), нарушения сна (70%) и переживания из-за косметического дефекта (92%)). Установлены закономерности динамики психических нарушений при дерматологических заболеваниях, их основные клинические варианты. Дана сравнительная характеристика психических расстройств при различных видах дерматозов, выявлены особенности клинических проявлений психических нарушений у подростков. Медицинская помощь больным с сочетанной дерматологической и психической патологией была представлена лечебно-реабилитационным, образовательным и психопрофилактическим направлениями, которые осуществлялись в интегративном ключе на всех этапах реабилитационного процесса.

## АГРЕССИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В СТРУКТУРЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА

А. В. Рожков  
(Иркутск)

Цель: оценка гетеро-, аутоагрессии у пациентов с рекуррентной и биполярной депрессией.

Материал: группа пациентов (31 человек) с депрессивными расстройствами.

Методы исследования: тест Вагнера "Рука", тест опросник Басса – Дарки, Шкала депрессии Гамильтона, Шкала тревожности Спилбергера-Ханина, тест – опросник САН.

Результаты: Мужчины чаще выявляли аутоагрессивность 8 человек (80%), только у них отмечались суицидальные действия 3 случая (30%), причем 1 наблюдение (10%) с летальным исходом. У женщин аутоагрессивность выявлена в 14 случаях (66,7%). Она чаще ограничивалась чувством вины (13 больных 61,9%). Женщины чаще выявляли гетероагрессию (13 наблюдений 61,9%), носившую преимущественно косвенный и вербальный характер (11 случаев 84,6%). В группе пациентов с биполярным типом заболевания преобладали мужчины (8 наблюдений – 80%), в этой же группе превалировала аутоагрессивность  $p < 0,05$ , уровень которой и суицидальный риск имел статистически значимую прямую корреляцию с ситуативной тревожностью. При рекуррентном течении депрессии превалировали женщины 12 наблюдений (85,7%), свойственна большая встречаемость гетероагрессии – 9 случаев (64,3%), в данной группе чаще отмечалась низкая оценка самочувствия 11 случаев (78,6%).

Выводы: Вектор агрессии при биполярной депрессии чаще направлен на себя, выше суицидальный риск, интенсивность аутоагрессивности прямо коррелирует с ситуативной тревогой. При рекуррентном течении заболевания, чаще отмечается гетероагрессивность и соматизация жалоб.

## ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

А. И. Розин  
(Томск)

Цель: изучить особенности депрессивных расстройств у пациентов с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом.

Материал и методы: в исследуемую группу вошли 109 пациентов с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца и коморбидными депрессивными расстройствами, находящиеся на лечении в отделении реабилитации клиники НИИ кардиологии СО РАМН. Количественные результаты представлены в виде  $M \pm SD$  при нормальном распределении, при отличном от нормального в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей.

Результаты и обсуждение: депрессивные расстройства были представлены: дистимия 37,6%, депрессивный эпи-

зод легкой и умеренной степени 23%; рекуррентное депрессивное расстройство 17,4%; расстройство адаптации 10,1%, органическое депрессивное расстройство 10,1%, депрессивный эпизод тяжелой степени 1,8%.

Метаболический синдром выявлялся у 34,9% пациентов в соответствии с "Рекомендациями экспертов все-российского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома", 2009г.

По шкале CGI тяжесть расстройств оказалась статистически значимо больше у пациентов с метаболическим синдромом:  $4,5 \pm 0,7$  против  $3,9 \pm 0,7$  ( $p < 0,01$ ). В этой группе оказались статистически значимо ( $p < 0,05$ ) больше средние суммарные баллы по подшкалам тревоги 11 (9, 13) против 10 (8, 12) и депрессии 10 (10, 12) против 20 (8, 11) госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкале самооценки депрессии Бека 24,5 (19, 26) против 22 (20, 24). По объективной шкале депрессии Монгомери-Асберга статистически значимых различий не получено ( $p = 0,17$ ). Таким образом, у пациентов с метаболическим синдромом субъективно тяжелее воспринимались имеющиеся у них аффективные расстройства.

## ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО КАК АТИПИЧНАЯ ЛИЧНОСТНАЯ АНОМАЛИЯ

Д. В. Романов  
(Самара)

Пограничное расстройство личности (ПРЛ, рубрика 301.83 DSM-IV) постоянно привлекает внимание исследователей. Данное исследование, направленное, на детализацию психопатического паттерна и систематизацию клинических вариантов декомпенсации у пациентов с ПРЛ, подтвердило отличие ПРЛ от других вариантов психопатий. Анализ психопатического паттерна показал, что в основе аномального поведения при ПРЛ лежит не определенный ригидный дезадаптивный паттерн (как, например, паттерн избегания-дистанцирования при шизоидном РЛ), а выраженные дефекты эмоциональной регуляции – преобладание протопатических аффектов, нарушение распознавания и контроля эмоций, интолерантность к аффекту. Отмечаемые у пациентов сверхценное избегание ситуаций отвержения, склонность к обвинению окружающих, импульсивные действия, гетеро/аутоагрессия, промискуитет, переживание, употребление ПАВ можно рассматривать как вторичные феномены. Поведение пациентов с ПРЛ отличалось мозаичностью, не дававшей возможности идентифицировать какой-либо из клинических вариантов психопатии. У пациентов с ПРЛ преобладал депрессивный вариант декомпенсации (46%). Поведение пациентов носило характер "бегства от депрессии" с булимией, дипсоманией, употреблением легких наркотических средств, суицидальным и самоповреждающим поведением. 29% пациентов обнаруживали соматоформный, и 20% – тревожный вариант декомпенсации (включая панические расстройства и ГТР). У ряда пациентов расстройства достигали субпсихотического уровня и были

представлены транзиторными персекуторными идеями. Полиморфизм и тяжесть проявлений расстройства в фазе декомпенсации и отсутствие общего психопатического паттерна, отличающих расстройство от других РЛ, подтверждает важность и перспективность исследований нарушений эмоционального дизонтогенеза при ПРЛ.

### ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИ АМПЛИФИЦИРОВАННЫЙ КОЖНЫЙ ЗУД В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д. В. Романов  
(Москва)

Зуд является широко распространенным клиническим феноменом, детерминированным исключительно кожным заболеванием лишь в части случаев. В 45% наблюдений зуд носит многофакторный характер [Ständer S., 2009] и нередко включает психическую составляющую. **Цель исследования:** уточнение психопатологических характеристик зуда, развивающегося при соучастии дерматологической патологии и психических нарушений. **Материалы и методы.** Выборку составили 20 больных клиники кожных и венерических болезней ММА им. И.М. Сеченова (70% – женщины; средний возраст –  $32,3 \pm 7,8$  года) с верифицированным дерматологическим диагнозом: atopический дерматит (13 набл.) и псориаз (7 набл.) легкой и средней степени тяжести. Все пациенты подвергались комплексному соматическому, дерматологическому и психопатологическому обследованию. **Результаты.** Телесные ощущения, определявшиеся пациентами преимущественно как “просто зуд, ощущение, вызывающее желание почесаться”, отличались следующими особенностями: 1) охват участков кожи, значительно выходящих за пределы элементов сыпи; 2) манифестация в качестве форпост-симптома при психогенно спровоцированных обострениях дерматозов с отсроченным на несколько дней появлением типичных элементов сыпи; 3) длительное персистирование после редукции высыпаний в периоде объективно регистрируемой ремиссии дерматозов. Вне экзацербаций кожной патологии также отмечались эпизоды зуда, не сопровождавшегося специфическими высыпаниями. Такие приступы были ассоциированы с психопатологическими нарушениями: тревогой о здоровье – страхом очередного тяжелого обострения дерматоза, становившимся основанием для обращения к дерматологам, несмотря на отсутствие объективных признаков ухудшения (15 набл.), а также эпизодами подавленности и раздражительности (вплоть до дисфории), выраженность которых коррелировала с интенсивностью кожного зуда (5 набл.). Обнаруженная диссоциация между объективными клиническими проявлениями дерматозов и характеристиками зуда позволяют рассматривать его как психопатологически имплицитированный [Смулевич А.Б., 2007] – относящийся к категории функциональных (соматоформных) расстройств, амплифицирующих или дублирующих проявления основного кожного заболевания.

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОМАТИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ

Л. В. Ромасенко  
(Москва)

К числу весьма неопределенных в клинко-патогенетическом отношении диагностических категорий в общемедицинской практике могут быть отнесены так называемые функциональные расстройства (нейроциркуляторная дистония, функциональная диспепсия и др.). Их диагностика и терапия, как правило, сопряжены со значительными трудностями, требует интеграции усилий психиатров и терапевтов.

Многолетний опыт комплексного изучения этих синдромов свидетельствует, с одной стороны, об общности клинических проявлений, а с другой – о возможности и необходимости их дифференциации в зависимости от преобладающих механизмов становления патологии, динамики расстройств.

Первый их вариант (собственно функциональные соматические синдромы) представлен висцеро-висцеральными рефлексными либо функциональными расстройствами в связи с нарушением анатомического строения (например, при постхолецистэктомическом синдроме). В клинической картине соматического заболевания они преходящи, соотносятся с определенным его этапом. Коморбидная психическая патология в этих случаях отсутствует; могут иметь место отдельные адекватные психологические реакции на болезнь.

Второй вариант функциональных соматических синдромов представлен соматизированными психическими расстройствами (соматоформными, аффективными, сенесто-ипохондрическими) при минимальной соматической патологии (по типу “девиаций”). Эти стержневые психопатологические расстройства носят исчерпывающий характер, отличаются хроническим течением. Отмеченная психосоматическая синтропия предопределяет иную диагностическую модель (в рамках психосоматического расстройства), соответственно, принципиально иную лечебную и реабилитационную тактику.

### РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

М. В. Семиглазова, Т. В. Довженко,  
В. Н. Краснов  
(Москва)

**Цель:** изучить клинко-психопатологические характеристики тревожно-депрессивных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) и возможности комплексной терапии. **Материалы:** обследовано 518 пациентов с ССЗ: ишемическая болезнь сердца (ИБС,  $n=83$ ); артериальная гипертензия (АГ,  $n=149$ ); хроническая сердечная недостаточность (ХСН,  $n=54$ ); острый инфаркт ми-

окарда (ОИМ, n=108); нейроциркуляторная дистония (НЦД, n=124). **Методы:** клинико-anamnestическая, клинико-психопатологическая карта, клиническая шкала самоотчета SCL-90, клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона. Функциональная оценка: суточное мониторирование АД, эхокардиография (ЭхоКГ), тредмил-тест с дозированной физической нагрузкой. Комплексная терапия включала миансерин, алпразолам, сертралин, тианептин. **Результаты:** Расстройства тревожно-депрессивного спектра при ССЗ характеризуются устойчивым сочетанием тревоги, подавленности, соматовегетативных проявлений и превалированием соматических жалоб над аффективными. Профили SCL-90 подтверждают устойчивый симптомокомплекс тревоги, подавленности, вегетативных проявлений. Субъективно наиболее тяжелыми были состояния при НЦД, ИБС, АГ. Показатели шкал Гамильтона при более легкой патологии (НЦД и ИБС) были достоверно выше, чем при АГ, ХСН и ОИМ. Комплексная терапия уменьшает аффективные проявления; при НЦД и ИБС увеличивает физическую работоспособность, при АГ и ХСН способствует благоприятным изменениям параметров внутрисердечной гемодинамики, а при АГ – структурно-геометрическим показателям левого желудочка, суточного профиля АД, при ОИМ – показателям variability ритма сердца. **Заключение.** Положительное влияние миансерина, алпразолама, сертралина, тианептина на аффективные проявления и функциональные показатели при ССЗ и сопутствующих расстройствах тревожно-депрессивного спектра позволяют рекомендовать их в составе средств комплексной терапии.

## ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАЗВИТИЙ ЛИЧНОСТИ

И. И. Сергеев  
(Москва)

Патологические развития личности в период действия МКБ-10 находятся в значительной мере вне поля зрения психиатров, но являются клинической и практической реальностью. На основе анализа 160 наблюдений патологическим (невротическим, постреактивным) развитием личности и с учетом литературных данных выделены следующие диагностические признаки патологических развитий, перечисленные в порядке убывания их значимости:

- 1) патологизация личности (чаще в рамках отдельных психопатических черт), которые при самых неблагоприятных случаях достигают степени нажитых расстройств личности;
- 2) наличие объективно значимой, трудно разрешимой и часто не полностью осознаваемой стрессовой ситуации;
- 3) затяжное течение психогенных непсихотических расстройств длительностью не менее 2 лет;
- 4) ослабление связей симптоматики патологического развития с психической травмой;

- 5) определенная автономность, самодвижение психогенных нарушений;
- 6) наличие тревожно-депрессивного, астенического, вегетодистонического и психосоматического радикалов как обязательных составляющих патологических развитий;
- 7) полиморфизм проявлений;
- 8) определенная эндогенизация расстройств;
- 9) формирование особого мировоззрения – пессимистического при депрессивном развитии, эгоцентрического – при истерическом и т. д.
- 10) выявление хотя бы минимальных нарушений социальной адаптации.

При условии кардинальной дезактуализации психотравмирующих обстоятельств принципиально возможна постепенная компенсация проявлений патологических развитий личности.

## СТРУКТУРНО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ КОМОРБИДНОСТИ СОМАТОФОРМНЫХ, ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

В. С. Собенников  
(Иркутск)

Частота ассоциации между соматоформными и аффективными расстройствами (депрессией, тревогой), предполагает существование между их отдельными компонентами, общих этиологических связей, либо общность психобиологических механизмов (Lieb R., et al., 2007; Schur E.A., et al., 2007; Stein D.J., et al., 2008). Существует мнение о необходимости их выделения в самостоятельную диагностическую группу, а дифференциацию внутри её, проводить в соответствие с выраженностью расстройств, как это принято в диагностике депрессии (Nickel R., et al., 2009).

Исходя из психопатологической структуры данных состояний, в зависимости от выраженности депрессивных, либо тревожных проявлений, а также соотношения соматизированных, и ипохондрических элементов, предлагается их ранжировать относительно двух взаимопересекающихся осей – тимопатической (ось депрессия-тревога) и соматопсихической (ось соматизация-ипохондрия). Каждая из осей представляет непрерывный континуум смешанных состояний, при этом альтернативное, оппозиционное положение занимают лишь крайние состояния каждого континуума. Если анализировать континуум депрессия-тревога, такую позицию может занимать “эндогенноморфная” депрессия с соматическими симптомами (тоскливый аффект, агедония, суточный ритм, психомоторное торможение, редукция витальных влечений, периодическое течение) с одной стороны и генерализованное тревожное расстройство – диффузная когнитивная и соматическая тревога (ГТР) – с другой. Вторая ось образована континуумом соматопсихических расстройств от нарушений с доминированием чувственных элементов,

до состояний с преобладанием идеаторных ипохондрических феноменов. Следствием такого принципа группировки является центральное положение, в области пересечения осей, симптомокомплекса с преобладанием явлений “негативной” аффективности (Смулевич А.Б., с соавт., 1997) и изменением общей чувствительности в виде диффузного снижения чувства витальности – астенопатическая гипотимия. Предполагается, что на этой основе, при включении различных невротических механизмов формируются паническое расстройство, либо тревожная, соматизированная и анестетическая дистимии, которые рассматриваются как промежуточные состояния, на базе которых структурируются уже очерченные невротические (социальные фобии, агорафобия и ГТР), либо аффективные (меланхолическая, нигилистическая и ипохондрическая депрессия) состояния.

#### СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ

Е. Г. Старостина, А. Е. Бобров,  
М. М. Александрова  
(Москва)

Акромегалия (АМ) вызвана аденомой передней доли гипофиза, продуцирующей соматотропный гормон (СТГ). Влияние гиперпродукции СТГ на психическое состояние мало изучено.

**Цель:** описание спектра психических расстройств (ПР) при АМ.

**Методы:** пилотное исследование 37 больных АМ (32 Ж, 5 М, возраст  $55,4 \pm 13,2$  [24–78] лет) в отд. эндокринологии МОНКИ, с помощью клинико-психопатологического метода. Диагнозы ПР ставили по МКБ-10, кроме психоорганического синдрома (ПОС), для которого использовали отечественные критерии. Диагноз АМ подтверждали уровнем СТГ и с помощью МРТ головного мозга.

**Результаты.** ПОС выявлен у 28/37 (75,7%) больных, при этом 23 из них имели артериальную гипертонию, еще 4 перенесли операцию/лучевую терапию на область гипофиза, 1 страдал алкогольной болезнью. На момент обследования аффективные ПР (АР) выявлены у 18/37 (48,6%), из них: БАР 6/37 (16%) (2 гипоманиакальных и 1 смешанный эпизод), дистимия 6/37 (16%), рекуррентная депрессия и тревожно-депрессивное р-во по 2/37 (5,4%), униполярный депрессивный эпизод (ДЭ) 1/37 (2,7%). Еще 11 (29,7%) человек были в нормотимии, но имели аффективные эпизоды в анамнезе: гипомании 10 (27%), ДЭ 1 (2,7%). Генерализованное тревожное р-во выявлено у 3 (8%), социофобия и специфическая фобия по 1 (2,7%), алкогольная болезнь у 3 (8%). ПР шизофренического круга диагностированы у 4/37 (10,8%): хроническое бредовое р-во – 2 (5,4%), шизофрения и шизоаффективное р-во – по 1 (2,7%). У 3 (8%) больных АМ признаки ПР отсутствовали.

**Выводы.** Распространенность ПОС при АМ ниже ожидаемой, а в его этиологии в 100% случаев участвуют

неэндокринные факторы. Напротив, АР, особенно БАР, а также психотические ПР встречаются чаще, чем в популяции, что может быть связано со специфическим стимулирующим действием СТГ.

#### ЛИЧНОСТНО-ВОЛЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

И. Л. Степанов, Е. К. Горячева  
(Москва)

В цель исследования входило выявление личностных особенностей больных в состоянии депрессии (доминирующий личностный радикал и волевые характеристики). Материал и методы исследования: обследовано 70 больных обоего пола (ж – 36 ч., м – 34 ч.) в условиях психиатрического стационара с расстройствами депрессивного спектра (F31, F32, F 33, F 34.1, F34.0) в возрастном диапазоне от 18 до 60 лет. Методы исследования специфические личностные опросники PDQ, Шмишека; шкала депрессии Бека (1972 г.); структурированное интервью наличия общей и личностной ангедонии; специфический личностный опросник на волевые качества. Исследуемые были разделены по волевым характеристикам на 2 группы: группу с условно высокими волевыми показателями по опроснику и группу с низкими волевыми показателями. В группе с условно высокими волевыми показателями наиболее часто встречаемый личностный радикал – пограничный 25%, избегающий (уклоняющийся) 20.83%, с меньшей частотой параноидный и обсессивно-компульсивный по 16.66%. Во 2 группе (с низкими волевыми показателями) преобладали личностные радикалы: избегающий 43.47% (достоверно), параноидный 19.56% и пограничный 13.04%. Характеристики волевых качеств (настойчивость, самообладание и общий показатель по специализированному опроснику) по выраженности показали отрицательную корреляцию с общей ангедонией и глубиной депрессии, что может свидетельствовать о влиянии депрессивного состояния и личностных особенностей на волевые характеристики больных.

#### СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕГО СТИЛЯ У ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И СОЗАВИСИМОСТЬЮ

И. Я. Стоянова, В. Я. Семке, И. Е. Куприянова  
(Томск)

С целью изучения особенностей психологической защиты и стратегий совладания как системного образования исследовано 202 человека, 49 психически здоровых и 153 пациентки с клиническими диагнозами, сформулированными на базе современной Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), включающей различные варианты невротических нарушений.



Обследуемая выборка включала лиц: женского пола в возрасте 25–55 лет. Из них 101 – (первая группа) с невротическими расстройствами с диагнозами “диссоциативные истерические расстройства” (экспрессивный и импрессивный варианты) и 52 – с диагнозом “невротическое расстройство, семейная созависимость” (вторая группа).

Результаты проведенного исследования показывают, что при невротических расстройствах у женщин с диссоциативными расстройствами и созависимостью адаптивный комплекс отличается меньшей эффективностью по сравнению с нормой.

Установлено, что защитный комплекс при диссоциативных расстройствах характеризуется невротическим стилем, при созависимости – сочетанием защитных стилей невротического и психопатического типов.

Между пациентками с невротическими расстройствами и созависимостью отмечаются достоверные различия, проявляющиеся при использовании стратегий совладания в поведенческой и эмоциональной и когнитивной сфере. При этом в обеих группах выявлено преобладание неадаптивных стратегий “отрицание” и “диссимуляция” и снижение “конструктивной активности”.

В большинстве случаев в обеих группах стратегии совладания по типу избегания утрачивают свою функциональную направленность и трансформируются в неэффективные способы психологической защиты.

#### **ЦИРКАРИТМЫ КАК ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗВЕНО ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

С. Н. Стрельник  
(Самара)

Психиатрия все активнее начинает пользоваться инструментами исследования и достижениями современной хронобиологии. Моделью для изучения хронобиологических закономерностей в психиатрии стали аффективные расстройства, преимущественно эндогенного происхождения (Halberg F., 1976, Носачев Г.Н., 1990, Стрельник С.Н., 2006).

Циркаритмы (“экологические” ритмы, от латинского *circus* – “около”) – группа биологических ритмов с периодами, близкими к соответствующим геофизическим константам: суткам (циркадианные), лунному (приливному) месяцу (циркалуннарные), году (цирканыальные, сезонные) ритмы и, возможно, другим периодам (циркасемисептанные, циркасептанные, циркабисептанные – то есть близкие по периоду половине, одной или двум неделям). Колебаниям с названными периодами подвержено психическое состояние и отдельные биологические и психопатологические параметры больного с аффективными расстройствами. Преобладание тех или иных ритмов создает неповторимую индивидуальную картину динамики клинического состояния и всего заболевания в целом. Нами дано описание и продолжается исследование соотноше-

ния ритмических закономерностей в континууме эндогенных аффективных расстройств начиная от типичных форм моно- и биполярного аффективного расстройства, через периодические формы шизофрении с аффективными расстройствами и заканчивая приступообразными формами шизофрении (Стрельник С.Н., 2006–2010).

Развиваемые концепции временной организации психологической психической деятельности дают ключи к ответам на основные вопросы практической клинической работы и служат целям диагностики (дифференциальной диагностики), терапии (хронотерапии), прогноза, первичной и вторичной профилактики (хронопрофилактики) аффективных расстройств.

#### **СТРЕСС И РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО- ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА В ФОНИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

А. В. Стукало, Д. Ю. Вельтищев,  
С. Г. Романенко  
(Москва)

В результате комплексного исследования обследовано 55 больных с нарушениями голоса, находящихся на лечении в отделении микрохирургии гортани и фонологии Московского научно-практического Центра оториноларингологии. Среди них – 44 женщины, 13 мужчин, в возрасте от 18 до 70 лет. У 27,3% от всех обследованных профессия связана с голосовой нагрузкой, большинство из них – преподаватели средних и высших учебных заведений. При проведении фонологического обследования выделены нарушения органического (34,5%) и функционального (65,5%) генеза. В первую группу вошли пациенты, страдающие гранулемой гортани, парезами и параличами голосовых связок; во вторую – пациенты с дисфониями, афониями, ларингоспазмом, навязчивым кашлем и ощущением “кома” в горле. В большинстве случаев фонологическая патология развивалась на фоне хронического стресса. Анализ характера психотравмирующих факторов показал преобладание психосоциальных факторов, не связанных с заболеванием, над факторами, связанными с болезнью. При оценке стрессовых событий, были выявлены следующие варианты травмирующих ситуаций, провоцирующих как тревожно-депрессивные расстройства, так и фонологическую патологию: препятствие в достижении поставленной цели (65,4%), этический конфликт (18,2%) и ситуации потери внешних регулирующих рамок (16,4%). Необходимо подчеркнуть значимость профессионального фактора в провокации голосовых расстройств, так более трети (38,2%) от всех обследованных отмечали повышенную голосовую нагрузку в рабочих условиях. В соответствии с критериями МКБ-10 у 48 пациентов (87%) выявлены расстройства тревожно-депрессивного спектра. В том числе, депрессивный эпизод (39,6%), включая легкий и умеренный, дистимия (27,1%), расстройство адаптации (22,9%), циклотимия (8,3%), паническое расстройство (2,1%). В 14,6% от общего числа обследованных были выявлены

соматоформные расстройства, более половины которых составил ипохондрический вариант. В соответствии с результатами клинико-психологического исследования выделены следующие типы ядерного аффекта: тревожный (14,6%), тоскливый (12,5%) и апатический (72,9%). Для тревожного типа аффективности характерны тревожный и тосливо-тревожный варианты расстройств тревожно-депрессивного спектра. Для тоскливого – тоскливый и тревожно-тоскливый и при апатической аффективности выделен тревожно-апатический и тосливо-апатический вариант. Следует отметить, что в целом для дисфоний характерен тревожный синдром; в свою очередь для афоний – тоскливый (меланхолический). Предварительные результаты исследования свидетельствуют о гетерогенности расстройств тревожно-депрессивного спектра, требующих различной терапевтической тактики. Определена высокая значимость стрессовых факторов в развитии как голосовых, так и психических расстройств.

#### К ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОГИ СУЩЕСТВОВАНИЯ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

И. Г. Ульянов, О. В. Потапов

(Владивосток)

Расстройства адаптации макросоциального генеза (РАМГ) являются ведущими в современном мире: это нарушения широкого регистра от невротических реакций до психотических расстройств, возникающих под влиянием кризисных, экстремальных или чрезвычайных событий и ситуаций государственных масштабов: потеря работы и скудное существование, вынужденное переселение, миграция, война (Александровский Ю.А., 2009; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2005; Литвинцев С.В., 2005; Шамрей В.К., 2005; Солдатова Г.У., 2002; Horowitz M.J., 1982). Кардинальными признаками, отражающими сущность дезадаптации, являются тревога и обращение к основам человеческого существования – его экзистенции. Проблемы тревоги являются центральными в понимании психопатологии (Снежневский А.В., 1983; Spilberger C.D., 1966; May R., 2004). В то же время между тревогой и уровнем переживания бытия наблюдаются интимные и сложные взаимосвязи, понимание которых является значимым в социальной психиатрии и психотерапии. В рамках исследования различных социально дезадаптированных групп населения на протяжении 1997–2009 гг. нами изучались шахтеры, потерявшие работу (300 человек), милиционеры, командированные на полугодичную службу в Чечню (400 человек), мигранты (100 человек). Расстройства адаптации макросоциального генеза (РАМГ), в большей или меньшей мере, включены и определяют каждую клиническую картину, представленную в нашем исследовании, в преобладающей части – решающим образом: у 569 человек (71,1%) диагностированы нарушения невротического регистра, ассоциированные с макросоциальными влияниями.

В исследовании мы ориентировались на изучение следующих составляющих внутренней картины болезни (ВКБ), начиная с тревоги: защитные и копинг механизмы, агрессивность, аддиктивность. Помимо этих и экзистенциальных параметров исследовались индивидуальные и общегрупповые типологические характеристики (Потапов О.В., Ульянов И.Г., 2010). В целях понимания взаимосвязей тревоги и аспектов существования, выбран экспресс-диагностический метод (время выполнения всех четырех тестов 30-50 минут), входящий в более крупный алгоритм комплексного исследования (включающего биологические, физиологические, социально-психологические, бытийные факторы), позволяющий отражать как тревожную, так и экзистенциальную составляющие. Использовались два облигатных и два факультативных экспериментально-психологических метода: тест на выявление ситуативной тревожности Ч.Д. Спилберга (модификация Ю.Л. Ханина, 1976); PIL – Purpose-in-Life Test J. Crumbaugh и L.Maholick (модификация Д.А. Лентьева (1992) СЖО – тест смысловых ориентаций); MAS – Миннесотская шкала тревоги Дж. Тейлор (модификация Т.А. Немчина, 1966); POI – Personal Orientation Inventory Э. Шостром (модификация Н.Ф. Калины (1997) – тест САМОАЛ). Исследования проводились до и после терапии. Для понимания соотношений клиники и познавательной активности мы обращались к понятиям “экзистенциальная востребованность” и “жизненная вовлеченность”, которые характеризуют проявления индивидуального бытия в его связи (синергии, антагонизме, трансформации) с социальным, природным и универсальным пространствами – Mitwelt, Umwelt, Universalwelt (Потапов О.В., Ульянов И.Г., 2010; May R., 2004). Результатом исследований явилась классификация взаимосвязей в системе “тревога – экзистенциальная вовлеченность – имагинация” с описанием выделенных типов, имеющих значение как для понимания клиники и когнитивных процессов, так и психотерапевтического сопровождения лиц с РАМГ.

#### ПЕРИОДИЧНОСТЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПСОРИАЗЕ

Л. Г. Урсова, В. В. Владимиров

(Москва)

Среди психосоматических заболеваний наиболее выраженной периодичностью течения выделяется псориаз. Периодичность в данном случае включает в себя такие понятия, как приступообразность и сезонность. Выявлено, что кожные и другие соматические, вегетативные и психические проявления болезни, всегда присутствуют и изменяются сочетано. Такое мнение сложилось в результате 20-летней работы с больными псориазом (более 10 000 человек). Из них 575 человек прошли обследование методами клинической психиатрии с применением патопсихологических методик. Выводы:

1. Для псориаза более типичным оказывается периодическое течение заболевания с приступами и ремиссиями и с сезонными колебаниями состояния.

2. Отсутствие или утрата периодичности в течении болезни является плохим прогностическим признаком.
3. В подавляющем большинстве случаев сезонность является привилегией приступообразных форм болезни, однако бывают и при непрерывном течении процесса и наоборот, ремиссии возникают беспрерывно (вне зависимости от времени года) и могут длиться годами.
4. При ремитирующем течении и с сезонностью в психическом статусе господствует аффективная симптоматика: при обычной для псориаза осенне-зимней сезонности резко повышается уровень тревоги, при редко встречающихся случаях весенне-летних приступов и обострений господствует депрессия.
5. Непрерывнотекущему варианту заболевания не чувствительному к сезонным изменениям в природе соответствует астеническая симптоматика с эксплозивными реакциями, дисфориями, агрессивностью. Это наиболее тяжелый контингент больных, принесших тяжелые черепно-мозговые травмы (в том числе родовые), или страдающих алкоголизмом, наркоманией, и с психоорганическими расстройствами иного происхождения.

#### **ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Н. В. Федоров  
(Санкт-Петербург)

На сегодняшний день социальное функционирование больных фармакорезистентными депрессиями изучено недостаточно полно, особенно влияние уровневой оценки состояния на социальную адаптацию и качество жизни, а также зависимость социального функционирования от особенностей адаптивного реагирования личности.

Целью данной работы явилось изучение особенностей социального функционирования пациентов с разной выраженностью фармакорезистентных депрессивных состояний и разными типами приспособительного поведения. У 74-х больных (средний возраст  $32,6 \pm 15,7$  лет) с фармакорезистентными депрессивными состояниями исследовались выраженность психических расстройств (по шкалам HAM-D и GAFS), объективная оценка социальной адаптации (по схеме А.В. Рустановича, 2001) и субъективная оценка качества жизни (по опроснику Q-LES-Q-SF), а также особенности адаптивного реагирования личности с выделением типа приспособительного поведения. В результате проведенного исследования было установлено, что большинство среднегрупповых показателей социальной адаптации и качества жизни у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами в группах с разной выраженностью депрессивных нарушений достоверно не отличались между собой ( $p > 0,05$ ), при этом больные с меньшей выраженностью

психических расстройств имели, как правило, лучшие показатели социального функционирования.

Наиболее высокие показатели социального функционирования среди больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами получены у пациентов с конструктивным типом приспособительного поведения (социальная адаптация –  $3,1 \pm 0,4$ , качество жизни –  $2,7 \pm 0,5$ ), но при этом у них выявлена тенденция к занижению самооценки своего качества жизни. У пациентов с другими типами приспособительного поведения показатели социального функционирования были ниже, причем, если пациенты с регрессивным (социальная адаптация –  $2,6 \pm 0,4$ , качество жизни –  $2,5 \pm 0,6$ ) и неопределенным (социальная адаптация –  $2,8 \pm 0,5$ , качество жизни –  $2,6 \pm 0,5$ ) типами приспособительного поведения достаточно критично оценивали свое социальное функционирование, то у больных с дезадаптивным типом приспособительного поведения (социальная адаптация –  $2,1 \pm 0,4$ , качество жизни –  $2,6 \pm 0,3$ ) отмечалась тенденция к превалированию субъективной оценки над объективной.

#### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ**

А. П. Филимонов, Б. Ю. Володин, С. С. Петров,  
В. В. Новиков  
(Рязань)

Усложнение социально-политической, экономической и демографической ситуации в обществе предъявляет особые требования к развитию и применению психиатрических знаний. В последние десятилетия в России выросло число психических расстройств, протекающих под масками соматических заболеваний. Решение задач усовершенствования психиатрической помощи пациентам с подобными расстройствами не может быть успешным без научного обобщения опыта практической деятельности по перестройке этого вида помощи.

С одной стороны, пациенты с соматоформными расстройствами, находящиеся на госпитализации в соматических отделениях, не получают адекватного лечения психотропными препаратами, что пагубно отражается на их психическом здоровье и качестве жизни. С другой стороны, пациенты с подобными расстройствами, стационаризованные в психиатрическую больницу, получают необходимые лекарства, но на качество их жизни значительное влияние имеет так называемая “стигматизация” – клеймо “психически больного”.

В литературе практически не отражены сравнительные характеристики особенностей качества жизни ни первой, ни второй группы больных. В связи с чем мы считаем целесообразным проведение анализа качества жизни пациентов с соматоформными расстройствами в психиатрических и соматических отделениях и способов его улучшения.

**СТРУКТУРА АТИПИЧНОЙ СИМПТОМАТИКИ В КЛИНИКЕ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА**

А. А. Хамарханова, О. В. Петрунько,  
А. В. Швецова  
(Иркутск)

Обследованы пациенты с депрессивным эпизодом (ДЭ) по МКБ-10 (n=50). Из числа обследованных большинство составили женщины (82,0%). Средний возраст пациентов на момент обследования 44,5±1,5 лет. Единичный ДЭ выявлен в 22%, рекуррентное депрессивное расстройство – 72%, ДЭ при биполярном аффективном расстройстве – 6%. Средняя длительность актуального ДЭ составила 6,6±1,2 месяцев. Тяжесть ДЭ по МКБ-10: умеренный – 54%, тяжелый – 46%; тип депрессии: ДЭ с наличием гипотимии и сопутствующими субдиагностическими проявлениями ГТР по DSM-IV – 16%; тоскливая депрессия (ДЭ с тоскливым оттенком гипотимии и субдиагностическими проявлениями ГТР по DSM-IV) – 4%; тревожная депрессия (ДЭ с наличием гипотимии без тоскливого оттенка и сопутствующим диагностически очерченным ГТР по DSM-IV) – 60%; тоскливо-тревожная (ДЭ с тоскливым оттенком гипотимии и сопутствующим диагностически очерченным ГТР по DSM-IV) – 20%.

Среди изученного контингента наличие отдельных атипичных симптомов в клинике ДЭ выявлено у 26 пациентов (52%), из них атипичных симптомов в соответствии с критериями DSM-IV у 13 человек. Ни одно наблюдение не соответствовало полным критериям атипичной депрессии по DSM-IV. Атипичная симптоматика в клинике ДЭ была представлена: реактивность настроения (30,8%), “свинцовый паралич” (15,4%), увеличение веса тела (11,5%), гиперсомния (7,7%), повышение аппетита (3,8%). К атипичным симптомам среди 26 пациентов также были отнесены: наличие нетипичного суточного ритма (38,7%) и сонливость в дневные часы (15,4%). Количество атипичных симптомов варьировало от 1 до 3, в среднем составляло 1,7 на одного пациента.

**ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Д. Ф. Хритинин, Ж. Р. Гарданова, Р. Г. Шмаков,  
А. А. Меньшикова  
(Москва)

За последние годы распространенность онкологических заболеваний среди женщин репродуктивного возраста значительно возросла. В связи с этим высокую актуальность приобретает проблема влияния онкологического заболевания на репродуктивную функцию женщин. Существующие методы лечения в онкологии позволяют не только увеличить продолжительность жизни таким больным, но и сохранить беременность во время лечения заболевания без всякого вреда на плод. Между тем,

психоэмоциональные особенности женщин с онкопатологией во время беременности остаются мало изученными. **Цель работы:** изучить психоэмоциональные особенности женщин с онкологическими заболеваниями во время беременности. **Объект:** 22 пациентки с онкопатологией (у 10 пациенток был диагностирован рак молочной железы, у 12 пациенток – гемобластозы) во время беременности сроком от 30 до 35 (31±2,5) недель в возрасте от 19 до 35 (26±4,5) лет с длительностью заболевания от 16 недель до 5 лет. **Методы:** методы психодиагностики (опросник Бека, тест Спилбергера-Ханина, опросник Келлермана-Плутчика-Конте, тест Лазаруса), методы математической статистики (угловой коэффициент Фишера). **Результаты:** у пациенток с онкологическими заболеваниями во время беременности отмечается высокий уровень депрессии (p<0,05), высокий уровень ситуативной и личностной тревожности (p<0,01; p<0,05), ведущими механизмами защиты являлись отрицание (63,6%; p<0,05) и проекция (54,5%; p<0,05), ведущими копинг-стратегиями являлись дистанцирование (68%; p<0,05), бегство-избегание (59%; p<0,05). Значимых различий между группами не обнаружено. Таким образом, полученные данные говорят о необходимости оказания психотерапевтической помощи данной категории женщин. Исследование проведено при поддержке гранта Президента РФ №МД-4860.2009.7.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ (РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТИ) У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ППР)**

И. О. Хруленко-Варницкий  
(Москва)

Современным научным исследованиям присуще раздельное рассмотрение эмоциональных проявлений у больных с ППР. Клинический опыт свидетельствует, что симптомы эмоциональных расстройств (тревоги, депрессии) при различных формах ППР не проявляются самостоятельно. В структуре значительной части ППР встречается повышенная эмоциональная возбудимость (раздражительность), описываемая ранее лишь в рамках неврастения и личностного расстройства. Наши предшествующие исследования (Хруленко-Варницкий И.О., 1987) выявили ее более чем у половины пациентов с ППР.

Предпринятое безвыборочное исследование 115 больных, поступивших в СКБ №8 им. З.П.Соловьёва г.Москвы в течение месяца, с использованием специально разработанного опросника обнаружило у 46,1% пациентов высокие и у 53,9% низкие показатели раздражительности. Методами объективной классификации больные были разделены на 3 группы. В 1-й группе (42,6% наблюдений) симптомы раздражитель-

ности были выражены значительно, во 2-й (33%) – напротив, слабо. В 3-й (24,4%) – у пациентов преобладали симптомы раздражительной слабости и гиперэстезии. Результаты работы подтверждают высокую распространенность исследуемого феномена, указывают на целесообразность специальных исследований, направленных на глубокое изучение структуры эмоциональной возбудимости (раздражительности) и выяснение её прогностического и терапевтического значения.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЛЕГКИМ КОГНИТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ**

Д. М. Царенко  
(Москва)

Цель - изучение и сравнение основных особенностей когнитивных нарушений у больных аффективными и легким когнитивным расстройствами в условиях первичной медицинской сети.

Обследовано 24 больных, находившихся на амбулаторном лечении в одной из городских поликлиник Москвы. 1 группу составили 12 пациентов с аффективными расстройствами преимущественно легкой степени тяжести. Средний возраст –  $46,8 \pm 10,7$  лет. Во 2 группу вошли 12 больных с легким когнитивным расстройством (F06.7). Средний возраст –  $55,7 \pm 15,6$  лет. Применялись HADS, MMSE, батарея лобной дисфункции (FAB), батарея тестов Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE-R), специально разработанная анкета жалоб, часто предъявляемых пациентами в условиях амбулаторного приема.

Выявлено отсутствие различий между группами в количестве и выраженности предъявляемых соматических жалоб, а также жалоб на состояние познавательных функций. Однако группы достоверно различались в предъявлении жалоб на настроение с их преобладанием в 1 группе ( $p < 0,05$ ). Сравнение показателей HADS выявило, что 1 группа значимо отличалась от 2 группы по субшкале депрессии ( $10,7 \pm 3,9$  против  $6,5 \pm 3,4$ ) и не отличалась по субшкале тревоги ( $9,8 \pm 3,4$  против  $9,1 \pm 3,9$ ). Группы не различались количеством баллов, набранных по MMSE (1 группа –  $28,8 \pm 0,9$ ; 2 группа –  $27,9 \pm 1,3$ ). При этом имели место выраженные отличия по показателям FAB и ACE-R, где в 2 группе были более значительные когнитивные нарушения ( $p < 0,05$ ). Это может указывать на специфичные для органических когнитивных расстройств нарушения исполнительных функций, кратковременной памяти и оптико-пространственных способностей.

**ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Д. А. Цветкова, Е. А. Моросеева,  
К. А. Зиньковский  
(Тверь)

Целью данного исследования явился сопоставительный анализ изменений составляющих качества жизни (КЖ) у больных с психосоматическими расстройствами (ПСР) до и после лечения, проведенного на базе профилактория "Бобачевская роща". Было исследовано 100 пациентов с ПСР различного профиля: гипертоническая болезнь, ИБС, хронический гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма и т.п. Из них обследовано 67 женщин (67%) и 33 (33%) лиц мужского пола. Все пациенты до и после курса терапии (медикаментозной, физиотерапии, психокоррекционной работы) были обследованы с помощью русскоязычной версии опросника SF-36, содержащего 8 шкал, отражающих разные аспекты состояния здоровья. Как показал анализ данных несмотря на небольшую длительность проводимой терапии и реабилитации (21 день) различную степень выраженности и длительности ПСР, неоднородный возрастной диапазон и гендерность выборки отмечаются изменения по всем исследованным шкалам. Так по физическому компоненту (I–IV шкалы) достоверно улучшилось ролевое функционирование (с  $24,25 \pm 3,8$  до  $32,5 \pm 3,5$  баллов,  $M \pm m$ ,  $p < 0,05$ ), уменьшилась оценка интенсивности боли (с  $47,6 \pm 4,2$  до  $36,9 \pm 3,6$  баллов), а по психическому компоненту (V–VIII шкалы) улучшилось социальное функционирование ( $34,5 \pm 4,0$  до  $50,0 \pm 3,9$  после терапии). Особенно необходимо подчеркнуть достоверное улучшение эмоциональной составляющей КЖ ( $32,7 \pm 5,4$  и  $71,3 \pm 4,8$  баллов соответственно). В связи с этим можно полагать, в "психосоматическом контуре" одним из центральных звеньев, на которые следует направлять психокоррекционные, медикаментозные усилия является эмоциональное благополучие больного, которое в свою очередь создает благоприятный фон для перестройки взаимосвязанных компонентов КЖ данной категории больных.

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНЫХ ИДЕЙ В СТРУКТУРЕ МОНО- И БИПОЛЯРНОЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ**

О. В. Целищев, О. П. Вертоградова  
(Москва)

Изучено 59 больных в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст  $31,9 \pm 3,2$  лет), 28 мужчин и 31 женщина, перенесших 73 депрессивных эпизода. Исследование открытое, рандомизированное, сравнительное. Длительность курса терапии – 4 недели (28 дней). Выделены две сравниваемые между собой группы: 1-ой группе (37 больных) назначался мелипрамин в дозе от 75 до

150 мг в сутки, 2-ой группе (36 больных) – селективный ингибитор обратного захвата серотонина – сертралин (золофт) в дозе от 50 до 100 мг в сутки.

В результате проведенного лечения к концу курса терапии (28 день) достичь снижения показателей шкалы Гамильтона (17п.) более чем на 50% удалось в 24 из 37 случаев (64,9%) при лечении мелипрамином и в 22 из 36 случаев (61,1%) при лечении сертралином. Число больных достигших терапевтической ремиссии (выраженность симптоматики менее 7 баллов по шкале Гамильтона) составило при лечении мелипрамином 21 больной (56,8%) и при лечении сертралином – 19 больных (52,8%). Выделено два варианта редукции депрессивного синдрома: 1) *гармоничная редукция синдрома*, при котором, редукция депрессивных идей шла параллельно общему снижению выраженности депрессии; 2) *дисгармоничная редукция*, при которой редукция депрессивных идей отставала от общей редукции депрессивной симптоматики. У нонреспондеров – больных с отрицательным ответом на терапии дисгармоничный тип редукции встречался в 3 раза чаще, чем у респондеров – положительно реагировавших на лечение и составил соответственно 19,6% и 59,3% случаев ( $P < 0,01$ ).

Степень редукции и выраженности депрессивных идей малоценности и самообвинения во многом определяет прогноз общей курсовой эффективности тимоаналептической психофармакотерапии, а их сохранение в психическом состоянии больного, несмотря на редукцию других ключевых симптомов депрессии, может говорить о неполном терапевтическом эффекте и может служить признаком резистентности к терапии.

### ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

А. В. Цыган, Т. В. Яковенко, Н. Н. Баурова  
(Санкт-Петербург)

**Актуальность:** Ревматоидный артрит – это хроническое системное иммуновоспалительное заболевание, имеющее большое социально-экономическое и медицинское значение. Ревматоидным артритом болеет около 1% населения. До 50% больных становятся инвалидами в течение пяти лет, до 10% – в течение двух лет после дебюта болезни, и это несмотря на совершенствования методов лечения.

**Цель исследования:** Выявить наличие и выраженность тревоги и депрессии у пациентов с РА.

**Материалы и методы:** Обследовано 15 пациентов (7 мужчин, 8 женщин) в возрасте от 25 до 75 лет (средний возраст  $53,4 \pm 12,9$ ) с диагнозом “ревматоидный артрит”, достоверным по критериям ACR (1997). Все пациенты находились на обследовании и лечении в клинике факультетской терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в ноябре-декабре 2009 г. Длительность заболевания варьировала от 6 месяцев до 24 лет (средняя длительность – 4,6 года). Серопозитивность по ревматоидному фактору была выявлена у 13 больных

(87,7%). Преобладали пациенты с II-й (53,3%) и III-й (40%) степенью активности, II-й (46,7%) и III-й (46,7%) рентгенологической стадией, II-й (46,7%) и III-й (33,3%) степенью функциональной недостаточности суставов. Для определения эмоционального и физического статуса использовались опросник SF-36, шкалы Цунга для самооценки депрессии и тревоги.

**Результаты исследования:** По результатам обследования с применением опросника SF-36 физический компонент здоровья (PH – Physical health) составил 55,4%, психологический компонент здоровья (MH – Mental Health) – 34,4%. У всех обследованных была выявлена тревога: у 73,3% пациентов – средний уровень тревоги (0,5–0,7 балла), у 26,7% – низкий уровень тревоги (0,3–0,45 балла). Среднее значение уровня тревоги по шкале Цунга составило  $0,51 \pm 0,09$  балла, при активности III степени –  $0,51 \pm 0,05$  балла, при функциональной недостаточности суставов III степени –  $0,55 \pm 0,1$  балла. У 60% пациентов выявлен легкий уровень депрессии (50–58 балла), у 40% – пограничное состояние между нормальным и легким уровнем депрессии (42–49 баллов). Среднее значение уровня депрессии составило  $50 \pm 4,9$  баллов (легкая степень депрессии). Уровни депрессии и тревоги не зависели от активности, стадии и давности ревматоидного артрита, степени функциональной недостаточности суставов.

**Заключение:** Полученные данные свидетельствуют о снижении параметров физического и психологического компонентов здоровья, наличии тревоги и депрессии у пациентов, страдающих ревматоидным артритом. Для определения оптимальных схем коррекции выявленных нарушений и повышения качества жизни, улучшения эффективности лечебных мероприятий целесообразно дальнейшее изучение эмоционального и физического статусов пациентов с ревматоидным артритом.

### КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА “ДВОЙНОЙ ДЕПРЕССИИ” ПРИ ТЕРАПИИ СИОЗС

К. Г. Чернышева, Г. Г. Симуткин  
(Томск)

Проблема “двойной депрессии”, т.е. случаев наложения большой депрессии на дистимию стала активно обсуждаться после работ М. В. Keller, R. W. Shapiro (1982). Случаи “двойной депрессии” составляют до 25% депрессивных расстройств. Терапия “двойной депрессии” является сложной клинической проблемой (Klein D.N. et al., 2006).

**Цель исследования:** оценка динамики выраженности депрессивных симптомов при терапии с использованием СИОЗС у пациентов с двойной депрессией в сравнении с пациентами с текущим депрессивным эпизодом.

**Материалы и методы:** было обследовано 54 человека. Основная группа составила 28 человек (4 мужчины и 24 женщины) с “двойной депрессией”, группа сравнения 26 человек (4 мужчины и 22 женщины) с текущим депрессивным эпизодом различной степени тяжести без наложения на дистимию. Средний возраст пациентов

основной группы составил  $45,5 \pm 15,1$ , а пациентов группы сравнения  $45,5 \pm 11,6$  года. Оценка степени тяжести депрессивных симптомов до начала лечения и на 2 и 4 неделе антидепрессивной терапии производилась с помощью шкалы SIGH-SAD (Williams J. et al., 1994).

**Результаты исследования:** средний балл при поступлении по шкале SIGH-SAD для основной и группы сравнения составил  $27,7 \pm 8,7$  и  $27,9 \pm 6,2$  балла соответственно ( $p > 0,05$ ). На второй неделе терапии с помощью СИОЗС депрессивная симптоматика редуцировалась соответственно в сравниваемых группах до  $18 \pm 8,3$  и  $16 \pm 6,6$  баллов ( $p > 0,05$ ) и на четвертой неделе до  $8,5 \pm 6,4$  и  $6,8 \pm 4,4$  баллов ( $p > 0,05$ ).

**Заключение:** приведенные данные указывают на более медленную обратную динамику депрессивных симптомов в ходе терапии СИОЗС в группе пациентов с “двойной депрессией” по сравнению с пациентами с текущим депрессивным эпизодом без наложения на дистимию.

#### ХАРАКТЕРИСТИКА ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Д. А. Чугунов  
(Москва)

Обследовано 60 больных с фобиями, которые были стационарированы в отделения территориально-участкового профиля, для выявления особенностей клиники и динамики фобических расстройств. Преобладали пациенты с расстройствами шизофренического спектра.

Фобии характеризовались крайне высокой интенсивностью, множественностью, развивались остро, отмечались выраженные нарушения поведения (психомоторное возбуждение, отказ от еды). Преобладающими являлись страх сумасшествия, суицидофобия, гомицидофобия, фобии ипохондрического содержания (кардиофобия, СПИДофобия), которые сопровождалась острым страхом смерти, агорафобия с высокой степенью избегания, вплоть до панагорафобии, массивные транспортные фобии, оксифобия. Панические атаки с выраженными вегетативными расстройствами доминировали в начале заболевания, в дальнейшем они замещались соматоформной симптоматикой. Фобии носили не навязчивый, а сверхценный характер, в ряде случаев достигали бредоподобного уровня. Коморбидная патология была представлена тревожными, депрессивными, и, реже, бредовыми расстройствами. Фобии развивались либо остро у первично госпитализированных больных, либо имели хроническое течение с частыми рецидивами, что снижало уровень социального функционирования больных, часто приводило к инвалидизации.

Страх потерять контроль над собой и вести себя неправильно, совершить опасные для жизни действия, иногда расценивались врачами как суицидальные мысли, что, в отдельных случаях, приводило к недобровольной госпитализации больных.

#### СОМНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИКО- ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Р. В. Шамне, О. А. Голдобина  
(Барнаул)

На территории Алтайского края были изучены распространенность, этиопатогенез и клинико-динамические особенности нарушений сна у пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении неврозов КГУЗ “Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдыманова”.

Распространенность сомнических нарушений среди этих пациентов составила 85,5%. Сформирована выборка из 111 респондентов, соответствующих следующим критериям: возраст 18–65 лет, наличие невротического расстройства, жалобы на нарушение сна, отсутствие в основном диагнозе органической патологии головного мозга (по МКБ 10 рубрики F 00 - F 09) и коморбидной патологии психотического уровня.

У 105 (94,6%) испытуемых установлена психобиологическая предрасположенность к нарушениям сна (возникновение нарушений сна после различных незначительных жизненных неурядиц, во время беременности и менструации у женщин, связь нарушений сна с погодными условиями, а также генетическая предрасположенность), в большинстве случаев имело место сочетание нескольких предрасполагающих факторов у одного пациента.

У 110 (99,1%) больных выявлены инсомнические нарушения, у одной пациентки была диагностирована гиперсомния. Клинически инсомния в исследованной группе была представлена пресомническими (72,1% случаев), интрасомническими (78,4%) и постсомническими (95,5%) нарушениями. Преобладали средней степени выраженности и выраженные формы инсомнии (53,2%). Хроническое течение инсомнических расстройств имело место у 91,0% испытуемых.

Наряду с диссомническими расстройствами, в 91,9% случаев были выявлены различные парасомнические феномены. Установлена высокая распространенность сочетания нескольких парасомний у одного пациента, коэффициент их распространенности (среднее число парасомнических нарушений у одного больного) был равен 3,1. Наибольший удельный вес среди парасомний имели сонные старты – у 84,7% пациентов, ночные крампи в ногах – у 52,3%, ночные кошмары – у 41,4%, сноговорение – у 28,8%.

Таким образом, установлено, что сомнические нарушения при невротических расстройствах встречаются значительно чаще (85,5%), чем в популяции (24–28%). Распространенным является сочетание нескольких видов расстройств сна, что приводит к более тяжелому течению, хронификации этих нарушений, их резистентности к терапии, а также к формированию лекарственной зависимости у пациентов, страдающих сомническими расстройствами в рамках невротической патологии.

### ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И К ЛЕЧЕНИЮ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М. И. Шеденко, Д. В. Четвериков,  
А. В. Грининаер, Е. Н. Чередова  
(Омск)

Высокий уровень непсихотических психических расстройств у медицинских работников обусловлен спецификой их профессионального труда – эмоциональной насыщенностью, психофизическим напряжением, значительным числом стрессогенных ситуаций, профессиональным выгоранием, невысоким социально-экономическим статусом. С целью оценки особенностей данной патологии мы провели клиническое обследование 27 медицинских работников (12 врачей непсихиатрического профиля и 15 медицинских сестер), проходивших амбулаторное и стационарное лечение в Психотерапевтическом комплексе Омской областной психиатрической больницы. В ходе исследования мы выявили следующие особенности.

1. Поздняя обращаемость за специализированной помощью. Изучение анамнеза показало, что медработники склонны связывать свое психическое неблагополучие не с болезненными явлениями, а высоким уровнем хронической профессиональной фрустрации.

2. Высокий уровень самолечения на ранних стадиях болезни. Тревожные, депрессивные, соматоформные расстройства медиками расцениваются как функциональные состояния, требующие “общеукрепляющего” лечения, которое в силу их профессиональной деятельности понятно и доступно. 20 обследованных (77,8%) лечились в дневных стационарах общесоматических больниц.

3. Высокая избирательность в отношении психофармакотерапии. Медработники склонны самостоятельно регулировать дозы в направлении снижения, титровать дозы, а также отказываться от препаратов при минимальном облегчении субъективного дискомфорта, особенно – в амбулаторных условиях.

4. Несоблюдение предписанного режима лечения. Медицинские работники часто отказывались от стационарного лечения, настаивая на амбулаторных и полустационарных формах помощи, мотивируя это необходимостью продолжения работы.

5. Недоверие к психиатрической помощи. При обращении медработники практически всегда пытаются продемонстрировать свою компетентность в вопросах психиатрии и психотерапии, пользуются специальной литературой и Интернетом. Кроме того этот контингент психически больных крайне негативно относится к самому факту специфического лечения, зачастую скрывая его даже от самых близких родственников.

6. “Фантомный синдром”. В клинической психологии фантомы профессиональной деятельности – это не только безличные формы готового знания (алгоритмы осуще-

ствления профессиональной деятельности), но и мифы, знания, принятые на веру, до сих пор существующие в обществе. Психически больной медработник имеет дело с двумя реальностями: неодушевленной (собственные представления о болезни) и живой реальностью – своим заболеванием. У этих пациентов формируется образ “идеального врача” и три образа врача – «сопереживающий», «эмоционально-нейтральный» и «безучастный». При попытках отождествления себя с любым из этих фантомов усиливается чувство диссоциированности и, соответственно – нарастает симптоматика.

На более поздних этапах, чаще – после 2–3 обострений заболевания происходит дезактуализация анозогностических установок и выстраивание реальных партнерских отношений с лечащим врачом. Всесторонняя дифференцированная и динамическая клиническая оценка невротического состояния, учет особенностей личности, его уровня медицинской подготовки, особенностей профессионального труда и других факторов – все это является основой для выбора наиболее рациональной терапевтической тактики при лечении пограничных расстройств у медицинских работников.

### СОМАТИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ

Я. Н. Шойхет, О. А. Голдобина, А. В. Маркин,  
Н. В. Пахомова  
(Барнаул)

Проведено исследование, целью которого являлась оценка качества жизни (КЖ) у больных с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС).

**Материалы и методы:** Обследовано 34 пациента с СОАС (индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ) – от 15 до 115) в возрасте от 28 до 69 лет, из них – 29 мужчин и 5 женщин. КЖ пациентов определялось с помощью опросника SF-36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey), результаты которого представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

**Результаты** исследования показали, что объем физической нагрузки, который больные могут выполнять, составляет только 42,4% от максимальной. Общее состояние здоровья у больных, по их самооценке составляет 24,8%. Жизнеспособность снизилась на 74,5% от уровня идеального состояния. Объем социальных связей ограничен на 52,8% от максимально возможного уровня социальных контактов и общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Особое значение имеет ухудшение эмоционального состояния: эмоциональные проблемы на 88,8% ограничивают повседневную жизнедеятельность больных. Состояние ментальной сферы пациентов на 60,7% ниже идеального состояния, что говорит о существенном ухудшении показателей психического здоровья.



**Выводы:** У больных с СОАС существенно страдает качество жизни: снижена жизненная активность, эмоциональное состояние препятствует выполнению работы, повседневной деятельности, значительно снижены показатели психического здоровья, которые отражают настроение, наличие депрессии и тревоги.

Дальнейшая исследовательская деятельность в этой области представляется перспективной с целью уточнения распространенности психических расстройств у больных с синдромом обструктивного апноэ во сне, установления психосоматических соотношений, а так же совершенствования диагностических и лечебно-реабилитационных подходов, в том числе на основе междисциплинарного взаимодействия.

### ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ЛИЧНОСТИ НА РАЗВИТИЕ АРИТМИЙ

И. И. Юровская, М. С. Артемьева  
(Москва)

**Цель исследования** – изучение влияния уровня тревожности личности на развитие аритмий.

**Материал:** 58 больных (23 мужчин и 35 женщин) кардиологического отделения с ИБС и/ или гипертонической болезнью. У 32 (55.2%) обследованных болезнь осложнилась различными видами аритмий. У 26 (44.8%) – заболевание протекало без клинически значимых нарушений ритма (группа контроля). Средний возраст обследованных больных составил  $50.5 \pm 6.4$  года.

**Методы:** клиникопсихопатологический, психометрический (госпитальная шкала тревоги и депрессии HARDS, шкала тревоги Спилбергера), ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографическое исследование, велоэргометрическая проба.

В зависимости от уровня личностной тревожности обследованные пациенты распределились следующим образом: 8 (25%) с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, средний балл по шкале HARDS составил  $35.2 \pm 2.7$ , по шкале Спилбергера –  $55.0 \pm 5.5$ ; 7 (21.9%) с непароксизмальной АВ-узловой тахикардией, средний балл по шкале HARDS  $32.3 \pm 3.3$ , по шкале Спилбергера  $52.0 \pm 3.7$ ; 7 (21.9%) с хронической формой фибрилляции предсердий, средний балл по шкале HARDS  $30.2 \pm 2.3$ , по шкале Спилбергера  $50.5 \pm 2.8$ ; 10 (31.3%) с суправентрикулярной экстрасистолией, средний балл по шкале HARDS  $25.5 \pm 2.3$ , по шкале Спилбергера  $42.4 \pm 2.8$ ; в группе контроля средний балл по шкале HARDS составил  $21.0 \pm 2.3$ , по шкале Спилбергера  $38.4 \pm 1.6$ ;

**Выводы:** Высокий уровень личностной тревожности является фактором, обостряющим и ухудшающим течение основного сердечно-сосудистого заболевания, существен-

но снижающим качество жизни пациентов. Необходимо проводить комплексное клинко-психопатологическое и экспериментально-психологическое обследование на ранних стадиях заболевания с привлечением врача-психиатра или психотерапевта, с последующей коррекцией терапии анксиолитиками.

### УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (СКА)

Л. Н. Юрьева, А. А. Дукельский  
(Днепропетровск)

В исследовании приняли участие 147 больных мужского пола в возрасте от 34 до 80 лет (в среднем –  $57.2 \pm 8.6$  года) с ИБС после СКА. Из них у 71 (48,3%) пациента не выявлено каких-либо психических расстройств (1 группа), у 19 (12,9%) – диагностировано эмоционально-лабильное или тревожное расстройство (2 группа), у 57 (38,8%) – выявлены депрессивные расстройства органической природы легкой и умеренной степени выраженности (3 группа). Психологическая предрасположенность пациентов к болезненному восприятию последствий соматических заболеваний и склонность к внутренней напряженности определялись с использованием методики Спилбергера.

**Результаты исследования.** Установлено, что высокая реактивная тревожность была свойственна 14,3% больных с ИБС, преимущественно пациентам 3 группы (29,8%). У 74,8% больных зафиксирована умеренная степень реактивной тревожности. Количество больных с высоким уровнем личностной тревоги было в 2,1 раза больше (30,6%), особенно в группе с депрессией – 57,9% против 14,1% и 10,5% в 1 и 2 группах соответственно ( $p < 0,002$ ). Средние баллы по шкале ситуативной и личностной тревожности у больных ИБС составили ( $M \pm SD$ )  $39,0 \pm 7,96$  и  $41,9 \pm 8,1$  соответственно.

Уровень личностной тревожности прямо коррелировал ( $p < 0,05 - 0,001$ ) с выраженностью депрессивных расстройств, оцененных по шкале Бэка ( $r = 0,76$ ), Гамильтона ( $r = 0,62$ ), Шихана ( $r = 0,72$ ); психическим перенапряжением ( $r = 0,32$ ), обеспокоенностью наличием соматического заболевания ( $r = 0,20$ ); обратно – с интегральной самооценкой качества жизни ( $r = -0,30$ ).

**Выводы.** Большинство больных с ИБС после СКА имеют умеренный уровень ситуативной тревожности. Высокая личностная тревожность является как причиной, так и следствием основного заболевания и ведущей личностной характеристикой больных с кардиологическим диагнозом.

## ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВАЯ ПСИХИАТРИЯ: СПЕЦИФИКА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ, ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ, ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С СДВГ

И. В. Андрусенко  
(Томск)

Обследовано 190 детей в возрасте от 7 до 11 лет. С указанием преобладающих отклонений: дефицита внимания (СДВГ-Н), гиперактивности/импульсивности (СДВГ-ГИ), сочетания этих нарушений (СДВГ-К), выстраивалась индивидуальная схема лечения и коррекция.

Энцефалопатическая основа нарушений поведения диктовала необходимость комплексного биологического лечения, включая дегидратацию, витаминотерапию, рассасывающих, сосудорасширяющих средств, вегетотропных препаратов, антиоксидантов, ноотропов. Корректоры поведения применялись у детей с СДВГ-ГИ и СДВГ-К. Использование финлепсина и транквилизаторов применялось при лечении СДВГ с коморбидными тиками, заиканием, фобических расстройств, нарушением сна.

Эффективность лечения: при лечении церебролизином улучшение наблюдалось у 60% детей, кортексина 54%, пирацетамом 48%, страттера 61%, пантогама 47%. При терапии сонапаксом улучшение отмечалось у 22% детей с СДВГ-ГИ и СДВГ-К, неулептилом 10% при СДВГ-ГИ. Общее улучшение поведения детей прослеживалось после курса страттеры, церебролизина, кортексина, пирацетама, пантогама, сонапакса. В группе, получавшей лечение церебролизином, кортексином, страттерой, было отмечено улучшение балльных оценок по всем шкалам, лечения пирацетамом, пантогамом – “проблемы поведения” и “тревожность”, сонапаксом – “импульсивность–гиперактивность”, транквилизаторами – “тревожность”.

Положительным влиянием на нарушения внимания обладали в большей степени церебролизин, инстенон и страттера. Следует подчеркнуть, что сонапакс и неулептил не оказывали значимого действия на показатели внимания и памяти у детей. В связи с этим их применение рекомендуется ограничивать лишь наиболее трудными для лечения формами СДВГ, сопровождающимися стойкими нарушениями поведения.

### ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

О. А. Анцыферова  
(Пенза)

Рост агрессивных тенденций в подростковой среде отражает одну из острейших социальных проблем наше-

го общества, где за последние годы резко возросла молодежная преступность, особенно преступность подростков. Несмотря на снижение количества несовершеннолетних в общей численности населения, в последнее десятилетие просматривается устойчивая тенденция роста преступности именно в этой возрастной группе. При этом тревожит факт увеличения числа преступлений, совершенных несовершеннолетними, влекущих за собой тяжкие телесные повреждения. Анализ экспертных решений, по несовершеннолетним, прошедшим СПЭ в связи с совершением ООД, показал, что психически здоровые лица составили 32%, у 61% несовершеннолетних диагностированы различные психические расстройства. У 35% обследованных подростков, отличающихся девиантным поведением, отмечена повышенная агрессивность. У 85% из них зарегистрированы случаи садистских действий. Следует отметить, что удельный вес психически здоровых лиц в этой возрастной категории уменьшился с 37% до 32%; при этом число лиц с психическими расстройствами в 2000 году составляло 59%, а в 2010 г. – 63%. Установлено, что среди подростков, осужденных за агрессивные преступления, 90% совершили преступления в нетрезвом состоянии. Отсюда возникает необходимость в проведении системного анализа индивидуальных, личностных, социально-психологических и психолого-педагогических факторов, обуславливающих социальные отклонения в поведении несовершеннолетних, с учетом которых должна строиться и осуществляться воспитательно-профилактическая работа по предупреждению этих отклонений. Коррекционная работа по профилактике агрессивного поведения подростков имеет свои особенности. В первую очередь это индивидуальная работа с несовершеннолетним, направленная на формирование круга интересов подростка на основе его характера и способностей, а также вовлечение именно подростков, отличающихся повышенной агрессивностью, в социально одобряемую деятельность (трудовую, спортивную, художественную, организаторскую и другую), что даст возможность развития его самосознания.

### ПСЕВДОАНОРЕКСИЯ В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

А. А. Артамонов  
(Москва)

Проведено психопатологическое исследование больных, госпитализированных в детское психиатрическое

отделение с диагнозом “Нервная анорексия”, либо с отказом от еды. Характеристика группы: 87 девочек, средний возраст  $13,08 \pm 0,72$  года, давность заболевания от 0,2 до 6 лет. Установлено, что только около трети больных с “Нервной анорексией” имели симптоматику синдрома нервной анорексии в классическом понимании (37,9%). У 32,2% больных ведущей причиной отказа от еды являлись галлюцинаторные или параноидные переживания. У 24,1% больных ограничения питания были обусловлены спектром различных сенесто-ипохондрических расстройств. У отдельных больных отказ от еды был обусловлен бредовыми идеями отравления или расстройствами из спектра малой кататонии. Проведенный анализ позволил разграничить “псевдоаноректические” и “аноректический” варианты патологического пищевого поведения и определить их дифференциально-диагностические критерии. В частности: 1) неожиданный полный отказ от пищи, как правило, сочетающийся с отказом от приема жидкости характерен для императивного галлюциноза; 2) отказ от еды или причудливая избирательность, не обусловленная ситуацией и видимыми внешними причинами, в сочетании с парадоксальностью поведения в целом и невозможностью объяснить свои поступки – при кататоническом синдроме; 3) избирательный отказ по отношению к лицу, имеющему непосредственное отношение к пище – при бреде отравления; 4) избирательный отказ по отношению к продуктам питания и способу приема пищи – при сенестоипохондрических расстройствах; 5) длительное ( $8,5 \pm 0,17$  мес.) ограничение калорийности с уменьшением объема порций, в сочетании с “аноректическим поведением” – при синдроме нервной анорексии. Результаты позволяют более дифференцированно подходить к вопросам ранней диагностики, прогноза, особенностям терапии и реабилитации больных, госпитализированных по витальным показаниям в связи с отказом от еды.

#### **НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ВОСПИТАННИКОВ ДЕТСКИХ ДОМОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ**

В. В. Ахметова, Н. В. Говорин, Т. П. Злова  
(Чита)

Многочисленными исследованиями доказано, что дети-сироты имеют худшие показатели раннего психомоторного развития и психического здоровья в целом по сравнению со сверстниками, воспитывающимися в семьях. При этом в структуре отклонений особое место занимают расстройства познавательной сферы психической деятельности (Проселкова М.Е., 1994; Данилова М.Ю., 2005 и др.).

Целью настоящего исследования стало изучение распространенности и структуры нарушений интеллекта у воспитанников детских домов г. Читы. Сплошным мето-

дом были обследованы 324 ребенка в возрасте от 4 до 18 лет. Анализ состояния психического здоровья обследуемых показал, что у большей части детей (83%) имеются психические и поведенческие расстройства, среди которых более половины составляют нарушения интеллекта (58%). В структуре последних значительно преобладают (92%) задержки психического развития (ЗПР) преимущественно смешанного (резидуально-органического и социального) генеза (по МКБ-10 F 06.7). У 8% воспитанников диагностирована легкая умственная отсталость (УО), связанная с перинатальным поражением ЦНС (F 70.08). Лишь у 2% обследованных выявлен чисто социальный генез когнитивных нарушений (т.н. педагогическая запущенность).

Отмечена прямая зависимость увеличения выраженности интеллектуального снижения от возраста: у детей дошкольного и младшего школьного возраста преобладают легкая и умеренная формы ЗПР детей, в препубертатном и пубертатном возрасте – выраженные ЗПР и интеллектуальный дефект. Гендерных различий в структуре когнитивных расстройств не выявлено.

Более чем у половины детей с ЗПР и УО диагностированы эмоционально-волевые нарушения и девиации поведения: патохарактерологические реакции, гиперактивное расстройство (F 90), нарушения поведения, специфичные для детского возраста (F 91) и употребление психоактивных веществ (F 10.1, F 18.1). Обращает на себя внимание высокая распространенность у обследуемых детей негрубых неврологических расстройств (резидуальная энцефалопатия, церебрастенический и гипертензионный синдромы, вегетососудистая дистония, минимальная мозговая дисфункция), что свидетельствует о роли органического фактора в генезе когнитивных нарушений.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о необходимости совершенствования мероприятий по профилактике и коррекции нарушений интеллекта у детей-сирот.

#### **МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ИССЛЕДОВАНИЮ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Е. Е. Балакирева, Л. П. Якупова,  
Г. А. Генералова  
(Москва)

Целью исследования являлось изучение мультифакторной модели нарушенного пищевого поведения (НПП) при разных нозологических формах заболевания. Проведен сравнительный клинико-психопатологический анализ структуры и разновидностей клинических проявлений НПП у больных не только с вялотекущими формами шизофрении (129 человек) и патологически протекающими пубертатными кризами (35 человек), но и у больных с соматогениями (42 пациента). Больные обследовались в общепедиатрической сети. Для оценки функ-

ционального состояния ЦНС проводилось количественное ЭЭГ-исследование.

Ранее нами было показано, что синдром нервной анорексии в детско-подростковом возрасте формируется в рамках различных симптомокомплексов, структура которых определяется этапом протекания заболевания, его динамикой, характером синтропии с другими психопатологическими расстройствами и процессом их редукции. Проведенное исследование при соматогениях, утяжелённых конверсионными, тревожно-фобическими и другими психическими расстройствами, а также при соматической патологии с ситуационно возникающими соматоформными расстройствами и при психореактивных состояниях выявило их явную клиническую неоднородность. В результате исследования НПП выделены группы больных с метаболическими нарушениями, а именно, с нарушенным обменом белка (“повышенным” или напряженным за счет эндогенной нагрузки; “сниженным” и “незавершенным”, как проявление эндогенной интоксикации), сниженным обменом липидов (гиполипидемия), гипокортицизмом (сниженным уровнем кортизона крови), гипокальциемией с сосудистой гипотонией, а также гиперфосфатурией со снижением энергетических потенциалов. Нейрофизиологические данные (дискриминантный анализ ЭЭГ) с высокой точностью позволил разделить группы больных и здоровых подростков по отдельным индивидуальным параметрам, что подтверждает существование изменений ЭЭГ при НПП, независимо от тяжести психосоматического состояния больных.

Результаты совместного ведения пациентов обосновывают необходимость присутствия психиатра в общепедиатрической сети для создания ступенчатой системы взаимодействия, как для раннего выявления НПП, так и для лечения больных с кахектическими проявлениями.

### **ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СДВГ**

Н. Н. Баширова, И. А. Зайцев  
(Брянск)

В настоящее время часто поднимается вопрос о гипердиагностике синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) в связи с проблемами дифференциальной диагностики СДВГ и других психических расстройств. Ведущим нарушением среди основных симптомов СДВГ считают дефицит внимания (Douglas V., 1972), хотя R.A.Barkley (1997) и предложил рассматривать СДВГ как нарушение произвольной саморегуляции. Все же не совсем корректно выделять такие формы как СДВГ/В – с преимущественным нарушением внимания, СДВГ/Г – с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

С нашей точки зрения, было бы правильнее определять ведущее нарушение при СДВГ как дефицит программирования, регуляции и контроля психической деятельности (дефицит контроля). Это связано с функцио-

нальной несформированностью лобных отделов мозга, что может быть как первичным, так и вторичным нарушением (Семенович А.В., 2002). В зависимости от преобладания дефицита контроля в той или иной сфере определяются формы СДВГ, которые нами были выделены ранее (Михейкина О.В., Баширова Н.Н., Зайцев И.А., 2006): преимущественно дизонтогенетическая – дефицит контроля в основном в двигательной активности (гиперактивность); преимущественно энцефалопатическая – гиперактивность в сочетании с выраженным дефицитом контроля в познавательной деятельности (дефицит внимания); смешанная (дизонтогенетически-энцефалопатическая) – в сочетании с выраженным дефицитом контроля в поведении и эмоциях (импульсивность).

Следует также отметить проблемы в использовании термина “импульсивность” для определения нарушений поведения и эмоций при СДВГ, т.к. термин имеет “психиатрическую отягощенность”. В отечественной психиатрии импульсивному подтипу (F 60.30) эмоционально неустойчивого расстройства личности соответствует возбуждаемая психопатия. При этом дети с СДВГ могут иметь личностные особенности как возбудимого, так и тормозимого круга. По нашему мнению, точнее использовать термин “непосредственность”, т.е. не опосредованное внутренним контролем поведение и эмоции. По крайней мере, при дифференциальной диагностике СДВГ и возбуждаемой психопатии необходимо разграничивать понимание импульсивности, поскольку оно имеет различную смысловую нагрузку.

Таким образом, лечение при СДВГ должно быть направлено на преодоление дефицита программирования, регуляции и контроля психической деятельности. Такой подход позволяет более эффективно проводить консультирование родителей по проблемам воспитания. Разработанная нами методика сказкотерапии (Баширова Н.Н., 2000), направленная на развитие осознанной саморегуляции, позволяет достигать устойчивых результатов в психологической коррекции детей с СДВГ.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМНОЙ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

М. А. Бебчук  
(Москва)

Изучались возможности системной семейной психотерапии в коррекции феномена уходов из дома психически больных девочек-подростков. Одной из задач являлась оценка эффективности проводимых мероприятий.

В исследование включены все семьи (192), в которых воспитываются девочки 7–15 лет, имеющие в анамнезе факт уходов из дома и госпитализированные в Детскую психиатрическую больницу № 6 г. Москвы в 2003–2006 гг. по поводу расстройств экзогенно-органического и психогенного происхождения. Все дети были

разделены по нозологической принадлежности на группы. Все семьи на основании случайной выборки распределялись на экспериментальную (87 семей, участвовавших в программе семейной психотерапии) и контрольную (105 семей, не включенных в психотерапию) группы.

Оценка эффективности семейной психотерапии проводилась по трем группам показателей: а) оценка динамики симптоматического поведения (прекращение, улучшение, без изменений, ухудшение) с точки зрения семьи и специалиста, б) оценка динамики уровня семейного функционирования глазами членов семьи и специалиста, в) количество повторных госпитализаций ребенка и средняя продолжительность пребывания его на больничной койке в год.

Контроль количества повторных госпитализаций и средней продолжительности пребывания на больничной койке проводился в течение двух лет после выписки из стационара. Мы исходили из того, что при уменьшении выраженности симптома или появлении у семьи новых способов реагирования на проблемы ребенка повторная госпитализация не происходит. У детей с экзогенно-органическим (нормальный интеллект) и психогенным типом расстройств наблюдалось уменьшение средней частоты госпитализаций и продолжительности пребывания на койке в экспериментальной группе по сравнению с контрольной (различия статистически достоверны). Для детей с низким интеллектом различия не являлись статистически достоверными.

Проведенное исследование показывает, что использование системной семейной психотерапии с активным включением родителей обеспечивает формирование у семьи необходимых ресурсов и является не только инструментом вторичной или третичной психопрофилактики, но и имеет отчетливый экономический эффект.

### РОДИТЕЛИ – ПАРТНЁРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ПРОБЛЕМАМИ РАЗВИТИЯ

С. Ю. Бенилова  
(Москва)

**Введение.** В современных условиях развития общества семья теряет свою значимость и нередко становится фактором риска, отрицательно воздействующим на развитие ребёнка. В связи с этим, семью необходимо рассматривать как один из факторов, влияющих на формирование развития. Нарушенные детско-родительские отношения влияют на течение специфических расстройств развития речи, замедляют формирование ВПФ, снижают когнитивные способности и мотивацию познавательной деятельности, способствуют дезадаптации в социуме.

**Цель исследования:** оценка влияния включения родителей как партнёров на результаты нейрореабилитации в группах: гр. 1 – дошкольники с системными на-

рушения развития речи (315 детей), гр. 2 – школьники с расстройствами школьных навыков (201), гр. 3 – школьники с нарушением активности внимания и поведения (179).

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в 2005–2009 гг. в ЦПРН. Наблюдалось 695 детей: 463 мальчика, 232 девочки; от 3 до 14 лет. Период наблюдения: 6–18 месяцев. Группа были разделена на две подгруппы: А – родители включены в коррекционный процесс как партнёры, Б – родители не включены. С пациентами работали: психиатр, невролог, нейропсихолог, психолог, логопед, психотерапевт. Используемые методы: клиническое наблюдение, психологический, психотерапевтический, нейропсихологический, логопедический, статистический. Данные верифицированы. Направления коррекции: занятия всех специалистов с опорой на работу с семьёй, согласованное взаимодействие специалистов, соблюдение принципов психотерапевтической поддержки семьи и коррекция детско-родительских отношений по системе “Особые дети – особое общение”.

**Результаты и выводы.** Результаты исследования статистически достоверно показали, что включение родителей как равноправных партнёров повышает эффективность нейрореабилитации: в гр. 1 положительная динамика отмечалась в 2,6 раз чаще, во 2 гр. – 2,2 раза, в 3 гр. – 9,4 раза.

### СЕМЬЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ФАКТОР ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Л. А. Бенько, Т. Н. Чижова, Т. С. Нохрина,  
Ю. В. Царненко, Е. В. Чернышева  
(Челябинск)

Актуальность изучения семейных взаимоотношений в генезе психических, психосоматических расстройств у детей не вызывает сомнений. При этом особо значимым затруднением для психотерапевта является сложность количественной обработки результатов диагностики и лечения. Проанализировано шестьдесят пять семей с детьми, имеющими психосоматические расстройства, выделены следующие закономерности. 1. Ригидность отношений, суженый круг разрешаемых стереотипных стандартов поведения, прежде всего, для ребёнка. 2. Высокий уровень “долженствования”, гипернормативности в семье: “Он (она) должен (а) хорошо (отлично) учиться”, и т.д. Откладывается всё, включая необходимый для здоровья отдых, не обращается внимания на реальные интересы и увлечения ребёнка. Снижается мотивационный компонент воздействия. 3. Закрытость семей. Такие семьи имеют чёткие границы, “стены”, отгораживающие членов семьи от внешнего мира. Это обусловлено, прежде всего, тревогой, “как бы что-нибудь не случилось”, боязнью новых встреч, разрушающих спокойствие родителей за здоровье и поведение

детей. 4. Тип воспитания, в основном, доминирующая гиперпротекция с фобией утраты. 5. Алекситимия в семьях с психосоматическими проблемами носит наследуемый из поколения в поколение паттерн. При любой незначительной соматической проблеме у ребёнка возникает растерянность и тревога. Из-за этого “почва” для возникновения депрессии с соматическими симптомами усиливается. 6. Высокая сопротивляемость родителей при психотерапевтическом воздействии на осознанном и неосознанном уровне: “Вылечите ребёнка, а я меняться не буду”. Это основная причина стойкости и трудностей лечения психосоматических расстройств.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

Н. А. Боброва  
(Москва)

Наблюдались дети младших классов школы-интерната У типа с тяжёлыми нарушениями речи, имеющие трудности обучения. Все дети демонстрировали трудности школьной социализации в виде нарушений коммуникации со сверстниками, нарушениях школьной дисциплины. В периоды умственной нагрузки, в ситуациях затруднения в большинстве случаев выявлено усиление недостаточности эмоционально-волевой сферы, сочетающейся с церебрastenическими проявлениями. Дети демонстрировали неусидчивость, отвлекаемость, обидчивость, тревожность, раздражительную слабость, конфликтность. Работоспособность и удержание в деятельности были снижены. При выполнении заданий во всех случаях отмечалось выраженное волнение, которое в 30% случаев сопровождалось двигательным возбуждением в виде отдельных гиперкинезов, либо общим двигательным беспокойством.

У всех детей диагностировалось резидуально-органическое поражение ЦНС, задержка речи, дисграфия, дислексия, высокий уровень тревожности, личностная незрелость, страх неудачи в деятельности. Общий показатель уровня интеллекта по шкале Векслера соответствует средней и сниженной норме, где уровень невербального интеллекта выше вербального.

Анализ семьи показал преобладание деформированных и неполных семей, низкую компетентность в воспитании ребёнка, нарушение стиля воспитания.

Клинико-анамнестические данные выявили наличие патологии беременности и родов. Все дети развивались с выраженной задержкой речевого развития. Детям проводилась медикаментозная и психокоррекционная терапия, в т.ч. семейная психокоррекция, а также проводились занятия с учителями и воспитателями. Наблюдение в динамике показало эффективность проводимых мероприятий в отношении детей со школьной дезадаптацией.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕВИАЦИЙ ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Ю. В. Боброва  
(Смоленск)

Девиации поведения являются актуальной проблемой психиатрии в силу распространенности среди подростков и частой антисоциальной направленности, а также наличия трудностей разграничения патологических и непатологических форм. Факторами, способствующими распространенности девиаций поведения, являются: низкий социальный статус, неполная семья, проживание в домах-интернатах.

С целью оценки эффективности психотерапии было обследовано 78 подростков 13–17 лет с нарушениями поведения, проживающих в доме-интернате в силу социального или биологического сиротства. Диагноз расстройств поведения устанавливался в соответствии с критериями МКБ – 10. Несоциализированное расстройство поведения выявлено у 51,6% подростков. Признаки социализированного расстройства поведения отмечены у 17,7% подростков. У 12,9% обследованных подростков выявлены признаки органического поражения головного мозга. у 17,7% подростков патологии поведения не наблюдалось.

Сравнительная оценка эффективности психотерапии обследуемым проводилась после сеансов эриксоновского гипноза (25 человек), телесно-ориентированной терапии (27 человек), нейро-лингвистического программирования (26 человек). Процент улучшения поведения в группах составил соответственно 64,0%, 59,3%, 61,5%.

Нами не выявлено достоверных отличий при сравнении эффективности различных психотерапевтических методов при лечении девиаций поведения.

Результаты проведенной работы еще раз подчеркивают эффективность применения психотерапии при девиациях поведения у подростков, а также целесообразность использования психотерапевтических методик различных направлений для лечения данной патологии.

### **АГРЕССИВНЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ**

Л. Е. Ложникова, Е. О. Бойко, О. Г. Зайцева,  
М. И. Агеев, В. А. Стрижев, Ю. А. Мыльникова  
(Краснодар)

Рост агрессивных тенденций в подростковой среде составляет одну из острых социальных проблем нашего общества. Определение реальных психологических причин агрессивности растущих детей, делает актуальными вопросы исследования агрессивных форм поведения.

Цель - изучить характер взаимосвязи умственного развития и агрессивности. Опросным методом провели диагностику мотивационной агрессии (методика Басса-Дарки). Обследовано 58 юношей (средний возраст 19, 64±1,38), 30 из которых – с верифицированным диагнозом

зом умственная отсталость легкой степени ( $F 70$ ), составили экспериментальную группу и 28 – без психических расстройств ( $Z 00.0$ ), составили контрольную группу.

Статистический анализ эмпирических данных выявил значимые различия в контрольной группе ( $p < 0,001$ ) по субшкалам “косвенная агрессия” и “подозрительность”. Эмоциональные реакции характеризуются не направленностью на кого-либо, вспыльчивость и недоверие к людям возникает из-за убеждения, что окружающие могут причинить вред. Агрессия как социальный феномен, являясь одним из факторов социализации, в данном случае проявляется как механизм самозащиты (доброкачественно-адаптивный вариант).

Показатели по субшкалам “физическая агрессия”, “раздражение” и “вербальная агрессия” более значимы в экспериментальной группе ( $p < 0,001$ ). Из этого следует, что эта группа лиц склонна проявлять свою агрессию в использовании физической силы, им присущи конфликты и активные реакции протеста, они находят решение проблем в проявлении агрессивных реакции, выражают свои негативные чувства в виде ссоры, криков, а также угроз, готовности к вспыльчивости, грубости, резкости, им свойственно решение вопросов с позиции силы. Среди видов агрессии доминируют словесные оскорбления, для большей части респондентов вербальная агрессия стала привычной частью их повседневной жизни. У обследуемых допризывников с умственной отсталостью агрессия проявляется в деструктивно – дезадаптивной форме.

Различия не имеют статистической значимости по шкалам “негативизм”, “обида” и “угрызение совести и чувства вины” ( $p > 0,05$ ), между контрольной и экспериментальной группами.

Таким образом, проведенное исследование позволило изучить характер взаимосвязи умственного развития и агрессивности, выявив две формы проявлений агрессивных реакций – “доброкачественно-адаптивную” у лиц без психических расстройств и “деструктивно – дезадаптивную” – у лиц с умственной отсталостью.

### **ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ СМЫСЛЫ КАК МИШЕНИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

О. А. Болотина, Е. В. Корень  
(Москва)

Личностно-ориентированный подход рассматривается в качестве важной составляющей психосоциальной реабилитации. Вместе с тем, экзистенциальные жизненные смыслы как мишени психосоциальной реабилитации в настоящее время остаются практически не исследованными в детской психиатрии. Согласно современным представлениям об экзистенциально-гуманистическом подходе, полагание смыслов и ценностей и есть про-

цесс самой жизни, где смысл рассматривается как динамическая многокомпонентная система, изменяющаяся под влиянием множества факторов и во многом определяющая ориентировку в окружающем человека обществе, отношение к миру и оценку происходящего.

В связи с очевидной необходимостью разработки и развития полипрофессиональных моделей помощи, основанных на биопсихосоциальном подходе, данный аспект представляется одним из ключевых, поскольку предполагает выдвигание на первый план гуманитарных аспектов существования личности в целом, с особым вниманием к морально-нравственным ценностям, что составляет базовую основу бытия и открывает возможности для системной мобилизации личностных ресурсов в преодолении психического расстройства и его последствий, достижения оптимального уровня социализации и обеспечения векторной направленности процессов психического развития детей и подростков.

Как показал анализ 68 случаев в контексте реализации полипрофессионального подхода у детей в возрасте 6–17 лет, для решения первоочередных задач лечения и психосоциальной реабилитации, с учетом комплексного характера проблем ребенка как личности, на первый план выходит разработка содержательной и методологической базы, отражающей смысловое единство бригадного метода, включая фокус на проблемах экзистенции конкретного ребенка.

Данный вид коррекции в структуре комплексной помощи, через этапы проживания опыта (дифференцирования и движения от чувства к чувству), наделенного эмпирическим смыслом, в процессе эмпатического взаимодействия в ходе совместных занятий позволяет выработать или скорректировать жизненные смыслы, стратегии, ценности и ориентиры, получить опыт позитивных жизненных изменений, понимания своих страхов, связанных с болезнью. И, как следствие, меняющееся содержание личности, включая аспект субъективного страдания, влияет на отношение ребенка к психической болезни и ее общую картину, и в ряде случаев непосредственно способствует нивелировке болезненных проявлений.

На этом фоне наблюдается усиление ресурсов психосоциальной адаптации ребенка через повышение качества его социальных навыков, формирование конструктивных копинг-стратегий, научение позитивным и конструктивным способам взаимодействия с окружающим миром, что и является одной из задач психосоциальной реабилитации с практическим выходом на активное участие в лечении, дестигматизацию, повышение мотивации к сотрудничеству и достижению более высокого уровня функционирования в значимых сферах жизнедеятельности. Таким образом, искаженные жизненные смыслы детей и подростков с психическими расстройствами должны быть мишенями психосоциальной реабилитации, как мишенью лечения является болезнь.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ  
С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО  
ДНЕВНОГО ПСИХИАТРИЧЕСКОГО  
СТАЦИОНАРА**

И. А. Бочарова, М. В. Злоказова, В. И. Багаев  
(Киров)

При анализе качества медицинской помощи, оказываемой в детском дневном психиатрическом стационаре (ДДПС) на базе общеобразовательных школ, было отмечено, что пациенты с пограничными психическими расстройствами, которым наряду с медикаментозным лечением оказывалась психотерапевтическая помощь, достигают более полноценной ремиссии.

В связи с этим в последние годы в ДДПС активно внедрялась психотерапия как патогенетический метод лечения. В 2009 году из 702 детей, прошедших курс лечения в ДДПС, 89,2% получили психотерапевтическую помощь. Среди них преобладали пациенты с расстройствами психологического развития (40,5%), эмоциональными и поведенческими расстройствами детского возраста (35,6%), невротическими расстройствами (10,1%) и др. Использовалась индивидуальная, групповая и семейная психотерапия, среднее число сеансов на одного пациента – 10. Чаще всего применялась групповая терапия, преимущественно когнитивно-поведенческого направления – до 80,1% случаев. При проведении индивидуальной терапии в 2009 году стали внедряться методики экзистенциально-гуманистического (6,2% случаев) и психодинамического (14,5%) направлений. Катамнестические данные пациентов, пролеченных в ДДПС, свидетельствуют о том, что наиболее эффективной была семейная психотерапия (21,3% случаев), которая способствовала нормализации внутрисемейных отношений и, как следствие, достижению полноценной ремиссии.

Таким образом, психотерапевтическое сопровождение пациента должно быть неотъемлемой частью лечения детей с пограничными психическими расстройствами.

**СВЕРХЦЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ У ЛИЦ  
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

Н. Н. Будаев  
(Москва)

У подростков встречаются широкий диапазон и различные клинические разновидности сверхценных образований от сверхценных идей неполноценности до сверхценных увлечений (“хобби западания”). Ведущее положение в структуре сверхценных переживаний принадлежит эмоциям в связи с незрелостью мыслительной сферы. В связи с этим наиболее адекватными терминами здесь являются “аффективные” сверхценные идеи или “сверхценные переживания”. Сверхценные переживания у подростков с психопатическими чертами возникают как психогенно (чаще при краевых психопатиях), так и

аутохтонно, но преимущественно их генез носит смешанный характер.

При психогенном генезе этого синдрома, сверхценные переживания проделывают этапы связанные с внутренней переработкой травмирующих обстоятельств; формирования самих сверхценных идей и этап каких-либо действий вовне, не всегда соответствующих вызвавшей причине.

В тех случаях, когда сверхценные переживания как бы вытекают из свойств психопатической личности, которой, в целом, свойственны различной степени выраженности тенденции к сверхценности, связь со стеническим радикалом личности может оказаться отчётливой (активные истерические фантасты, возбудимые со склонностью к застойному аффекту), но может и отсутствовать.

В ряде случаев сверхценные переживания близко стоят к естественным переживаниям лиц, ущемлённых в своих правах, и занимая центральное положение в сознании больных, не содержат в себе грубых психопатологических проявлений. У других больных сверхценные идеи настолько чётко очерчены и занимают настолько доминирующее положение в сознании больных, что характеризуют собой патологические состояния.

Раз возникнув, сверхценные идеи длительны, склонны к ассоциированию с новыми переживаниями и систематизации, не имеют тенденции к обратному развитию.

Как выражение дисгармоничной психики, они могут быть связаны с паралогическим мышлением, резонерством, наиболее часто возникают у паранойяльных, эпилептоидных, психастенических, психопатических личностей.

Подводя итог, исследуя разные трактовки данного понятия, мы можем сказать что подростковый возраст наиболее уязвим к подобного рода феноменам. Коррекционная и психотерапевтическая работа должна проводиться с учётом дифференцированного диагноза, в первую очередь рекомендуется использовать психодинамическую психотерапию, поведенческую психотерапию и фармакотерапию.

**ЛИЧНОСТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ,  
НАПРАВЛЕННОСТЬ И АДАПТИВНЫЕ  
РЕСУРСЫ У МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ  
ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ**

И. С. Быкова, И. В. Краснощекова  
(Оренбург)

Совершенствование системы реабилитации и социальной адаптации семей, имеющих детей с отклонениями в развитии требует дальнейшего исследования факторов, воздействие на которые может повысить эффективность психологической коррекции и терапии. Целью исследования являлись ведущие личностные характеристики, виды психологических защит, копинг – ресурсы, а также ценностные и смысложизненные ориентации мате-



рей, имеющих детей с отклоняющимся развитием. Экспериментальную группу составили 96 матерей детей дошкольного возраста, проходивших лечение в детской психоневрологической больнице с диагнозами УО, ЗПР, ДЦП. Проведенное исследование подтвердило выдвинутую нами гипотезу, о том, что матери экспериментальной группы имеют более дезадаптивные показатели исследуемых параметров. У них достоверно чаще встречаются такие личностные характеристики как замкнутость, озабоченность, тревожность, подозрительность, что возможно является результатом воздействия длительной психотравмирующей ситуации и социальной изоляции вследствие направленности внимания на больного ребенка. При исследовании копинг-поведения установлено, что матери больных детей чаще используют относительно адаптивные и неадаптивные стратегии ( $p < 0,01$ ). Выраженность психологически защитного поведения была также выше в экспериментальной группе. Исследования направленности личности с использованием методики СЖО выявило тенденцию к снижению показателей по всем шкалам в экспериментальной группе, что свидетельствует о неуверенности в своих силах и способности контролировать свою жизнь, неудовлетворенности жизнью. Матери детей с отклонениями в развитии редко имеют возможность уделять внимание своему психологическому состоянию и заботиться о собственном психическом здоровье, поэтому целесообразно организовать адресную психологическую помощь матерям во время лечения, абилитации и реабилитации больного ребенка в условиях детского стационара или реабилитационного центра.

#### **РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ В ПРОЦЕССЕ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ**

И. Н. Вакула, М. В. Шелудько  
(Краснодар)

На 01.01.10 г. детское население Краснодарского края составляет 805837 человек (до 15 лет включительно). Под наблюдением детских психиатров находятся 749 (585 мальчиков и 164 девочки) детей с аутизмом, синдромом аутизма, аутистическиподобными расстройствами, т.е. распространенность составляет 9,0 на 10 000 детского населения. Соотношение девочек и мальчиков: 1: 3,5. Из общего числа 42% составляют дети со значительным снижением интеллекта (IQ ниже 60 баллов). В связи с выраженной социальной дезадаптацией до 95% детей-аутистов получают пенсионное пособие как инвалиды с детства.

Наиболее благоприятно реабилитированы 287 детей (около 38%). 146 из них посещают дошкольные и 141 школьные образовательные учреждения. 30 человек обучаются по общеобразовательной программе, 23 – по VII виду и 88 по VIII виду. Обладающие достаточным опытом детские психиатры, часто диагностируют рас-

стройства аутистического спектра в возрасте еще до 3 лет. В регистре таких детей 35 детей, треть из них посещают ДДУ.

Все дети, с согласия родителей, наблюдаются у детских психиатров по месту жительства и консультируются у краевых детских психиатров.

В образовательных учреждениях проводится психолого-педагогическая коррекция, но практически отсутствуют специалисты, подготовленные к работе именно с аутистами. Адекватный подход к проведению психологической коррекции не выработан. Проблема усугубляется закрытием начальной школы в центре аутистов в 2009 году и сокращением штатов психологов и логопедов.

Принцип раннего внедрения (“интервенции”) признан во многих странах, где осуществляется ранняя диагностика аутизма, психолого-логопедо-педагогическая коррекция и психофармакотерапия. Необходимость “интервенции” должны понимать и реализовывать все участники процесса реабилитации каждого ребенка с аутизмом: лечащий врач, психолог, логопед, педагог и, прежде всего, родители ребенка. Именно родители способны помочь воплотить в жизнь и защитить систему реабилитации, во многом уже сформированную, от равнодушия чиновников. В марте 2010 года в Краснодарском крае создана общественная организация родителей детей с аутизмом “Солнце – детям дождя”.

#### **МЕТОДОЛОГИЯ ПРОЕКТИРОВАНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ДЕТЕЙ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

Н. В. Вострокнутов  
(Москва)

Опыт работы с социально дезадаптированными детьми показал необходимость разработки психокоррекционных программ для этой группы детей риска на основе биопсихосоциальной парадигмы развития психических расстройств. При проектировании программ используется модульный принцип со следующим алгоритмом операций: 1. анализ социальной ситуации развития ребенка с выделением ведущей сферы конфликта (семейная, школьная, коммуникативная, учебно-профессиональная, сфера социальных институтов – КДН, отделения профилактики правонарушений несовершеннолетних) и типа конфликта (фрустрационный, межличностный, конфликт кризисов возрастного развития, кризисный конфликт как воздействие стрессов или трудных жизненных обстоятельств); 2. анализ структуры личности с оценкой реабилитационного потенциала социально дезадаптированного ребенка с проблемным поведением; 3. выделение базовых объектов психокоррекционной работы с подбором программы, включающей соответствующие модули.

Базовые объекты психокоррекционной работы: интеллектуально-мнестические расстройства на астенической почве дизонтогенетического или энцефалопатического генеза; комплекс эмоционально-личностных нарушений; комплексы «иррациональных идей», связанных с основным типом эмоционально-личностного реагирования; устойчивые паттерны поведения (тревожно-избегающий, агрессивный, аутоагрессивный, анорексически-булимический, аддиктивный типы). Каждая психокоррекционная программа включает следующие модули: информационный модуль, ориентированный на формирование устойчивой мотивации к работе по программе; релаксационный блок; блок эмоционально-когнитивного переструктурирования и блок формирования и закрепления устойчивых адаптивных реакций на проблемные ситуации. Психокоррекционные программы углублялись реабилитационной работой по следующим направлениям: реабилитация при компенсации клинически очерченных патологических состояний; реабилитация при устойчивых формах девиантного поведения; реабилитация, включенная в профилактику употребления ПАВ и школьной дезадаптации. Опыт реализации дифференцированных программ психокоррекции показал, что они являются существенной альтернативой психофармакологическому подходу при эмоционально-поведенческих расстройствах в подростковом возрасте с проблемным поведением.

#### НАРУШЕНИЕ ПОВЕДЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Л. Ш. Гаммацаева, Н. Р. Моллаева,  
Н. А. Алибекова  
(Махачкала)

Наблюдался 21 ребенок (10 мальчиков и 11 девочек), в возрасте от 7 до 15 лет (средний возраст –  $13,2 \pm 1,3$  лет), госпитализированный в детское отделение НЦПЗ РАМН. Применялись клинический и клинко-патологический методы.

Критерии включения в исследование:

- соответствие клинической картины заболевания критериям шизотипического расстройства;
- преобладание в клинической картине заболевания психопатологических нарушений, соответствующих критериям «нарушения поведения» или «смешанное расстройство поведения и эмоций»;
- длительность существования в клинической картине указанных расстройств – от 1 до 2 лет.

Аффективный вариант нарушений поведения формировался на начальных этапах развития шизофренического процесса в рамках т.н. вялотекущей «циклотимоподобной» и «истероформной» шизофрении, а также малопрогрессирующей шизофрении с течением по типу атипичного пубертатного приступа. Дефицитарные изменения проявлялись в виде парциального психического инфантилизма.

Нарушения поведения по «аффективному типу» выявились в 3-х возрастных подгруппах. В период возрастного криза (7–8 лет) формировались патологические влечения (пиромания, воровство, влечения, близкие к агрессивно-садистским). При этом, уже с раннего возраста отмечались соматоформные расстройства, головные боли, негативизм, амбивалентность. В раннем пубертатном возрасте выявлялось сочетание оппозиционности со склонностью к примитивным и импульсивным аффективным разрядам. Имели место угрозы уйти из дома.

Пациенты госпитализировались в период отчетливого обострения заболевания, в структуре которого определялись расстройства сенесто-ипохондрического круга и обсессивно-фобические расстройства, сближавшиеся со сверхценными идеями. На первый план начинали выступать нарушения поведения с проявлениями агрессии, ранее не свойственные пациентам.

#### К ВОПРОСУ О ФАРМАКОТЕРАПИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ

Р. Ф. Гасанов  
(Санкт-Петербург)

Проблема повышения эффективности терапии у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) привела к созданию ряда препаратов самых разнообразных фармакологических групп. Однако примерно в 30% случаев встречаются пациенты, не откликающиеся на практически все известные препараты, направленные на терапию СДВГ. Подавляющее большинство выделенной группы больных имеют признаки (клинические, параклинические) резидуально-органического поражения головного мозга, где центральное место занимают последствия гипоксического процесса.

В этих случаях обнадеживающие результаты сулит использование цитофлавина. Цитофлавин, включающий в свой состав метаболиты (янтарная кислота, рибоксин) и коферменты витаминов (рибофлавин мононуклеотид, никотинамид), обеспечивает метаболическую энергокоррекцию и антигипоксическую/антиоксидантную активность. Цитофлавин в таблетированной форме назначался детям 6–10 лет. В исследовании участвовало 26 человек (20 мальчиков, 6 девочек). Группа пациентов, принимавших цитофлавин, была составлена из тех, которым назначалась прежде разнообразная терапия без значимого эффекта. Детям 6–7 лет препарат назначался в дозе 1 таб./сут, детям 8–10 лет – по 1 таб. 2 раза/сут. Продолжительность курса лечения составляла 3 месяца. 20 человек из 26 принимали ранее страттеру без клинического эффекта.

По окончании курса лечения ни у одного из 26 человек не отмечались какие-либо побочные эффекты. У 21 ребенка отмечалось выраженное снижение симптомов астенического синдрома комплекса, улучшение концентрации внимания, снижение раздражительности, улучшение качества взаимоотношений со сверстниками. В 6 случаях (2 девочки, 4 мальчика) прием препарата не привел к

выраженной положительной клинической динамике, однако и в этих случаях наблюдалось улучшение работоспособности, что подтверждалось как результатами работы в школе, так и наблюдениями учителей и родителей.

Возможно, развивая данное направление терапии синдрома дефицита внимания, следует использовать цитофлавин в комбинированной терапии, учитывая полиэтиологичность данного расстройства и высокий удельный вес резидуальной органики.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ**

М. А. Генгер  
(Москва)

В литературе, посвященной детско-родительским отношениям, подробно описаны различные их виды и свойственные им особенности; на сегодняшний день изучены факторы, влияющие на формирование данных особенностей (личность родителей и т.д.); рассмотрено влияние различных видов детско-родительских отношений на особенности развития личности детей (автономию и индивидуацию и т.д.). Однако, проблему представляет само определение понятия детско-родительских отношений.

Воспитание ребенка предполагает субъект-объектные отношения, где ребенок является объектом воздействия родителя. Детско-родительские отношения можно определить как процесс взаимодействия родителей и детей, характеризующийся следующими параметрами: 1) Эмоциональный: характер эмоциональных связей (принятие/отвержение и т.д.); 2) Когнитивный: динамичность воспитательной установки родителя (гибкость/ригидность и т.д.); 3) Поведенческий: уровень удовлетворения потребностей ребенка (потворствование/игнорирование); уровень контроля (требовательность/отсутствие требований) и т.д. Целью этого процесса должно являться гармоничное развитие личности ребенка.

Обобщив проанализированную литературу, можно выделить гармоничные и негармоничные типы детско-родительских отношений. К гармоничным относится авторитетный вид детско-родительских отношений; к негармоничным – сверхопекающий (воспитание “к культуре болезни”, воспитание по типу “кумира”, симбиоз и др. подвиды); авторитарный (воспитание по типу “Золушки”, жестокость, повышенная моральная ответственность и др. подвиды); противоречивый (неустойчивый, противоречия в воспитательных установках отца и матери) и попустительский вид детско-родительских отношений.

### **ФАРМАКОТЕРАПИЯ “СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ”**

В. В. Глущенко, В. Н. Яковлев  
(Великий Новгород)

Конкретно-практический подход, применяемый в психиатрии обуславливает необходимость определения кри-

териев, по которым следует оценивать оптимальный уровень эффективности фармакотерапии. Принципиальным является возможность качественной и количественной характеристики в единой системе измерения. Проведен сравнительный анализ эффективности применения ноотропов, нейролептиков, антидепрессантов у 84 подростков 12–16 лет с СДВГ. Выявлена положительная динамика угасания чрезмерной подвижности на фоне приема нейролептиков, но с увеличением дискоординацией движений, интактно оставалась когнитивная дисфункция. При применении ноотропов улучшалось когнитивное функционирование, но усиливалась чрезмерная подвижность и суетливость. Антидепрессанты проявили сбалансированную эффективность на компоненты СДВГ, а именно моторно-наблюдаемая деятельность приобрела целенаправленный характер, а субъективно-когнитивный компонент по объективным характеристикам достоверно улучшился. Так, динамика психофизиологического состояния складывалась из увеличения скорости переработки информации, показателя, косвенно характеризующего функциональную подвижность и скоростные параметры принятия решения, подтверждено тестом Ландольта (от  $0,69 \pm 0,06$  до  $0,86 \pm 0,07$ ). Отмечено увеличение уровня продуктивности, т.е. количество работы (информации), выполненной (переработанной) в единицу времени, что отражает ускорение протекания мыслительных процессов (от  $64,80 \pm 4,65$  до  $88,07 \pm 6,89$ ). В подгруппе, получавшей ноотропы, продуктивность возрастала преимущественно за счет увеличения скорости обработки зрительной информации в единицу времени (количественный показатель увеличения функциональной подвижности нервных процессов), в подгруппах, принимавших антидепрессанты – за счет увеличения концентрации внимания, что отражает показатель увеличения точности выполнения корректурной пробы (качественный показатель работы) от  $0,74 \pm 0,03$  до  $0,86 \pm 0,02$  при  $p < 0,05$  относительно плацебо. Актуальное эмоциональное состояние достоверно улучшалось по шкале депрессии и шкале Спилбергера-Ханина в группах, получавших антидепрессанты и нейролептики с антидепрессивным эффектом ( $p < 0,05$  относительно показателей до лечения). Итак, рекомендуется применение антидепрессантов как оптимально эффективных и селективных по действию при восстановлении баланса когнитивного, аффективного и моторно-наблюдаемого компонента при лечении СДВГ.

### **КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**

В. В. Глущенко, В. Н. Яковлев  
(Великий Новгород)

Специфика терапевтических подходов в детской и подростковой психиатрии предполагает принцип мультимодальности, когда интеграция информации проводится в разных аспектах плоскости данных, а субъективные ха-

рактические психологические феномены сопоставляются с объективными физическими параметрами и механизмами, например биоэлектrogenеза. Так, клиническая картина “синдрома дефицита внимания с гиперактивностью” (СДВГ) предполагает помимо отсутствия целенаправленного внимания с невозможностью привлечь пациента к необходимой деятельности еще и чрезмерную подвижность с дискоординацией движений. В нашем исследовании из 238 детей 12–16 лет подобная клиническая картина дифференцировалась по следующим патогенетическим формам, а именно: нозологическая форма СДВГ (F90 по МКБ-10) – 27%; синдромологическая форма (при специфическом расстройстве развития моторной функции – 18%; при тревожно-депрессивных состояниях – 21%); соматогенные формы при физических расстройствах (нарушения слуха, зрения, эндокринопатии) – 6%; поведенческие формы при проблемах воспитания (раздел Z 55- Z 73 по МКБ-10) – 23%; эндоформные варианты при психотических расстройствах – 1%; лекарственно обусловленный синдром – 4%. В результате патопсихологического обследования (методика М.Люшера, шкала депрессии и тест Спилбергера-Ханина) выявлен общий депрессивно-тревожный радикал, на фоне которого нарушался регуляторный механизм психической активности, что верифицировалось электроэнцефалографическим методом (ЭЭГ). Так, по данным спектрального анализа показателей ЭЭГ отмечался двухмодальный альфа ритм частотой 10–11 Гц с усилением мощности спектра альфа ритма в лобно-центральных отведениях. Назначение фармакотерапии проводилось в зависимости от структуры психопатологических расстройств со сравнительным анализом эффективности психостимуляторов, нейролептиков, антидепрессантов. В результате исследования отмечена эффективность антидепрессантов по оптимальному балансу клинко-психопатологической динамики, верифицированной данными ЭЭГ и по элективности воздействия. Длительность и непрерывность терапии с учетом полиморфизма триггерных факторов (нозогенных, соматогенных, социальных) предлагается не менее двух месяцев.

#### **ОЦЕНКА АНОМАЛЬНОЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ, СОПУТСТВУЮЩЕЙ АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ПОДРОСТКОВ**

В. А. Голышева, А. А. Андрусенко,  
И. А. Кузнецов, И. Ф. Обросов  
(Пермь)

Социальное окружение ребёнка, наряду с биологическими факторами, оказывает существенное влияние на его развитие и психическое здоровье. В современных условиях отмечается рост численности детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Являясь группой риска развития социальных девиаций эти дети заслуживают специального изучения.

Патобиографически обследовано 40 подростков (14–17 лет), госпитализированных в детско-подростковое

отделение Пермской краевой клинической наркологической больницы. Подростки (9 девочек и 31 мальчик) были направлены в стационар в связи с злоупотреблением алкоголем, летучими растворителями или полисубстантным потреблением ПАВ.

Выявлено, что все дети явились выходцами из неблагополучных семей (аномальные отношения в семье, аномальные качества воспитания; психические расстройства и отклонения; неблагоприятные события жизни). Подростки, проживающие вне семьи, воспитывались в детских домах и школах-интернатах или направлялись на обследование из социально-реабилитационных центров. Часть обследуемых воспитывалась в патронатных семьях, где не складывались взаимоотношения. Выделено две группы детей, лишенных попечения родителей: оставшиеся без родителей (17 человек) и социальные сироты (23 человека). Дети первой группы остались без попечения единственного или обоих родителей, в связи с их отсутствием или лишением родительских прав, ограничением в правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными, объявлением их умершими, отбыванием ими наказания в местах лишения свободы, отказом родителей взять своих детей из воспитательных учреждений и учреждений социальной защиты. Для родителей второй группы было свойственно: уклонение от воспитания, защиты прав и интересов детей; ненадлежащее исполнение обязанностей по их воспитанию, обучению и содержанию; жестокое обращение с детьми; злоупотребление спиртными напитками и противоправное поведение.

Таким образом, раннему формированию химической зависимости предшествуют факторы семейной дезадаптации. Это диктует необходимость оказания системной адресной психопрофилактической, консультативно-диагностической, психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи детям, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах, и их родителям.

#### **КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОБИЙ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Е. А. Гордеева, Э. Л. Казанцева  
(Москва)

Для выявления клинко-нозологических особенностей фобий у детей и подростков было обследовано 76 госпитализированных больных в возрасте от 4 до 17 лет, у которых фобии занимали ведущее положение в клинической картине расстройства. Фобические расстройства у детей и подростков в одних случаях имели невротическую природу (49%), а в других развивались в рамках шизотипического расстройства (51%). При невротических фобических расстройствах выявлены хронологические и содержательные связи со стрессовой ситуацией. Страхи в большинстве случаев носили навязчивый, а не сверхценный характер. Защитные действия

были “спаяны” со страхами, составляли с ними единое целое. Социальная дезадаптация при невротических фобиях была парциальна и коррелировала с ними по тяжести. У большинства больных шизотипическим расстройством фобии обладали значительным клиническим сходством с невротическими страхами. Диагноз шизотипического расстройства, в таких случаях, основывался на выявлении характерных для шизотипии нарушений мышления, эмоций, воли, поведения и продуктивных расстройств. Клинические особенности фобий, указывавшие на их шизотипическое происхождение, выявлены у меньшей части больных. Фобическая симптоматика у них была представлена в основном сверхценными, а не навязчивыми, страхами. Фобии чаще носили беспредметный характер, быстро генерализовывались, “обрастали” идеаторными навязчивостями (близкими к психическим автоматизмам) и ритуалами, сопровождалась более глубокой школьной и семейной дезадаптацией.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

*А. В. Горюнов*

(Москва)

Согласно традиционным взглядам отечественной психиатрии, среди расстройств шизофренического спектра в детском возрасте преобладают вялотекущие формы шизофрении. В МКБ 10 вялотекущая шизофрения соответствует рубрике шизотипическое расстройство (F21), с выделением психопатоподобного (F21.3), неврозоподобного вариантов (F21.4), латентной, “бедной симптомами” шизофренией (F21.5), шизотипического личностного расстройства F 21.8. В отдел по изучению проблем детской психиатрии НЦПЗ РАМН за 5 лет (2004–2008 гг.) на стационарное лечение поступило 214 человек с диагнозом шизотипическое расстройство в возрасте от 7 до 16 лет, что составило 34% от общего числа. Из них диагноз шизотипическое расстройство, неврозоподобная форма был установлен у 79 чел. (37%), психопатоподобная у 97 чел.(45%), бедная симптомами у 7 чел. (3%), шизотипическое личностное расстройство 31 чел. (15%). Ретроспективный и проспективный анализ изучаемой группы показал отсутствие четких “осевых” проявлений шизотипического расстройства. По мере взросления отмечалась смена доминирующей в клинической картине симптоматики, особенно в кризовые возрастные периоды, а также изменение темпа прогрессивности, что приводило к смене установленного варианта ШТР. Неврозоподобная симптоматика, доминировавшая в клинической картине в детском возрасте, к началу пубертатного возраста в 27% наблюдений сменялась или закрывалась (34%) психопатоподобными расстройствами. Более чем в трети случаев после ряда обострений с доминированием неврозоподобной или психопатоподобной симптоматики начинали пре-

обладать негативные симптомы с усилением патологии влечений либо постепенно приближая клиническую картину к так называемой “бедной симптомами” шизофрении с формированием отчетливого, но неглубокого личностного дефекта. По варианту течения преимущественным являлось сочетание обострений с непрерывным вялым течением. Следует отметить, что по мере взросления происходит видоизменение форм вялотекущей шизофрении, за счет изменения течения, нарастания прогрессивности, процессуальной трансформации психопатологических симптомокомплексов, на фоне уменьшающегося влияния эволютивной динамики и повышения социальных требований.

#### **СЕНСОМОТОРНАЯ КОРРЕКЦИЯ С ДЕТЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*Т. Г. Горячева*

(Москва)

У аутичных детей нарушение развития моторики отмечается уже на первом году жизни и проявляется в задержке формирования двигательных навыков и наличии двигательных стереотипий. Ввиду недостаточности моторной сферы, а именно низших ее уровней сенсомоторная коррекция является эффективным методом в адаптации детей с нарушениями аутистического спектра. Воздействие коррекционных упражнений на глубинные отделы головного мозга приводит к последовательной активации, иерархически вышестоящих структур, которые в свою очередь запускают развитие тех или иных психических функций.

Сенсомоторная коррекция направлена на восстановление онтогенетически заданного вектора формирования ВПФ посредством реконструкции неправильно сформированной функции. Эффект нейропсихологической коррекции заключается в возврате к экстериоризированному, внешнему, по форме и опосредованному по структуре ВПФ и к развернутому характеру их протекания в предметной деятельности. Это обеспечивает обоснованную возможность заново сконструировать несформированную или нарушенную ВПФ сначала во внешней, материальной форме, а затем постепенно автоматизировать и перевести на другой уровень. Коррекция осуществляется при помощи комплекса упражнений, направленных на изменение привычного паттерна в функции предыдущей от нарушенной ступени и идет по нескольким направлениям, т.е. направлена на те виды психической деятельности, которые являются “дефицитарными”.

Таким образом, первоначально работа с аутичными детьми должна идти через развитие моторики. Во-первых, потому что моторная сфера входит в комплекс нарушений, во-вторых, является наиболее доступной, а в-третьих, моторика является необходимой составляющей практически всех психических функций.

**РОЛЬ ШКОЛЬНОЙ НЕУСПЕВАЕМОСТИ  
В ВОЗНИКНОВЕНИИ НАРУШЕНИЙ  
ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

И. В. Гранкина

*(Омск)*

Наиболее частой причиной госпитализации в детское отделение психиатрической больницы г. Омска являются нарушения поведения, которые встречаются в рамках различных форм психических расстройств. Громадную роль в возникновении нарушений поведения играет школьная неуспеваемость.

В нашем исследовании был прослежен процесс формирования личности, характера неуспевающих по школьным программам детей. Длительные трудности в усвоении школьной программы у исследуемой категории пациентов были обусловлены органической патологией ЦНС. Недостаточная продуктивность во время обучения была вызвана нарушениями памяти, речи, повышенной утомляемостью, медлительностью, эмоционально-волевой слабостью. Неуспехи ребенка в обучении приводят к негативному отношению родителей и учителей к детям, что приводит к возникновению ответных нарушений поведения. Наиболее яркой вторичной реакцией ребёнка на неспособность к усвоению школьного материала является формирование негативного отношения к учебе, исчезает познавательная потребность, затем устанавливаются устойчиво-конфликтные отношения с педагогом, развивается стойкая школьная и социальная дезадаптация, что в конечном итоге приводит к госпитализации в психиатрический стационар.

Если за нарушениями поведения скрываются признаки психического заболевания, роль лекарственной терапии становится ведущей, а воспитательно-педагогической работы вспомогательной. Совмещение возможности лечения и обучения в стационаре повышает эффективность терапии, облегчает школьную адаптацию пациентов при выписке. Медикаментозная терапия должна проводиться ноотропами, витаминами, дегидратирующими средствами, при необходимости назначаются корректоры поведения. Специалистами отделения большое внимание уделяется правильной организации деятельности – дозирование учебной нагрузки, смена вида занятий с учетом индивидуальных возможностей и психопатологического состояния пациентов.

Таким образом, одной из важнейших мер профилактики отклоняющегося поведения у детей является профилактика школьной неуспешности, что позволяет уменьшить число правонарушений среди тех детей, у которых асоциальное поведение связано с проблемами обучения в школе.

**ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ СДВГ У ДЕТЕЙ**

Л. Ю. Данилова

*(Москва)*

Синдром СДВГ является частым проявлением психической патологии у детей. Известны две гипотезы его

происхождения: нажитая в раннем возрасте недостаточность ЦНС и генетическая предрасположенность. В любом случае патогенез состоит в нарушении обмена дофамина с дисфункцией переднего и заднего ассоциативных центров. Возникает вопрос о возможности сочетанной патологии, базирующейся на сходном изменении нейромедиаторных процессов и зоне локализации корковых и корково-подкорковых связей. Обследованы 70 пациентов 4–14 лет с диагнозом СДВГ. 47 детей (67%) попали к психиатру после 3 месяцев – 5 лет наблюдения у психолога (часто не медицинского профиля), логопеда, невролога. Чистая форма СДВГ в виде расторможенности, импульсивности и нарушений внимания диагностирована у 22 детей (31%). Патохарактерологические изменения со стойким нарушением межперсональных отношений выявлялись у 47 человек (67%); у детей они имели вид вызывающего оппозиционного расстройства с негативизмом к регламентным требованиям и провокативностью действий, а у подростков – социализированного расстройства поведения с частыми диссоциальными эпизодами в группе сверстников. Фазные или хронические аффективные расстройства, близкие к конституциональным расстройствам, в виде эйфории и/или дисфории у детей, а у подростков ещё и тревожности наблюдались у 28 пациентов (40%). Преходящие навязчивые действия и тики регистрировались у 5 (7%), энурез – у 8 (11%), заикание – у 4 человек (6%), составляя группу невротических/неврозоподобных расстройств. Коморбидность СДВГ затрудняет своевременную диагностику и адекватную терапию.

**МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ  
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ПОДРОСТКОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ  
ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Н. В. Данилова, В. В. Колягин

*(Иркутск)*

Обследовано 97 пациентов в возрасте от 12 до 15 лет. Из них 44 подростка поступили в отделение из различных государственных воспитательных учреждений и органов опеки, 53 пациента проживают в семьях. Девиантное поведение обследованных подростков проявлялось в виде пропусков и отказов от посещения школы, уходов из дома, агрессии к окружающим, правонарушений, нарушений влечения (алкоголизм, токсикомания, употребление каннабиоидов, влечения к компьютерным играм). У 47% подростков отмечено недоразвитие в когнитивной сфере соответствующее пограничной интеллектуальной недостаточности. Выявляется зависимость эффекта терапии от социально-бытовых условий (проживания ребенка в семье или в госучреждении опеки) и ведущих психопатологических синдромов. Наилучший эффект от лечения отмечен у пациентов, поступающих из социально-благополучных семей, в том, случае, если отклоняющееся поведение формируется как реакция

ухода в ответ на неудачи в учебной деятельности или коммуникациях со сверстниками, и связано с проявлениями резидуальной церебральной недостаточности. Улучшение отмечается в виде снижения аффективной возбудимости, выравнивания настроения, повышения работоспособности и способности к концентрации внимания, редукции церебрастенической симптоматики. Среди пациентов, девиантное поведение которых обусловлено формирующимся расстройством личности, медикаментозная терапия корректорами поведения дает кратковременный положительный эффект во время пребывания пациентов в стационаре в виде внешней упорядоченности в поведении с последующим возвращением к прежнему образу жизни после выписки.

### **БОЛЕЗНЕННЫЕ ХОББИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ В ДЕТСТВЕ И ОТРОЧЕСТВЕ**

Р. В. Дейч  
(Москва)

Для изучения клинико-динамических особенностей аномальных интересов и их влияния на социальную адаптацию детей и подростков обследовано 62 стационарных больных в возрасте от 5 до 16 лет. Они характеризовались: 1) напряженностью и ригидностью интересов; 2) однобокостью содержания; 3) низкой продуктивностью; 4) коморбидностью с другими психическими расстройствами; 5) дезадаптирующим влиянием. Патологические хобби отмечались как при расстройствах “шизофренического спектра” (76%): шизофрении, шизотипическом расстройстве, шизоидном расстройстве личности, так и при психических заболеваниях иной природы (24%): органическом поражении головного мозга, легкой умственной отсталости, расстройстве личности по диссоциальному, истероидному типу. Выделено 3 клинических варианта патологических увлечений: односторонние, сверхценные и сверхценно-бредовые. Выявлено 2 типа течения (непрерывный, приступообразный), а также 3 варианта прогрессивности (стационарный, прогрессирующий и регрессирующий). В 97% наблюдений патологические увлечения сопровождались нарушением социальной адаптации детей и подростков. При односторонних хобби дезадаптация проявлялась отчужденностью, конфликтностью с родными. При сверхценном варианте, расстройства поведения носили более грубый характер с нарушением школьной успеваемости, включением асоциальных (уходы из дома, воровство), агрессивных или аутоагрессивных (самоповреждения, суицидальный шантаж) проявлений. Наибольшее дезадаптирующее влияние, включая многократное стационарирование больных в психиатрический стационар, отказ от обучения, ограничения способности к самообслуживанию обнаружили болезненные увлечения сверхценно-бредовой группы.

### **ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: АНАЛИЗ ПОЗИЦИИ РОДИТЕЛЕЙ ПО ОТНОШЕНИЮ К РАЗЛИЧНЫМ ВИДАМ ПОМОЩИ**

А. О. Дробинская  
(Москва)

В психосоциальной реабилитации (ПСР) детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) большой удельный вес приходится на работу с семьей. Включенность родителей в осуществление ПСР во многом определяет конечный результат большинства видов лечебно-реабилитационного воздействия.

Было проведено исследование запроса и ожиданий родителей на различные виды помощи (психосоциальной, психокоррекционной, медикаментозной и педагогической) в структуре ПСР. В исследовании приняли участие 97 родителей 54 детей 3–7 лет с диагнозами детский аутизм (18) и атипичный аутизм (36). Использовались методики структурированного интервью и целенаправленной беседы, выявляющие осознание родителем имеющихся в развитии ребенка проблем, актуализированные копинг-механизмы, отношение родителей к предлагаемой медикаментозной помощи и различным видам психосоциальных вмешательств.

Анализ полученных данных показал, что большинство опрошенных родителей не осознают глубины имеющихся проблем в развитии ребенка и надеются на его “выравнивание” в недалеком будущем. Родители детей с недавно диагностированным аутистическим расстройством находятся в тревожном состоянии, склонны к активному изучению интернет-ресурсов, посвященных тематике аутизма, тяготеют к различным нетрадиционным видам помощи. Подавляющее число родителей “со стажем” занимают более уравновешенную позицию, определив для себя приоритеты и направления помощи, которую получает ребенок.

Первоначальное негативное отношение к медикаментозной нейролептической коррекции, отмечавшееся у большинства родителей, является нестойким. Однако негативный опыт части родителей при неудачном первоначальном использовании нейролептиков (отсутствие отчетливого положительного эффекта, наличие негативных побочных действий) нередко приводит к формированию нон-комплаенса и отказу от медикаментозной коррекции. Все родители заинтересованы в оказании ребенку психокоррекционной и педагогической (дефектологической) помощи и готовы принимать в ней сильное участие. Вне зависимости от структуры получаемой ребенком и семьей помощи, основным фактором, формирующим комплаенс, является наличие специалиста, выполняющего роль координатора различных видов помощи и доступного для контакта с родителями.

**КОМПЛЕКСНАЯ ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА**

И. В. Забозлаева

(Челябинск)

**Целью** настоящего исследования являлось изучение подходов комплексного лечения и коррекции аутизма в детском возрасте.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 158 детей в возрасте от 3 до 10 лет. Верификация аутизма опиралась на МКБ-10. Уровень интеллектуального функционирования и психопатологические проявления оценивались с помощью методики Векслера и нейропсихологического обследования.

**Результаты и обсуждения:** В зависимости от степени выраженности симптомов аутизма пациенты получали фармакотерапию ноотропными препаратами, церебропротекторами и корректорами поведения, что позволило у большинства детей добиться положительной редукции психопатологических проявлений и дало возможность продолжить коррекционную помощь в условиях специализированного центра. С дошкольниками проводились занятия индивидуальные и в группе при участии логопеда, дефектолога, педагога и психотерапевта. Использовались задания на развитие активного и пассивного словарного запаса, сенсорного восприятия, игровой деятельности; усвоение основ глобального чтения; формирование навыков самообслуживания. Дети школьного возраста обучались в классах по 4–5 человек по адаптированным программам VII, VIII вида или социальным программам в зависимости от уровня умственного развития. Учебная и воспитательная работа строилась на основании индивидуальной клинической оценки состояния ребенка с обязательным введением логопедических, дефектологических и психологических методик. Успешно применялись технологии, основанные на модификации сурдопедагогических приемов, разработанных для глухих детей, используемые в коррекции поведения и обучения детей с аутизмом.

**Выводы:** таким образом, дифференцированный подход в лечебно-коррекционной помощи детям с аутизмом при воздействии на психопатологические симптомы способствовал улучшению социальной адаптации.

**ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПОВЕДЕНИЯ**

Т. И. Иванова, И. В. Гранкина

(Омск)

Проблема агрессивного поведения детей актуальна в современном обществе, что обусловлено распространенностью этого явления. Одним из факторов возникновения нарушений поведения, тревожности и агрессивности является ближайшая общественная среда, малая группа, семья.

На базе детского стационарного отделения Омской психиатрической больницы с использованием шкалы психопатологической агрессии и аффективности (Можгинский 2003, 2005) нами был изучен уровень агрессивности детей с нарушениями поведения, находящихся на стационарном лечении. Особенности семейного воспитания у данного контингента исследованы нами с помощью опросника "Анализ семейных взаимоотношений" (Эйдемиллер Э.Г. Юстицкис В.В. 1990).

На основании полученных данных, из типов неправильного воспитания в семьях детей, наиболее часто встречается воспитание по типу гипоопеки. В крайнем выражении это полная безнадзорность, социальная и педагогическая запущенность. По результатам исследования агрессивности, у данной категории детей были выявлены высокие показатели агрессивности и враждебности. Исследуемая группа детей воспринимала своих родителей как враждебных, отмечалось эмоциональное отвержение, склонность к агрессивным реакциям.

Установлено, что ребенок в такой семье не чувствует поддержки, что снижает мотивацию к деятельности у ребенка, ведет к нарушению взаимоотношений между ребенком и родителем, что обуславливает повышенный уровень напряженности, нервозности, раздражения и негативных реакций, дети становятся неуправляемыми, испытывают неуверенность.

Полученные результаты позволяют установить связь между нарушением взаимоотношений родителей и детей и проявлением у последних агрессии. Знания о специфике агрессивности и детско-родительских отношениях позволяют целесообразно и комплексно строить психокоррекционную работу.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Э. Л. Казанцева

(Москва)

Обследованы 76 стационарных больных в возрасте от 4 до 17 лет с фобическими расстройствами невротической и эндогенной природы. Фобии у детей и подростков развиваются на измененной биологической и/или социально-психологической "почве", после острых ситуационных или соматических вредностей. Среди патобиологических изменений преобладают резидуальная церебрально-органическая симптоматика и вегетативно-сосудистая дистония. Изменения социально-психологической "почвы" выражаются в длительных травмирующих ситуациях и неправильном воспитании.

В общей группе детей и подростков возникают все клинические варианты фобических расстройств, выделенные в самостоятельные рубрики в МКБ-10: специфические фобии, паническое расстройство, ипохондрические фобии, социальные фобии, агорафобия. Варианты фобий детско-подросткового возраста имеют ряд возра-



стных клинических особенностей. Патологические страхи у дошкольников отличаются скудным интеллектуальным содержанием, отсутствием критики к ним и ограничиваются специфическими и ипохондрическими фобиями, паническим расстройством. С увеличением возраста больных нарастают сложность, полиморфизм и степень завершенности фобических расстройств. Клинически более очерченный фобический симптомокомплекс формируется, начиная с младшего школьного возраста: впервые возникают социальные фобии, появляются элементы критики к патологическим страхам. В пубертатном периоде преобладают нозофобии, социальные фобии и впервые развивающаяся в подростковом возрасте агорафобия.

### ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В СТРУКТУРЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А. А. Кашникова, И. Н. Татарова,  
Ю. Б. Коваленко  
(Москва)

Неуклонный рост хронических, инвалидизирующих психических расстройств, обусловленных органическим поражением ЦНС, представляет актуальную проблему для современной психиатрии. Раннее начало, отсутствие патогенетического лечения приводит к развитию психических нарушений, среди которых в первую очередь следует отметить интеллектуальное недоразвитие, когнитивные нарушения и расстройства поведения.

В основе механизмов психосоциальной дезадаптации у таких детей лежит сложное динамическое взаимодействие первичных патобиологических факторов и вторичных симптомов искаженного психосоциального развития, формирующихся в процессе приобретения индивидуального социального опыта ребенка. Сказанное свидетельствует о необходимости разработки подходов к проведению мероприятий социотерапевтической направленности, форм и методов психосоциальной терапии.

В исследование включены 52 ребенка в возрасте от 7 до 11 лет обучающиеся в ЦЛПДО Южного округа г. Москвы. Изучены клиничко-социальные характеристики детей с использованием разработанной карты комплексного междисциплинарного обследования ребенка и шкалы общей оценки социального функционирования детей и определены структура и степень социальной дезадаптации.

Выделены основные направления реализации модели полипрофессиональной комплексной помощи - гармоничное, целостное и взаимосвязанное развитие эмоциональных и социальных навыков, стимуляция двигательной и познавательной активности, трансформация поведения и установок семьи и близких взрослых с использованием, при практическом проведении психо-

социальной работы, принципов кондуктивной педагогики. В комплексе социотерапевтических воздействий показали свою целесообразность при применении тренинг самоинструктирования; метакогнитивный тренинг; когнитивный тренинг навыков разрешения проблемы; стратегии, ориентированные на семью.

Эффективность вмешательств соотносится с уровнем развития и личностными характеристиками ребенка, нуждами семьи и направленностью на устранение нарушений поведения, которые возникают в естественных жизненных ситуациях (семья, школа и др.).

Таким образом, психосоциальная терапия детей с органическими поражениями включает в себя многокомпонентную интегрированную стратегию, определяющую потребности ребенка в контексте его индивидуального развития, условий его семьи и общества.

### ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: ОБЛИГАТНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ

И. П. Киреева, Е. К. Валюс  
(Москва)

“Детский аутизм” (ДА) психиатрами рассматривается преимущественно среди расстройств шизофренического, реже – экзогенно-органического спектров, психологами и дефектологами – как нарушения психологического развития. Выполненные с психиатрических позиций исследования ДА остаются малоизвестными для педиатров, психологов и педагогов, что ведет к запоздалой диагностике и негативному отношению к психиатрическому лечению.

Невыборочно обследовано 50 детей-инвалидов 3–10 лет с диагнозом ДА. Помимо симптомокомплекса ДА у всех больных выявлены кататонические и аффективные нарушения со смешанным или маниакальным (82%), реже с депрессивным аффектом. Развитие на 1-ом году у большинства детей (90%) протекало без задержки, несмотря на перинатальную патологию (80%). Появление отчетливых кататонических и аффективных расстройств в большинстве случаев пришлось на 2-ой год жизни (66%), сопровождалось остановкой в психическом развитии (68%) или утратой уже приобретенных навыков (32%). Однако, дети длительно не направлялись к психиатру, хотя регулярно наблюдались врачами других специальностей. ДА диагностировался с опозданием, средний возраст постановки диагноза составил 4,7 года. Задержка психического развития была диссоциированной, с преимущественным недоразвитием экспрессивной речи. Установленная закономерность сочетания симптомокомплекса ДА с другими психическими расстройствами, указывает на искусственность выделения его в качестве самостоятельной нозологической единицы. Опыт ведения больных показал, что раннее, до 5 лет, начало нейролептической терапии ведет не только к отчетливой редукации психических расстройств, но и способствует прогрессу в психическом развитии, нередко с возможностью преодоления интеллектуальной задержки.

## ОТКЛОНЯЮЩЕЕСЯ ПОВЕДЕНИЕ В СИСТЕМЕ НАЧАЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ю. Н. Клесюк, Н. М. Попова

(Томск)

Распространенность отклоняющегося поведения у учащихся системы начального профессионально-технического образования: общее количество обследованных составило 220 человек (114 девушки и 106 юношей), в возрасте от 15 до 17 лет. Из общего количества обследованных 51,8% (114 человек) составляли девушки и 48,2% (106 человек) – юноши. Условия проживания: наибольшая часть подростков, проживала в семьях с двумя родными родителями – 98 человек (44,5%), в семьях с неродным родителем – 36 человек (16,4%), с одним родителем проживали 23,6% подростков (52 человека). В семьях родственников проживали и воспитывались 12 человек (5,5%), в семье опекуна – 4 (1,8%). Воспитывались и проживали в детском доме или доме интернате 8,2% (18 человек). Девиантные формы поведения в виде отказов от учебы, уходов с занятий, суицидального поведения, ранней алкоголизации встречались у 47,6% (80 человек) обследованных. Делинквентные (противоправные) формы поведения встречались намного реже – у 5,95% (10 человек) обследованных. При анализе девиантного поведения выявлено, что у одного подростка имелось, как правило, несколько видов отклоняющегося поведения. Обследованные подростки имели большое разнообразие девиантных форм поведения. Самым частым было нарушение учебного режима в его различных проявлениях (пропуски уроков, проблемы поведения и т.д.) – 60,0%, высокие показатели имели поведенческие расстройства: драки, агрессия (35,0%), нецензурная брань (40,0%), уклонение от учебы 27,2% подростков. Уходы из дома отмечены в 17,5% случаев, бродяжничество в 5,0%. Суицидальное поведение нами выявлено у 40,0% подростков, ранняя алкоголизация – 7,5%. Мелкое воровство и хулиганство отмечалось у 12,5% подростков с отклоняющимся поведением.

## К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А. И. Ковалев, Е. В. Корень

(Ростов-на-Дону, Москва)

В ближайшее время предстоит изменение Международной классификации болезней и создание классификации 11 пересмотра. Существующая классификация создавалась как статистическое руководство, основывалась на феноменологических (описательных) принципах и психометрических подходах, не имела общего принципа систематики. Каждая рубрика являлась как бы мини-классификацией, не имеющей видového родства с другими рубриками. Соответствующие проблемы имели от-

ражение в существующих детских рубриках. Вместе с тем необходимо отметить, что именно в МКБ-10 впервые детская и подростковая психопатология были выделены в отдельные рубрики. И это является ее несомненным плюсом. Однако отсутствие единого принципа систематики привело к “независимому” существованию отдельных нозологических форм, синдромов, симптомов, а в некоторых случаях лишь отдельных признаков психических расстройств. Современную классификацию целесообразно строить на основе структурно-динамического принципа и с учетом онтогенетического подхода. В этой связи будет оправданным начать психиатрическую систематику МКБ-11 с психических и поведенческих расстройств, начинающихся в детском возрасте. Необходим пересмотр общих описаний по основным разделам в сторону большей клинической четкости (по типу глоссария) с указанием этапных возрастных особенностей клинических проявлений в детском и подростковом возрасте, уменьшение количества рубрик путем объединения и исключения “парадиагнозов” типа “речь взхлеб” и “сюсюканье”, выделение “стержневых” (обязательных) симптомов внутри диагностических критериев и более подробное описание подраздела “дифференциальный диагноз”. В общих рубриках, таких как шизофрения и аффективные расстройства, важно отразить возрастные особенности течения этих заболеваний.

## ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. Ю. Когельман

(Пенза)

Детская психиатрическая служба в г. Пензе представлена детским отделением на 60 коек (областная Пензенская психиатрическая больница им. К.Р.Евграфова) и участковой службой в г. Пензе. За последние годы произошла реструктуризация участков, их осталось лишь три (в 2006 году было шесть детских участков). Это связано, прежде всего, с отсутствием кадров. Детские участковые психиатры в г. Пензе ведут прием в детских поликлиниках, что позволяет приблизить оказание помощи к населению, привлечь к дифференциальной диагностике узких специалистов с использованием их при работе с первичной медицинской документацией. В диспансере ведется консультативный прием детского населения области. Прием подросткового населения ведется подростковым психиатром в диспансерном отделении Пензенской психиатрической больницы. Крайне недостаточно обеспечение специализированной помощью в области, из 32 районов Пензенской области детские психиатры имеются лишь в двух.

Следует отметить, что детские психиатры выполняют план посещений, несмотря на кадровые проблемы. В последние годы идет относительный рост заболеваемости среди детского населения, структурное распределе-

ние по нозологии остается прежним. Дети с задержкой психического развития составляют 44,8% среди больных с психическими расстройствами непсихотического характера. Учитывая такое количество пациентов с задержкой психического развития, необходимо вернуться к вопросу о восстановлении специализированных классов для этих детей. К сожалению, с каждым годом количество классов компенсирующего обучения сокращается.

Учитывая большое количество детей с невротическими проблемами, необходимо введение должности детско-подросткового психотерапевта. К сожалению, психотерапевтическая помощь детскому населению в нашем городе недостаточна.

Детская и подростковая психиатрическая служба тесно сотрудничает с министерством образования, институтом усовершенствования учителей, органами МВД, комиссиями по делам несовершеннолетних.

Как и везде в России, мы сталкиваемся с трудностями в проведении медикаментозной терапии из-за ограничения применения современных препаратов в детском возрасте. Необходимо решать эту проблему на федеральном уровне, так же, как и следует обеспечить приток кадров в детскую психиатрию, прежде всего путем увеличения заработной платы специалистам, введения субспециальности “детский психиатр” и подготовки кадров.

#### **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАЛИЗАЦИИ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КОММУНИКАЦИИ ПОДРОСТКОВ**

Д. Ю. Коломыцев, Ю. В. Дроздовский  
(Омск)

В настоящее время весьма актуальны проблемы подросткового и юношеского возраста, связанные с дезадаптивными моделями поведения при коммуникации со сверстниками, учителями и родителями.

Среди методов психотерапевтического воздействия представляется целесообразной краткосрочная терапия, основанная на действии, что позволяет добиться наиболее быстрого включения всех членов группы в работу, способствует лучшему пониманию и наглядности терапевтических запросов, которые должны учитывать возможную психологическую незрелость, когнитивные особенности и редуцированность навыков социальной кооперации.

Наше исследование основано на работе с подростками средней и старшей возрастной группы (15–16–17 лет) в условиях детско-подростковых оздоровительных лагерей.

Развитие коммуникативных способностей и решение различных проблем общения членов группы предполагалось на основе теории и практики эффективной коммуникации. В программу занятий нами были включены различные тренинги: развитие сенсорных каналов, установление раппорта, моделирование целей по условиям

“хорошо сформулированного результата”, тренинги по категориям Сатир, тренинги по провокативной коммуникации, занятия по телесно-ориентированной терапии, что удовлетворяло потребности группы и способствовало комплексному подходу в улучшении коммуникации подростков, как среди сверстников, так и с учителями и родителями.

В начале каждого занятия выделялось значительное время для обсуждения выработанных навыков эффективной коммуникации и достигнутых успехов в практическом использовании методов, изученных на предыдущих занятиях.

Оценка результатов производилась нами на основании субъективного мнения участников группы относительно своих коммуникативных возможностей.

#### **ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

Е. В. Корень  
(Москва)

Настоятельная необходимость разработки психосоциальных вмешательств, обеспечивающих нацеленность и эффективность воздействия на социальные факторы, участвующие в формировании и динамике психических расстройств с учетом их влияния на уровень и структуру психосоциальной дезадаптации и клинико-социальный прогноз у детей и подростков с психическими расстройствами, определяет вектор поиска соответствующих инструментов, основанных на потребностях больных и их родителей, позволяющих решать актуальные задачи психосоциальной реабилитации. В заданном контексте особый интерес представляет проблема повышения эффективности психообразовательных мероприятий (ПМ), рассматриваемых как важная составляющая всех видов психосоциальных вмешательств в целом. В то же время, на основании проведенных нами исследований, можно говорить о недостаточной эффективности “изолированного” применения ПМ при решении вопросов формирования и поддержания терапевтического альянса, комплайенса и обеспечения семейной поддержки, что в ряде случаев связано с особенностями семейных взаимоотношений, обусловленных наличием у ребенка психического расстройства и конфликтом потребностей в психосоциальной реабилитации. С целью повышения эффективности проводимых ПМ при реализации комплекса психосоциальных стратегий, клинически обследовано 178 детей и подростков в возрасте 3–17 лет и их родителей, включая их потребности в психосоциальной реабилитации. На основании анализа полученных данных была разработана и апробирована модель психообразовательной семейной терапии (ПСТ), основанная на использовании механизмов семейного взаимодействия при интерактивном обсуждении вопросов, связанных с формированием “единого ключа” для решения социальных проблем, обусловленных наличием у ребен-

ка психического расстройства, включая понимание родителями и ребенком процессов и ситуативных взаимосвязей, способствующих преодолению его последствий и повышению семейных ресурсов путем выработки соответствующих навыков и развития способности к “самосанации”. Особое внимание при проведении ПСТ уделяется выявлению каких-либо опасений в связи с лечением и предложениям самих родителей и детей в отношении решения проблемы с принятием согласованной оценки, что особенно существенно для преодоления негативизма и протестных тенденций при формировании адекватного дестигматизирующего отношения к обсуждаемой проблеме диагностики, терапии или взаимоотношений в семье и с ближайшим окружением. Таким образом, при наблюдаемом взаимном влиянии симптоматики ребенка и реакций родителей, которые часто поддерживают или усиливают болезненные проявления, проведение ПСТ способствует лучшему пониманию психических проблем ребенка, своих собственных реакций у родителей, возникновению желания изменить стиль отношений, и тем самым поддержать своего ребенка в преодолении психического расстройства, что сопровождается снижением психо-эмоционального бремени ребенка и семьи, и повышает компетентность ребенка (как ресурс реадaptации) и его способность противостоять стрессовым воздействиям, тем самым компенсируя обусловленную психическим расстройством психобиологическую уязвимость к стрессу и уменьшая подверженность возможному обострению состояния.

### СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ: ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Е. В. Корень  
(Москва)

Меняющийся контекст психического здоровья с выходом за рамки нозоцентрической парадигмы с пересмотром роли пациента и семейного окружения в лечебно-реабилитационном процессе и признанием высокой значимости социальных факторов в формировании, динамике, исходах психических расстройств и качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами, диктует необходимость развития личностно-ориентированного подхода, полипрофессиональных (бригадных) форм помощи и методов психосоциальной терапии, основанных на оценке потребностей детей и родителей с опорой на сообщество.

С другой стороны, на фоне “потолка” психофармакотерапии, не обеспечивающей этиопатогенетическую направленность лечения и реабилитации, “нозологического” кризиса в классификации психических расстройств, угрожающего традиционным клиническим основам детской психиатрии, относительно низкой эффективности профилактических и реабилитационных программ, а также существовавших до настоящего времени ограничений, свя-

занных с использованием психосоциальных стратегий в детской психиатрии (патерналистские установки, неразработанность теоретико-методологической базы, учитывающей специфику проведения в детском и подростковом возрасте, перекокс в сторону наиболее тяжелых групп больных, недостаточная нацеленность, “изолированность” применения и др.) остро встают вопросы определения путей развития детской психиатрии, которые могли бы обеспечить целостное видение и решение задач в соответствии с запросами общества в сфере охраны психического здоровья детей и подростков.

Проведенное динамическое клиническое обследование 360 детей и подростков с психическими расстройствами в возрасте 4–17 лет, включавшее изучение клинико-социальных характеристик и потребностей больных и их семей с оценкой динамики социального функционирования, при проведении психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации, позволило сформулировать ряд концептуальных положений, позволяющих рассматривать ее как действенную стратегию развития детской психиатрии. Обеспечение разносторонними усилиями наиболее оптимальных условий для психического развития детей и подростков с психическими расстройствами, постулируемое как основная цель психосоциальной реабилитации, путем обеспечения непрерывности и поступательности цикла “развитие-интеграция – развитие” позволяет охватить существо проблем у всех детей с психическими расстройствами, включая этапность и преемственность помощи, необходимость усиления роли пациентов и родителей в лечебно-реабилитационном процессе, частое “наложение” ряда социальных проблем, многообразное влияние возрастного фактора и определяющее значение работы с семьей при определении “мишеней” и модулей психосоциальной реабилитации. Диктуемая этим необходимость рассмотрения психосоциальной дезадаптации детей с психическими расстройствами как “дефицитарного” результата негативного влияния психического расстройства и одновременно как процесса нарушения развития, искажающего социализацию и способствующего фиксации неадаптивных форм эмоционального и поведенческого реагирования, препятствующих усвоению нового опыта, влечет за собой развитие многоосевой диагностики в контексте оценки ресурсов психического здоровья для преодоления болезни и достижения оптимального возрастного уровня социального функционирования, позволяет как объединить на практике профилактическую (сдерживающую), лечебно-реабилитационную и ресоциализирующую составляющие психосоциальной реабилитации, так и определить ориентиры для реорганизации служб психического здоровья детей и подростков, и задать новый импульс для исследований эффективности разрабатываемых моделей комплексной помощи.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В. В. Кочегуров, А. К. Зиньковский,  
А. Ф. Виноградов  
(Тверь)

Психосоматические расстройства встречаются у 40–68% детей, обратившихся за помощью к педиатрам. Цель исследования – выявить психологические особенности подростков с задержкой психического развития (ЗПР), имеющих психосоматические заболевания (ПЗ). Обследован 91 ребенок с ЗПР, учащийся СКОУ VII типа, 12–15 лет (52 мальчика, 39 девочек). Основная группа: 36 человек с ПЗ, группа контроля: 55 подростков без психосоматической патологии. К ПЗ были отнесены: ВСД, нейродермит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма. Методы исследования: шкала реактивной и личностной тревожности (ЛТ) Спилбергера-Ханина; шкала депрессии Бека; опросник “Индекс жизненного стиля” (ИЖС); 16-факторный личностный опросник Кеттелла, адаптированный для подростков. У подростков с ЗПР выявлена высокая отягощенность ПЗ (39,6% детей). Оценка уровня тревожности показала, что подростков с высокой ЛТ в основной группе (19,4%) в 2 раза меньше, чем в группе контроля (41,7%,  $p < 0,01$ ). Среднее значение уровня депрессии мальчиков, страдающих ПЗ ( $13,9 \pm 0,86$ ), выше, чем у мальчиков контрольной группы ( $10,3 \pm 0,30$ ,  $p < 0,001$ ). Между показателями методики ИЖС и наличием ПЗ обнаружена прямая корреляция по шкалам “Вытеснение” ( $r = 0,31$ ) и “Замещение” (0,35), и обратная – по шкале “Проекция” ( $-0,37$ ). В основной группе отмечены более высокие средние значения по шкале “Реализм-Сензитивность” ( $7,0 \pm 0,27$ ) и более низкие средние значения по шкалам “Самоуверенность-склонность к чувству вины” ( $6,2 \pm 0,24$ ), “Степень групповой зависимости” ( $5,2 \pm 0,20$ ) и “Степень самоконтроля” ( $6,8 \pm 0,27$ ), чем в группе контроля ( $6,1 \pm 0,18$ ;  $7,8 \pm 0,23$ ;  $6,5 \pm 0,19$ ;  $8,2 \pm 0,24$  соответственно,  $p < 0,001$ ). Выявленные психологические особенности подростков с ЗПР, страдающих ПЗ, необходимо учитывать при разработке лечебных и профилактических программ.

### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Н. Е. Кравченко, О. А. Суетина, Ю. А. Ходакова  
(Москва)

С целью уточнения психических нарушений у наблюдающихся в отделении гемобластозов НИИ ДОГ РОНЦ РАМН им. Н.Н.Блохина детей и подростков было изучено состояние 65 пациентов обоего пола (излеченных от онкологической патологии и находящихся в процессе лечения). У всех обследованных регистрировался астенический симптомокомплекс, который являлся “сквоз-

ным” и сопровождал заболевание на всем протяжении. На начальном этапе болезни и в процессе лечения преобладающими были проявления физической астении. После излечения выраженность соматической составляющей астенического синдрома уменьшалась, а на первый план в клинической картине выступали признаки церебрально-органической недостаточности, которые ограничивались симптомами церебрастении и характеризовались регрессионной динамикой. При сочетании нескольких повреждающих факторов: нейротоксического воздействия химиотерапевтического лечения, лучевой терапии, общего наркоза, резидуальной органической недостаточности перинатального или травматического генеза – проявления органического психического расстройства были более выраженными, а их постепенная редукция замедлялась. Наблюдалась также поведенческие расстройства, стрессогенно обусловленные тревожно-фобические, депрессивно-фобические, истеро-депрессивные расстройства. У некоторых переболевших онкологическим заболеванием в раннем детстве, в подростковом возрасте появлялось осознание опасности перенесенной болезни, что приводило к развитию у них отставленных эмоциональных реакций, либо стойкому изменению аффективного фона с превалированием сниженного настроения. Таким образом, психическая патология у онкологически больных представлена разнообразными синдромами.

### ПРЕДПОСЫЛКИ К КРИМИНОГЕННОМУ ПОВЕДЕНИЮ У ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ

О. Е. Крахмалева, И. В. Гранкина, Т. И. Иванова  
(Омск)

Среди детей, совершающих противоправные действия, велика доля лиц с психическими расстройствами. Психическая патология приводит к дисгармонии и нарушению созревания личности и наряду с неблагоприятными социально – средовыми влияниями, является одной из важнейших предпосылок к криминогенному поведению детей. Для детско-подростковых преступлений характерны импульсивность, необдуманность поступков, повышенная агрессивность, недостаточная критичность к своим действиям, слабая мотивированность, беспричинность, чаще групповое исполнение. Все эти признаки дают основания квалифицировать такие преступления как случайные, “инфантильные”, возрастные.

В ходе исследования, на базе детского стационарного отделения Омской клинической больницы выявлено, что среди детей находящихся на стационарном лечении с нарушениями поведения совершивших правонарушение преобладали лица с психической патологией резидуально-органического генеза, а так же дети, страдающие олигофренией. Среди противоправных действий преобладали кражи, угоны автотранспортных средств,

грабежи и разбойные нападения, хулиганство, нанесение телесных повреждений.

Из клинических факторов, предрасполагающих к совершению криминальных действий можно отметить психическую незрелость с патологической внушаемостью, слабостью высших волевых функций, влияние малоконтролируемых влечений.

У пациентов отмечались легко возникающие изменения настроения и аффективно – личностного реагирования с раздражительностью, мнительностью, склонностью к агрессивно-насильственным способам разрешения конфликтов и неожиданным изменениям поведения вне связи с объективной ситуацией, высокая частота рискованного поведения, отсутствие интереса к интеллектуальной деятельности при стремлении к быстрому получению простых удовольствий без волевого напряжения, выраженная демонстративность поведения, неумение предвидеть последствия своих поступков, учитывать прежний социальный опыт.

#### АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ПОДРОСТКОВ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Б. Н. Кузьмичев  
(Тверь)

Высокие цифры заболеваемости и распространенности умственной отсталости (УО), отмечаемые исследователями на протяжении многих лет (Л.А. Пронина, Н.А. Творогова, 2001–2005 гг.) не могут не обратить на себя внимание. Целью настоящего исследования явился анализ показателей распространенности УО у подростков 15–19 лет в Тверском регионе в целом, а также по г. Твери и всем районам области за 17-летний период времени, т.е. с 1993 по 2009 гг.

Анализ полученных данных показал, что среднеобластной показатель (СОП) распространенности УО у подростков за указанный период времени составил 49,3 на 1000 подросткового контингента. При этом СОП с 1993 г. увеличился незначительно: с 47,5 до 48,3 в 2009 году на 1000 подростков, т.е. в 0,09 раза.

В областном центре показатель распространенности УО составил в среднем 21,9 на 1000 подростков, уменьшившись с 1993 года с 33,6 до 20,5 на 1000 подросткового контингента в 2009 году, т.е. в 1,6 раза.

Наибольшие показатели распространенности УО у подростков за 17 лет зафиксированы в Сандовском, Лесном, Калязинском, Фировском, Спиловском, Кесовогорском, Рамешковском, Молоковском, Сонковском, Лихославльском, Краснохолмском и Максатихинском районах, где показатели распространенности УО превысили СОП за 13-летний период в 3,9–9,1 раза.

Наибольшие темпы роста показателя распространенности УО у подростков за указанный период времени отмечались в Бологовском, Молоковском, Бельском, Ржевском, Бежецком, Кашинском, Вышневолоцком, Зубцовском и Пенновском районах, где показатель распрост-

раненности УО увеличился к 2009 году по сравнению с 1993 годом более чем в 2 раза.

#### ВАРИАНТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А. В. Куликов  
(Москва)

Исследование, проведенное в НЦПЗ РАМН (директор – академик РАМН, профессор А.С.Тиганов) в отделе по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма (научный руководитель отдела – д.м.н., профессор И.А.Козлова), позволило разработать варианты суицидального поведения (СПВ) при эндогенных заболеваниях у детей и подростков. Выделены 4 варианта СПВ, которые отражают не только клинико-психопатологическую характеристику состояний больных, феноменологические особенности СПВ и роль в его формировании внешних факторов (степень тяжести психотравмирующей ситуации, ее специфичность), но и несут информацию о величине суицидального риска, позволяют дифференцировать терапевтическую тактику, а также указывают на разное соотношение роли психогении и психотических факторов в развитии внешних форм СПВ в зависимости от варианта. Определено, что при **“психопатоподобном” варианте (42%)** риск совершения суицидальной попытки (СП) составил 20%, а её повторения 40%. При **“собственно депрессивном” варианте (35%)** риск совершения СП составил 85,7%, а её повторения 33,3%. При **“неврозоподобном (обсессивном)” варианте (15%)** риск совершения СП составил 77,7%, самым высоким среди всех вариантов здесь был риск повторения СП в течение ближайшего времени – 85,7%. При **“психотическом” варианте (8%)** риск совершения СП составил 100%, а её повторения 60%.

Терапия больных с СПВ проводилась дифференцированно с учётом варианта доминирующих психопатологических расстройств и степени выраженности в их картине депрессивного аффекта. Основные лечебные и реабилитационные мероприятия для этих больных включали следующие положения: 1) предпочтение стационарного ведения; 2) синдромальный принцип лечения (Амбрумова А.Г., 1995) с использованием комбинированной терапии нейролептиками, антидепрессантами сбалансированного или седативного действия для избежания активизации суицидальных тенденций; 3) коррекция нарушенных семейных отношений, учебной и социальной дезадаптации.

#### ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Т. А. Куприянова  
(Москва)

Так как расстройства поведения у детей имеют неоднородную природу и сложный механизм формирова-

ния, для их диагностики целесообразно проведение индивидуализированного мультидисциплинарного обследования, включающего в себя использование оценочных шкал расстройств поведения. Для разделения феноменологически близких социализированных и несоциализированных расстройств поведения используется дополнительная шкала "Степень интегрированности детей в среде сверстников".

В результате сплошного обследования учащихся с 1-го по 8-ой классы включительно общеобразовательной школы г. Москвы было заполнено 173 "Шкалы оценки симптомов расстройств поведения по МКБ – 10" (версия для учителей); каждый ребенок оценивался также по шкале "Степень интегрированности детей в среде сверстников".

Несоциализированные расстройства поведения отмечены в 8% случаев данного контингента детей, причем самый высокий процент был в 5 классе – 26%. В 7 и 8 классах детей с несоциализированными расстройствами поведения не было выявлено. Социализированные расстройства поведения отмечены у 19% детей, с максимальной выраженностью в 4 (26%), 7 (50%) и 8 (50%) классах. Среди несоциализированных расстройств поведения преобладали смешанный тип в 5 классе (17%) и диссоциальный – в 3 классе (18%). Среди социализированных расстройств поведения наибольший процент составил диссоциальный тип в 7 классе (26%) и оппозиционно-вызывающий – в 7 (23%) и 8 (50%) классах. Агрессивный тип расстройств поведения не был отмечен ни в одном классе.

Применение данных шкал может быть отнесено к скрининг-методу, рассчитанному на использование в центрах психолого-медико-социального сопровождения, школах здоровья, клиниках психиатрического профиля, когда в рамках междисциплинарного подхода возможно выявление учеников с расстройствами поведения, определение его варианта (социализированное или несоциализированное), типа. Полученные данные должны способствовать повышению эффективности оказываемой консультативной и медико-реабилитационной помощи детям с расстройствами поведения.

### **КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОГИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

И. Е. Куприянова, Б. А. Дашиева, И. С. Карауш  
(Томск)

Одними из первых признаков тревожных состояний у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) являются ухудшение успеваемости и изменение поведения. Цель исследования: выявление ранних признаков тревоги у детей с ОВЗ и их коррекция. Объект – учащиеся 8–12 лет с различными нарушениями развития: слуха, речи, интеллекта, с задержкой и комплексными нарушениями развития. 80% обучались по коррекционной программе VII вида. Нозологическая структура: F83 (25

чел. – 80,6%), F90 (2 человека – 6,5%), F80 (16 чел. – 51,6%), F4 (1 чел. – 3,2%). При использовании шкалы тревожности для детей CMAS (The Children's form of Manifest Anxiety Skale) у 87% выявлен нормальный уровень тревожности. Только 6,5% имело высокий уровень тревожности (дети с нормальным уровнем психического развития). Тревога у детей с нарушениями развития не всегда выявляется при использовании вербальных тестов. В связи с этим нами использованы проективные методики – тест "Дом, дерево, человек" и "Рисунок семьи". Для них характерны усиленные защитные установки, внутренняя тревога, чувство небезопасности, ощущение собственной отверженности и неприятия. Для коррекции выявленных нарушений предложен противотревожный препарат – "Тенотен детский", оказывающий анксиолитическое, ноотропное, антиастеническое, действие в дозе 3-х таблеток в сутки в течение 3 недель. После курса терапии (Тенотен психокоррекционная работа) у детей улучшились успеваемость, внимание, настроение. В комплексной терапии тревожных состояний у детей с ограниченными возможностями здоровья может быть рекомендован препарат "Тенотен".

### **ОСОБЕННОСТИ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ В СЕМЬЯХ С ДЕТЬМИ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ (СДВГ)**

Ю. А. Кустова  
(Томск)

Существующие в настоящее время многочисленные этиопатогенетические модели гиперкинетических расстройств свидетельствуют о полиэтиологической природе заболевания. Однако нельзя забывать об идее психогенного периода формирования и течения расстройства, существенный вклад в которое вносит семья, родители ребенка. Мы полагаем, что для формирования целостного представления о возникновении и течении СДВГ необходимо рассмотреть особенности ролевого взаимодействия родителей с детьми как фактора, способствующего нарушениям здоровья у детей.

В группу исследования вошли 40 детей в возрасте от 4 до 7 лет из полных семей, которые находились на лечении в отделении № 25 ТКПБ. Обследование родителей проводилось с помощью анкетирования и опросника АСВ (Эйдемиллер Э.Г., 1998).

В результате было выявлено, что структура родительского отношения к ребенку с СДВГ характеризуется нарушением трех компонентов:

1. эмоционального (фобии и повышенная тревожность – 80%, неразвитость родительских чувств – 30%);
2. когнитивного (нарушенное представление о состоянии здоровья ребенка – 65%, необъективное количество и качество требований к ребенку – 45%);
3. поведенческого (высокий уровень протекции – 85%, неустойчивость родительской позиции –

67,5%, низкая степень удовлетворения потребностей ребенка – 22,5%).

Эти нарушения сказываются на взаимодействии родителей и детей, создавая дефицитарную социальную ситуацию развития. Система детско-родительских отношений является неэффективной. Поэтому дальнейшая реализация психологических коррекционных мероприятий, направленных на работу со всей семьей, позволит оптимизировать особенности родительского отношения к детям с СДВГ.

#### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОНАТАЛЬНУЮ РЕАНИМАЦИЮ

Н. А. Луговых, Е. В. Малинина, Н. Г. Гобец,  
С. В. Чернов  
(Челябинск)

**Цель исследования.** Определить прогностически значимые критерии диагностики психических расстройств у детей, перенесших неонатальную реанимацию.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 30 детей в возрасте 5–6 лет, перенесших неонатальную реанимацию. Оценивались клинические и параклинические характеристики: гестационный возраст, оценка по шкале Апгар, длительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ), оценка уровня психоречевого развития и результаты нейровизуализации (нейросонография (НСГ), КТ или МРТ головного мозга).

**Результаты исследования, обсуждение.** Выделены 2 группы больных в зависимости от степени тяжести интеллектуальных нарушений. В первую группу вошло 9 обследованных с IQ 34 и ниже. Все родились на 32–36-ой неделе гестационного возраста. Оценка тяжести состояния по шкале Апгар была менее 5 баллов, ИВЛ продолжалась от 7 до 12 суток. У большинства диагностирована внутриутробная инфекция (ВУИ). При НСГ на фоне морфофункциональной незрелости головного мозга (МФН) обнаружены внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК), перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ), гидроцефалия, обширные порэнцефалические кисты, изменения плотности вещества головного мозга. Все больные в последующем имели на НСГ сочетания трех и более паттернов. Исследования КТ и МРТ показали кистозно-глиозные, атрофические изменения головного мозга, которые сочетались с наружной и асимметричной внутренней гидроцефалией

Вторую группу составили 21 ребенок с IQ 70 и выше. Дети родились на 33–34 неделе гестационного срока. Оценка тяжести состояния по шкале Апгар составляла 6 баллов и выше, ИВЛ продолжалась до 3–8 суток. У 12 детей диагностирована ВУИ, у остальных сочетанная цереброспинальная травма. При НСГ выявлена внутренняя гидроцефалия, ПВЛ, ВЖК, субэпендимальное кровоизлияние (СЭК) и МФН. Данные МРТ головного мозга подтвердили наличие у 8 детей гидроцефалии и лишь в

1 случае выявлена рубцово-атрофическая дегенерация в теменной доле.

Выводы. Прогностически неблагоприятными можно признать оценку по шкале Апгар менее 5 баллов, высокую продолжительность ИВЛ, сочетание трех и более паттернов при НСГ и кистозно-глиозные и атрофические изменения при нейровизуализации.

#### О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХОПАТОПОДОБНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Л. А. Лусс, А. В. Горюнов  
(Москва)

С целью определения особенностей психопатоподобной шизофрении с преобладанием патологии влечений было обследовано 74 больных в возрасте от 7 до 18 лет. По МКБ 10 они диагностировались в рубрике F 21.4. В клинической картине ведущее место занимали нарушения влечений. В детском возрасте (7–12 лет) преобладали агрессивно – садистические (57,1%), влечение к воровству (19%), расторможенные сексуальные влечения (19%), мизофилия (19%). В подростковом возрасте (13–17 лет) преобладали расторможенные сексуальные влечения (43,4%), часто встречались влечение к бродяжничеству (32,6%) и агрессивно-садистические влечения (29,3%).

При раннем начале (дошкольный возраст) всегда отмечались признаки психического дизонтогенеза диссоциированного типа с постепенным развитием дисгармонии личности в виде психопатоподобных изменений типа *verschrobene* или нарастающей шизоидизации. При начале заболевания в младшем школьном возрасте и старше наблюдалось заострение преморбидных особенностей характера или так называемый “патохарактерологический сдвиг”. У больных нарастали дефицитарные изменения мотивационно-волевых и эмоциональных качеств, на фоне которых развивались грубые поведенческие нарушения и патологические влечения. В этих случаях происходил как бы “надлом” личности со снижением ее уровня. Поэтому появление расстройств влечений можно считать важным признаком негативных расстройств.

Среди позитивной симптоматики у примерно половины обследованных больных выявлялись стертые аффективные расстройства (атипичные субдепрессии, гипомании), у четверти – неврозоподобные нарушения (фобии, сенесто-ипохондрические переживания), реже отмечались сверхценные нарушения в виде особых фантазий и увлечений, а так же паранояльные расстройства.

#### ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ФОБИЙ У ПОДРОСТКОВ

Н. А. Мазаева, А. Г. Головина  
(Москва)

Предпосылки к формированию, клинико-динамические закономерности фобических феноменов детско-под-



росткового возраста существенно отличаются от наблюдаемых у взрослых. Фобии у подростков различны по своей патогенетической сущности и терапевтическим подходам. Изолированные фобии абстрактного содержания (глубины, высоты, темноты) носят архаический характер, наследственно детерминированы, воспринимаются индивидуумом как часть его сущности, не приводят к дезадаптации и не требуют терапевтической коррекции. К ним примыкают фобии природных катаклизмов и техногенных катастроф, не затрагивающих непосредственно подростка. Они имеют социогенную природу, воспринимаются как абстрактные, не соотносятся с душевными болезнями, наследственной предрасположенностью, изменчивы по фабуле, редко сопровождаются избегающим поведением, обычно не требуют лечения.

Фобии, развивающиеся по механизму реактивного образования определяются значимой для подростка стрессорной ситуацией и личностной структурой с выраженным сензитивным радикалом, впечатлительностью, неуверенностью. Такие фобии нозологически неспецифичны, имеют пролонгированное ундулирующее течение, часто коморбидны с аффективной патологией. Лечение этих подростков аналогично терапии протрагированных реактивных и невротических состояний.

Фобии в структуре шизотипического расстройства выступают составляющей сложных симптомокомплексов, видоизменяются, отражая прогрессивность вялого шизофренического процесса. Крайне редко они определяют картину острых приступов шизофрении. Терапевтические подходы идентичны используемым при лечении экзацербаций эндогенного заболевания.

### КЛИНИЧЕСКАЯ СИСТЕМАТИКА СИНДРОМОВ ФАНТАЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

И. В. Макаров, И. В. Кравченко  
(Санкт-Петербург)

Патологическую фантастику принято считать наиболее характерной патологией в клинике психических заболеваний детского и подросткового возраста.

Целью исследования стала разработка клинической систематики синдромов фантазирования у детей с различными психическими расстройствами.

Материал исследования: 78 пациентов в возрасте от 4 до 16 лет со следующими заболеваниями: органические психические расстройства – 26 чел., психопатии – 12 чел., детский аутизм – 11 чел., расстройства адаптации – 9 чел., задержки темпа психического развития – 6 чел., умственная отсталость – 5 чел., невротические расстройства – 5 чел., шизофрения – 4 чел. Используются клинический, катамнестический (до 5 лет) и статистический методы исследования.

Результатом работы стала следующая клиническая систематика синдромов фантазирования у детей:

- фантазирование с визуализацией (вербализацией) представлений;

- фантазирование с тематикой вымышленных миров;
- фантастические истории:
  - фантазирование с тематикой необычных историй;
  - фантазирование с повышенной лживостью (“лгуны и фантасты”);
  - сексуальные оговоры и самооговоры;
- игровые перевоплощения;
- фантазирование с преобладанием особых увлечений;
- компенсаторное фантазирование.

Заключение. Выделение клинических вариантов синдромов фантазирования у детей позволяет улучшить диагностику психических заболеваний. Само по себе так называемое патологическое фантазирование не является наиболее специфичным для шизофренического синдрома, а наблюдается с не меньшей частотой и при других психических заболеваниях и расстройствах детского возраста. По нашим данным, у 24% пациентов психопатологический анализ фантазирования позволил изменить выставленный ранее диагноз шизофрении на другой, менее тяжелый. Катамнестические наблюдения подтвердили полученные ранее диагностические результаты.

### ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Е. В. Макушкин  
(Москва)

Каплан (Caplan, 1964) определил суть профилактики соответственно периоду проведения превентивных мероприятий: до наступления расстройства – первичная, во время расстройства – вторичная, после него – третичная профилактика. Сегодня эти базисные принципы рекомендованы к практическому применению ВОЗ. В детской психиатрии под первичной профилактикой мы можем понимать комплекс мер, направленных на предупреждение и предотвращение психического расстройства с наиболее раннего возраста ребенка. Непосредственно во время течения болезни осуществляется комплекс лечебно-реабилитационных, медико-социальных мероприятий, направленных на нивелировку расстройств и для предотвращения возможного рецидива (вторичная профилактика). В целом задачи профилактики применительно к вопросам охраны здоровья детей имеют следующую организационную структуру.

Международный (глобальный) уровень. Примером могут служить современные инициативы стран ВОЗ и Евросоюза по сотрудничеству и разработке стандартизированных и эффективных методов работы в педиатрии, включая классификационный подход, формирование “бережного отношения” к ребенку, развитие профилактических методов в секторе психиатрической помощи.

Государственный уровень: соответствие международным методам работы; политика предупреждения социальных стрессовых воздействий (преодоление кризиса, улучшение социальных, культурных условий, быта и

проч.); законодательное регулирование вопросов охраны здоровья детей.

Межведомственный уровень: современная работа профильных специалистов в области законодательства, подготовка нормативных документов определяющих риски воздействия на здоровье ребенка (например, проблемы экологии, негативная информация, насилие, жестокое обращение и проч.) предупреждение этих рисков – психосоциальная превенция.

Ведомственное сотрудничество: взаимодействие специалистов педиатров, неонатологов, неврологов, психиатров и психологов, направленное как на первичное предупреждение, так и на смягчение течения конкретных психических расстройств. Преимуществом служб, бригадные формы патронажа детей и семьи ребенка с выявленными психосоциальными проблемами, освоение стандартизированных форм работы по нозологиям являются приоритетными, подлежат комплексной системной разработке и последующему внедрению в здравоохранение на уровнях амбулаторной и стационарной сети.

#### **ФАКТОР ЙОДДЕФИЦИТА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

Н. Р. Моллаева, М. А. Алиев, А. Ф. Караева  
(Махачкала)

**Цель:** изучить заболеваемость психическими расстройствами у детей, проживающих в разных климатогеографических зонах Республики Дагестан с учетом степени тяжести йоддефицита.

**Материалы и методы.** Использованы данные медицинской статистики и результаты целевых осмотров школьников 8–16 лет, проживающих в горной, предгорной и равнинной зонах. Всего осмотрено 1587 детей, кластерными группами. В осмотрах участвовали психиатр и педиатр-эндокринолог. Использовались следующие методы: определение суточной йодурии кластерным методом, по показаниям – УЗИ щитовидной железы и гормонов щитовидной железы, клинико-психопатологический метод оценки психического статуса.

**Результаты.** В целом по республике медиана йодурии у детей 8–10 лет в среднем равна 28,84 мкг/л с колебаниями от 20,6 мкг/л до 45 мкг/л. В сельских районах она в среднем составила 28,5, в городах – 29,7 (в г. Махачкале – 28,45).

Отмечена значительная разница в распространенности эндемического зоба и медианы йодурии в горных, предгорных и равнинных районах. В горных районах частота эндемического зоба равна 61,5%, в предгорных – 41,6%, равнинных – 46%. Распространенность эндемического зоба в горных районах равна 91,6 на 1000 тыс. населения, а заболеваемость – 38,23; в предгорных –

соответственно 61,2 и 31,3; в равнинных – 78,4 и 29,8. Сходная картина и по йодурии: в горных районах медиана йодурии равна 27,9 мкг/л, в предгорных – 20,6 мкг/л и равнинных – 45 мкг/л.

Распространенность и заболеваемость психическими расстройствами по климато-географическим зонам такова: в горных районах распространенность на 100 тыс. равна 4477,4, заболеваемость – 908,6; в предгорных – соответственно 1775,1 и 103; в равнинных районах – 2102,7 и 182.

**Вывод:** Данные заболеваемости и распространенности психическими расстройствами и эндемическим зобом у детей, проживающих в разных климато-географических зонах Республики Дагестан указывают на то, что одним из основных факторов риска возникновения и развития нервно-психических расстройств является йоддефицит.

#### **ПСИХОТРАВМИРУЮЩИЕ СИТУАЦИИ КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ**

Л. П. Маринчева, М. В. Злоказова  
(Киров)

К группе психосоматических (ПСР) и соматоформных расстройств (СФР) относятся заболевания, в происхождении и течении которых ведущая роль принадлежит воздействию психотравмирующих факторов, в связи с чем их нередко называют стресс-зависимыми заболеваниями (Шевченко Ю.С., Великанова Л.П., 2006).

**Целью** нашего исследования являлось изучение особенностей психотравмирующих ситуаций (ПС), способствующих возникновению ПСР и СФР у подростков.

**Материалы и методы исследования:**

Было обследовано 392 подростка: 117 – с СФР (F 45) и 170 – с ПСР (F 54) (22,9% – бронхиальная астма, 32,4% – артериальная гипертензия, 40,6% – заболевания желудочно-кишечного тракта, 4,1% – нейродермит); средний возраст – 15,2±1,0 лет; а также 105 подростков контрольной группы с первой группой здоровья. Применялся клинико-психопатологический метод исследования, анкетирование, статистическая обработка – методика Фишера (SPSS for Windows (vers. 11)).

**Результаты исследования:**

Было выявлено, что в анамнезе подростков с ПСР и СФР достоверно чаще наблюдались хронические ПС, частота которых в экспериментальной и контрольной группах составила 51,6% и 9,5% – соответственно. Среди них достоверно преобладали конфликты в семьях (проблемные отношения между родителями, конфликт поколений, алкоголизм отца) – 37,5% и 4,5%; развод родителей – 31,7% и 6,7%; проблемы в школе (затруднения адаптации в подростковой группе, конфликты с педагогами, напряженный режим учебной деятельности) отмечались в 12,2% и 2,9% – соответственно; длительное

расставание с родителями – 2,7% – только в экспериментальной группе.

Таким образом, хронические ПС имеют значимую роль в развитии ПСР и СФР у подростков. Необходимо обязательное включение психотерапии в стандарты медицинской помощи данному контингенту. Психотерапия должна проводиться с учетом характера психотравмирующей ситуации и включать в себя не только индивидуальную, но и семейную терапию.

### **ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ИПОХОНДРИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

А. М. Марченко  
(Москва)

Цели: Терапия ипохондрических расстройств (ИР) у детей и подростков нередко сопряжена с трудностями в удержании пациента и его родителей в рамках терапевтического процесса. Пациенты и родители, пройдя целый круг врачей в поисках причины недомогания ребенка, испытывают к врачам недоверие, перепроверяют полученные сведения и рекомендации у других специалистов или в медицинских источниках, высказывают неуверенность в правильности проводимого лечения, нарушают режим приема лекарств или самостоятельно прекращают лечение. Этим обуславливается необходимость проведения основанных на потребностях детей и родителей психообразовательных мероприятий (ПМ) в структуре психосоциальной реабилитации с целью активизации роли детей и родителей в лечебно-реабилитационном процессе с одновременным повышением их ответственности за результаты лечения.

Методы: Для решения задач психосоциальной реабилитации клинически обследованы, включая семейное окружение, с оценкой потребностей в ПМ в динамике 109 больных с ИР в возрасте от 4 до 18 лет. ПМ проводились с момента первого контакта пациента и родителей с врачом. На начальных (подготовительных) этапах целью проведения ПМ являлось вовлечение родителей в терапевтический процесс, создание терапевтического альянса и повышение мотивации семьи и ребенка к лечению. При этом решались следующие задачи: повышение уровня осведомленности пациента и родственников об особенностях ипохондрических состояний, перенаправление внимания родителей с соматической составляющей симптоматики ребенка на особенности его психического состояния, преодоление негативного отношения родителей к психиатрическому обследованию и проведению лечебно-реабилитационных мероприятий.

На этапе установления терапевтического альянса пациенту и его родителям предлагался для обсуждения индивидуальный комплекс лечебно-психологических и психосоциальных мероприятий с подробным информированием о существующих формах, методах и этапах

лечения ипохондрических расстройств, возможных побочных эффектах и терапевтической динамике ипохондрического состояния. ПМ были направлены на достижение комплаенса, при этом важной задачей являлось выявление и коррекция опасений пациента и родителей в связи с лечением, часто усиливающихся после прочтения аннотаций к лекарствам. Путем проведения психообразовательной семейной терапии (Корень Е.В., 2008), интерактивно обсуждалась роль разнообразных микросоциальных и психогенных факторов в закреплении ипохондрического реагирования у детей, пути разрешения актуальных проблемных блоков с учетом потребностей пациента, включая нормализацию семейных отношений, преодоление школьной дезадаптации и налаживание взаимоотношений со сверстниками. На последующих этапах ПМ направлялись на поддержку комплаенса и обучение раннему распознаванию признаков начинающегося обострения ипохондрической симптоматики со своевременным обращением за специализированной помощью.

Результаты и выводы: Последовательное поэтапное проведение ПМ позволило добиться улучшения соблюдения предписанного лечения и следования индивидуальному терапевтическому плану в 87% наблюдений. Использование ПМ для детей с ИР и их родителей в структуре комплексных психосоциальных мероприятий является важным условием для успешной практической реализации терапевтических задач и требует дальнейшей разработки данного направления на основе оценки потребностей больных.

### **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

С. Н. Масихина  
(Москва)

Психотерапевтическая работа осуществлялась в рамках организованных групповых отношений, призванных восполнить дефицит опыта конструктивных и стабильных моделей поведения.

В состав группы включались подростки 14–18 лет с установленным диагнозом шизофрении без выраженных интеллектуальных нарушений. Группа формировалась из 5–8 участников, рекомендованных лечащими врачами. Необходимым было желание ребенка посещать группу (или, по крайней мере, отсутствие категорического отказа, согласие “попробовать”). Все участники получали антипсихотическую фармакотерапию в поддерживающих дозах, состояние пациентов на момент включения в группу оценивалось как терапевтическая ремиссия. Групповую работу проводили два постоянных ведущих психотерапевта, которые имели возможность контактировать с лечащими врачами и родителями пациентов. Группа работала в полукрытом режиме, еженедельно, в постоянном месте и стабильных временных рамках.

На начальном этапе основной целью было установление терапевтического контакта. При высоком уровне иррациональной тревоги ведущие устанавливали контакт на уровне, переносимом участником. Групповая работа проводилась в форме вербальных и невербальных интерактивных игр, опосредовано через работу с арт-терапевтическими заданиями и стимульным материалом, наряду со спонтанными обсуждениями и беседами, инициированными участниками. Ведущими предлагались модели поведения, пополняющие дефицитарный поведенческий репертуар участников. При этом поддерживались и стимулировались конструктивные сохраненные функции личности пациентов. Сталкиваясь с проявлениями деструктивной агрессии, ведущие демонстрировали разные аспекты реакции: от эмпатического восприятия до конструктивно агрессивного отграничения и возможной конфронтации. Динамика состояния пациентов в период посещения групповой терапии в 70% случаев оценивалась самими пациентами и их родственниками как положительная в отношении их психологического функционирования, способности к установлению и поддержанию контактов, больших возможностей адаптации в социальной обстановке, более содержательному проведению свободного времени.

#### НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ, КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПОДРОСТКОВ

Б. Д. Менделевич  
(Казань)

Обследование ребенка с проблемами социально-психологической адаптации в настоящее время становится важным этапом специальной помощи, так как от правильного решения дифференциально-диагностических задач зависит не только его дальнейшее обучение, но и его воспитание. Следует говорить о лично ориентированном, комплексном сопровождении ребенка в системе общеобразовательной школы и образовательных центров для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение психологических особенностей личности подростков с наличием дезадаптации и относящихся к группе риска по ее развитию.

Было обследовано 259 детей в возрасте от 15 до 17 лет. Они были разделены на три группы. В первую группу вошло 76 подростков, имеющих нарушение социально-психологической адаптации. Вторую группу сформировали 70 обследуемых с риском формирования дезадаптационных возможностей. Третья группа состояла из 113 адаптированных детей.

Использовались экспериментально-психологические (патопсихологические) методики – ММРІ-СМОЛ, Айзенка Г.Ю., “тест склонности к зависимому поведению”. Статистическая обработка данных осуществлялась на ПК с

использованием программы STATGRAPHICS (вычислялся критерий Стьюдента).

Проведенное исследование показало, что у 18,6% подростков основной группы достоверно чаще регистрируются такие личностные характеристики как самоуверенность, склонность к риску, инициативность, им также свойственно проявление аффективности, обидчивости, упрямство, наивность (код личностного профиля – 9–6), а у 5,5% определяется трудность социальной приспособляемости, сложность в контактах, замкнутость (код личностного профиля – 4–6). У каждого четвертого подростка с дезадаптацией (26,3%) и каждого десятого (7,2%) из группы сравнения выражены психопатологические черты личности.

Основными типологическими характеристиками подростков всех групп являются экстраверсия и эмоциональная стабильность. Только треть детей имеют черты нейротизма с достоверным преобладанием среди юншей основной группы.

У подростков с дезадаптацией наблюдаются признаки повышенной и высокой вероятности склонности к “зависимому” поведению (составляя соответственно 73,0, 63,1 и 57,5% случаев).

#### НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Т. Ф. Новожилова, И. Л. Комлач,  
А. П. Добровольский, С. Б. Аталиков  
(Москва)

**Целью работы** являлось изучение эффективности лечения когнитивных нарушений у детей с задержками психоречевого развития при использовании нового метода терапии с использованием препаратов, в состав которых входят прямые и непрямые агонисты 3-х нейромедиаторных систем: глутаматергической, ГАМК-эргической, системы оксида азота (NO). Использование их у детей с задержками психоречевого развития позволяет стимулировать процессы речи и памяти, вербальный и невербальный интеллект, овладение новыми способностями и навыками.

**Материалы и методы:** курсовое лечение препаратами с указанным выше действием было проведено у 52 детей с задержками речевого и психоречевого развития различного генеза в возрасте от 3 до 8 лет на протяжении 4 недель.

**Результаты:** все дети хорошо переносили терапию. Со 2-й недели приема препаратов была отмечена положительная динамика в состоянии у детей и, прежде всего, в поведении. Дети становились более спокойными, увеличивались периоды концентрации внимания, дети стали прислушиваться к родителям, выполнять их просьбы. Постепенно увеличилась продолжительность игровой деятельности с усложнением игровой фабулы, появилась устойчивая тенденция к обучению, улучшилась вербальная и механическая память, появлялось

много новых слов и речевая продукция становилась все более богатой и сложной, хорошо стал даваться пересказ, качество рисунков, мелкая моторика.

**Выводы:** использование препаратов, в состав которых входят прямые и непрямые агонисты 3-х нейромедиаторных систем: глутаматергической, ГАМК-эргической, системы оксида азота (NO) показало их высокую эффективность при лечении детей с задержками речевого и психоречевого развития.

### ПЕРЕЖИВАНИЕ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ КЛИНИКУ, И МЕТОДЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

О. Ф. Панкова, Н. А. Солохина  
(Москва)

**Целью данного исследования** являлось изучение наиболее характерных вариантов внутренней картины болезни у пациентов с психическими расстройствами в подростковом возрасте, их частоты и возможной корреляции между регистром психического расстройства и типом отношения к болезни.

Исследование проводилось на базе ДПБ №6. Использовались следующие методы исследования: клинко-психопатологический, психодиагностический тест для оценки личностного реагирования на болезнь ТОБОЛ, разработанный в институте имени Бехтерева и модифицированный нами для подросткового возраста; клинко-психологический (проективный тест "Незаконченные предложения" Сакса и Леви); социально-психологический. На данном этапе работы в санаторном отделении было обследовано 59 подростков. На основе клинко-психопатологического анализа пациенты были разделены на три группы: 1) с расстройствами шизофренического спектра – 33 человека (55,9%); 2) с резидуально-органическими и поведенческими расстройствами – 17 человек (28,9%); 3) страдающие невротическими и аффективными расстройствами – 9 человек (15,2%).

**Выводы:** 1. Существует корреляция между типом психического расстройства и реакцией на болезнь: при заболеваниях шизофренического спектра преобладали анозогнозический и апатический тип реакции, при аффективных и невротических расстройствах – невротические (тревожно-фобические) и сензитивные реакции, при резидуально-органической патологии – эргопатический тип реагирования.

2. Внутренняя картина болезни и реакция на болезнь у подростков в большей степени зависит от социальных факторов, а значит, отношение к психическому расстройству и уровень общей социализации у них может быть повышен в результате комплексной работы врачей, психологов и педагогов с ребёнком и его семьей.

3. При всех типах внутренней картины болезни имело место снижение качества жизни подростков, что указывает на необходимость продолжения работы с целью

поиска наиболее эффективных методов психотерапии и психокоррекции, а также предупреждения самостигматизации больных.

### НАРУШЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПРОДУКТИВНОСТИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ С БЕЗНАДЗОРНОСТЬЮ И КРИМИНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Л. О. Пережогин  
(Москва)

Для комплексной оценки эффективности психотерапевтических реабилитационных программ, проводимых с несовершеннолетними безнадзорными и правонарушителями, мы использовали предложенную ВОЗ (1990) методику оценки психосоциальной продуктивности. Были обследованы 150 несовершеннолетних правонарушителей (НП) и 115 беспризорных и безнадзорных (ББ), помещенных в социальный приют. В обеих группах спектр психических расстройств определяли расстройства поведения (F91), гиперкинетические расстройства (F90), расстройства личности и поведения органической природы (F07.x), невротические расстройства, включая расстройства адаптации (F43.x), расстройства психического развития (F80-F83), неглубокие формы умственной отсталости (F70-F71). В реабилитационно-катамнестическую группу (РК) вошли 77 правонарушителей и 49 воспитанников приюта. Реабилитационные программы осуществлялись с ними в течение 1 года, затем при повторном клиническом осмотре производилась повторная оценка степени нарушения психосоциальной продуктивности. В обеих группах зафиксирована отчетливая положительная динамика: до начала реабилитационных программ 0–1 балл (норма) по шкале нарушения психосоциальной продуктивности в группе РК НП имели 8 (10,4%) подростков, через год – 18 (23,4%); в группе РК ББ – 0 (0%) и 24 (48,9%) соответственно (различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ ). До начала реабилитации в группе РК НП 4–5 баллов (выраженные нарушения) имели 16 детей (20,8%), через год – только 6 (7,7%). В группе РК ББ соответствующие показатели составили 16 (32,7%) и 11 (22,4%) (различия достоверны,  $t \geq 2$ ,  $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, проводившиеся психокоррекционные и психотерапевтические мероприятия обусловили существенное повышение психосоциальной продуктивности. Улучшение показателей происходило в основном за счет формирования адаптационных компенсирующих поведенческих механизмов, вырабатываемых в ходе психотерапии (Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О., 2006). Значительное улучшение отмечалось в группе несовершеннолетних со специфическими расстройствами развития, занимавшимися в течение года по специально разработанной коррекционной программе (Пережогин Л. О., 2005). Среди несовершеннолетних с интеллектуальными

расстройствами изменения были, как и ожидалось, наименее выраженными.

### О КЛИНИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ РИСКА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ШИЗОФРЕНИИ

О. И. Пилявская  
(Челябинск)

**Цель:** изучить факторы риска детской и подростковой шизофрении.

**Материал и методы.** Исследовано 56 пациентов-подростков, страдающих шизофренией, получавших стационарное лечение. Критерии отбора: возраст больных – от 14 до 18 лет и диагноз шизофрении в соответствии с МКБ – 10. Критерии исключения: иные шизоформные состояния. Исследование проводилось с помощью клинических методов, экспериментально-психологического и нейропсихологического исследования. Преморбидные особенности оценивались ретроспективно.

**Результаты:** выделено две группы пациентов. В первой группе (n=31) шизофрения имела непрерывное среднепрогредиентное течение. В преморбиде у всех обследованных этой группы имел место выраженный шизотипический диатез, когнитивные нарушения, преобладали сенситивный и мозаичный типы личностей. Вторую группу (n=25) составили подростки с приступообразной шизофренией. В преморбиде у них в большинстве случаев (n=18) психофизическое развитие соответствовало возрасту, у части пациентов (n=7) зафиксирована лёгкая степень шизотипического диатеза. Показатели общего интеллектуального коэффициента соответствовали возрастной норме, преобладал смешанный тип личности.

Таким образом, преморбидные особенности подростков, страдающих шизофренией, были различны, проявлялись с раннего возраста, имели разную степень выраженности. У подростков с непрерывно текущей шизофренией, в сравнении с подростками с приступообразной шизофренией, достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) в преморбиде преобладали когнитивные нарушения, низкие интеллектуальные показатели и тормозимые черты.

**Выводы:** изучение феноменологии преморбидных особенностей подростков, страдающих шизофренией, может иметь большую диагностическую и прогностическую ценность.

### МНОЖЕСТВЕННЫЕ СУИЦИДЫ У ПОДРОСТКОВ

Ю. В. Попов, А. А. Пичиков  
(Санкт-Петербург)

Целью настоящей работы явилось выявление психологических факторов, обуславливающих рецидивы суицидов у подростков. Было проведено клинко-психологическое обследование 150 подростков (74 девочки и 76 мальчиков в возрасте от 14 до 20 лет включитель-

но). Были использованы различные психологические методики.

Обследуемые были разделены на 3 группы по 50 человек: с одной суицидной попыткой или стойкими суицидальными намерениями, не повторявшимися в течение 2-х лет динамического наблюдения; с двумя и более суицидными попытками; без суицидальных тенденций - контрольная группа.

Результаты исследования показали, что среди подростков с рецидивами суицидных попыток чаще встречаются следующие типы акцентуаций характера: неустойчивость, гипертимность и шизо-истероидность.

Подростки с суицидальным поведением отличаются от подростков без суицидальных тенденций тем, что у них чаще встречается состояние депрессии, но уровень депрессии не коррелирует с частотой рецидивов суицидных попыток.

Подростки с рецидивами суицидных попыток используют в фрустрирующих ситуациях неэффективные копинг-стратегии "бегство-избегание", "дистанцирование", характерные для подростков с суицидными тенденциями в целом, но они чаще прибегают к поиску социальной поддержки по сравнению с подростками с одной суицидной попыткой.

Можно сделать вывод о необходимости комплексного подхода к подросткам с рецидивами суицидных попыток, включающего в себя обязательное психологическое обследование с выбором психотерапевтической помощи в зависимости от уровней различных видов агрессии, тревоги, депрессии и использования копинг-стратегий.

### ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ЭКЗОГЕННО- ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПОДРОСТКОВ

А. А. Примоченок  
(Барнаул)

Одним из актуальных аспектов проблемы экзогенно-органических заболеваний головного мозга у подростков является их диагностика, сопряженная с трудностями распознавания данных расстройств и обусловленными этим диагностическими ошибками с вытекающими отсюда негативными медицинскими и социальными последствиями.

С целью поиска резервов повышения качества диагностики изучаемых расстройств мы проанализировали наиболее типичные недостатки выявления экзогенно-органических психических расстройств, встречающиеся в повседневной врачебной деятельности.

Сопоставление сведений, содержащихся в изученных нами историях болезни 105 подростков с органическим поражением головного мозга и данных, полученных при клиническом исследовании 79 больных, показало, что одним из значимых недостатков диагностики было неполное выявление экзогенных патогенных факторов.

В изученной медицинской документации сочетанные экзогенные воздействия фиксировались у 45,7% боль-

ных, а у клинически исследованных они выявлялись в 78,5%. Указания на перенесенные травмы головы встречались в 50,4% и 59,5% соответственно, отравления в 3,8% и 8,9%, операции под наркозом в 25,7 и 35,4%, ППЦНС в 61,9% и 71,9%, ЛОР-патологию в 11,4% и 57,0%. Показатель экзогенных вредностей, перенесенных больными, в расчете на сто человек составил 232,9 и 160 соответственно.

Были обнаружены заметные недостатки в диагностике основных психопатологических проявлений экзогенно-органических заболеваний головного мозга. При целенаправленном расспросе больных чаще, нежели при анализе историй болезни, обнаруживалась такие психоорганические расстройства как плохая переносимость жары (в 2,9 раз), духоты (в 4,1 раза), поездок в транспорте (в 3,4 раза), метеотропность (в 5,6 раз), гиперестезия (в 4,3 раза), снижение успеваемости (в 5,3 раза). Существенно реже в изученных историях болезни описывались поведенческие девиации (в 6,0 раз), такие эпилептические расстройства как дисфории (в 3,3 раза) и *de ja vu* (в 4,3 раза).

Таким образом, анализ недостатков диагностики изучаемых расстройств показал их разнообразие и большую распространенность. Поиск путей повышения качества диагностики экзогенно-органических психических расстройств имеет непосредственное значение для совершенствования лечебно-реабилитационной помощи больным, страдающим данными расстройствами и профилактики этих нарушений.

#### **О НАПРАВЛЕНИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ И ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПОДРОСТКАМИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

В. Н. Пыхтарев, Л. А. Лусс  
(Москва)

Консультативно-диагностическое лечебно-реабилитационное подростковое отделение (Подростковый Центр) психиатрической клинической больницы № 15 г. Москвы оказывает помощь подросткам в амбулаторном режиме. В реабилитационных целях состав консультируемых больных примерно одинаков. Это больные с так называемыми пограничными психическими расстройствами, расстройствами адаптации (чаще со школьной дезадаптацией). С больными проводится поэтапная медико-педагогическая и социальная реабилитация, включающая в себя целый комплекс направлений:

- 1) Подбор адекватной терапии в соответствии с уточненным диагнозом и учетом личностных особенностей, что способствует максимально возможному восстановлению психических функций у подростка (так называемая "биологическая" или "медикаментозная" реабилитация по М.М. Кабанову).
- 2) Использование "принципа партнёрства" – включение самих больных в лечебно-восстановительный

процесс, стимуляция их социальной и школьной активности.

- 3) Консультация некоторых подростков со школьной дезадаптацией с завучем или педагогами филиала общеобразовательной средней школы при ПКБ № 15 в отношении рекомендаций по виду их дальнейшего обучения. Весьма положительный эффект на таких подростках оказывало компьютерное тестирование по вопросу профессиональной ориентации.
- 4) Психотерапевтическое воздействие с применением различных видов психотерапии (от когнитивной и семейной до суггестивной).

Многолетний опыт нашей работы показывает хорошую эффективность такого комплексного подхода в лечении и коррекции подростков с пограничными психопатологическими расстройствами.

#### **СПЕЦИФИКА ЯЗЫКОВЫХ НАРУШЕНИЙ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИСТЕМНОМ НЕДОРАЗВИТИИ РЕЧИ**

Т. С. Резниченко  
(Москва)

При прогнозировании продолжительности курсового лечения определяющую роль играет выявление и фиксация специфики языковых нарушений у детей с системным недоразвитием речи. С целью выявления характера и степени речевого нарушения и с тем, чтобы выбрать конкретные методические приёмы, необходимые стимульные материалы, мы анализируем "факты речи" детей, поступающих на курсовое лечение. Нами было зафиксировано и проанализировано около 500 речевых ошибок как обнаруженных в ходе логопедических занятий, так и почерпнутых из дневниковых записей родителей. Эти "факты", а также наблюдения, известные из специальной литературы, мы сопоставили с речевыми ошибками, характерными для нормально развивающихся детей. В результате мы выделили три категории пациентов, характер ошибок которых позволяет определить содержание логопедических занятий и прогнозировать продолжительность комплексной коррекционной нейро-реабилитации. К первой категории относятся дети, у которых языковая система формируется как у типично развивающихся сверстников, но значительно медленнее. Ожидаемая продолжительность курсового лечения в этом случае составляет 1 год. Для второй категории характерно наличие языковых явлений, качественно отличающихся от возможных в нормативной языковой системе даже на ранних этапах её развития. В этом случае ожидаемая продолжительность курсового лечения не меньше 2-х лет. Дошкольники этих двух категорий в дальнейшем могут обучаться по общеобразовательной программе. Когда "факты речи" позволяют предполагать, что речевая деятельность носит случайный и бессистемный характер, а языковые средства не образуют языко-

вой системы, – третья категория детей – необходимо длительное обучение по коррекционной программе. Таким образом, специфика языковых нарушений становится и диагностическим показателем.

### ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕЦИИ ДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ-СИРОТ С ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Л. С. Рычкова, С. А. Супрун  
(Челябинск)

**Цель исследования:** установление типологии дезадаптационных расстройств у детей-сирот с легкой умственной отсталостью для разработки дифференцированного подхода к коррекционным мероприятиям.

**Материал и методы исследования.** С помощью клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов было обследовано 112 детей-сирот с легкой умственной отсталостью (ЛУО) в возрасте от 7 до 18 лет.

**Результаты и обсуждение.** Все обследованные имели дезадаптационные расстройства, проявляющиеся непсихотической психопатологической симптоматикой. В соответствии с ведущими клиническими проявлениями дети были распределены по трем группам, которые были обозначены в виде основных типов дезадаптационных расстройств (ДР): агрессивно-дисфорического, астено-гипобулического и аддиктивного. Преобладающими оказались агрессивно-дисфорический тип (50,9%), аддиктивный тип встречался в 26,8%, астено-гипобулический тип в 22,3%. При агрессивно-дисфорическом типе ДР необходимо обучение позитивным коммуникативным навыкам, методам самообладания, применение медикаментозной коррекции. Формирование ДР по астено-гипобулическому типу требует взаимодействия дефектолога, логопеда, психолога, психиатра, выработки индивидуальной программы обучения и развития. При аддиктивном типе ДР акцент следует делать на санитарном просвещении, стационарном лечении, прерывании асоциальных контактов, предотвращении рецидивов.

**Вывод.** Дифференцированный подход с выделением типологических особенностей дезадаптационных расстройств у детей-сирот с легкой умственной отсталостью позволяет повысить эффективность коррекционных мероприятий.

### КОМПЛЕКСНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

А. А. Северный  
(Москва)

Цель исследования: определить критерии подхода к коррекции психовегетативных расстройств у детей в педиатрической клинике.

Материал. 457 детей в возрасте от 3 лет до 17 лет, страдающих разнообразными функциональными соматовегетативными расстройствами.

Результат. Психопатологическая симптоматика у данных больных: аффективные расстройства, преимущественно депрессивные, в том числе биполярные, аффективно-бредовые состояния, личностные, невротические и невротоподобные расстройства, психоорганическая патология. У родителей выявляется аффективная, невротическая и личностная патология. Семьи больных характеризуются как безысходные, гиперпротективные, ригидные и неспособные к разрешению конфликта. При проведении психофармакотерапии с вовлечением в коррекционный процесс родителей больного ребенка в подавляющем большинстве случаев достигается значительный положительный эффект. Последующая динамика психовегетативного синдрома заключается при повторении обострений в постепенном смещении клинической картины в сторону преобладания психопатологической симптоматики и стирания соматовегетативных расстройств.

Обсуждение. Принципы коррекции психовегетативной патологии у детей: 1) семейный подход, 2) комплексность (участие педиатра, психиатра, психотерапевта/семейного терапевта, патопсихолога, сочетание специфической соматотропной терапии с психофармакотерапией, психотерапией ребенка и семьи), 3) минимальная достаточность психофармакотерапии, 4) социотерапевтические мероприятия, 5) при назначении психофармакологических препаратов необходимо учитывать их максимальную вегетонейтральность, минимальную аллергогенность, сочетаемость с соматотропными препаратами, усиление роли психофармакотерапии и психотерапии при нивелировании соматотропной терапии в дальнейшем течении психовегетативного синдрома.

### КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

А. А. Седова, В. Л. Красненков  
(Тверь)

Цель работы – изучение состояния психического здоровья и социально-гигиенических проблем у подростков с ЗПР, находящихся на обучении и воспитании в специализированном интернате. Обследовано 100 подростков с ЗПР (основная группа). Сравнительную группу составили 100 человек, страдающих умственной отсталостью легкой степени (УО). Контрольная группа – 100 детей-сирот. Возраст 12–16 лет. Использовалась анкета, содержащая 88 вопросов по различным социально-гигиеническим аспектам подросткового возраста. У лиц с ЗПР достоверно преобладали остаточные явления органического поражения головного мозга (68), краевая психопатия – у 18, невропатии – у 12 обследованных. Домини-



ровали: необходимость проживания в интернате, обеспеченность употреблением ПАВ и вероятностью заражения ИППП, в т.ч. ВИЧ. У лиц с ЗПР выявилась проблема одиночества и отсутствия эмпатических контактов с родственниками, педагогами и воспитателями. В 78% случаев выявились формы девиантного и агрессивного поведения, побеги из интерната, бродяжничество; 87 подростков проживали в неполных и социально-неблагополучных семьях. Лица с УО указывали на комфортность нахождения в интернате (побеги ими чаще совершались при нахождении в семьях). Злоупотребление ПАВ среди подростков с УО не вызывало беспокойности. Лица с УО были безразличны к риску заражения ИППП, не тяготились одиночеством, указывали на недостаточность привязанности между сверстниками. У сирот преобладали проблемы сохранения контактов с дальними родственниками, одиночества, поддержки адекватной интердикции в референтной группе. В связи с этим является актуальным привлечение для постоянной работы подростков психиатров, неврологов, психотерапевтов, клинических и возрастных психологов, а также социальных работников.

#### ПСИХОТИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ)

Н. В. Симашкова, Т. П. Ключник, Л. П. Якупова,  
Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев,  
А. И. Хромов  
(Москва)

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является ключевой в современной психиатрии в связи с их высокой распространенностью (50–100 на 10 000 детей) и инвалидизацией. В 50% случаев РАС связаны с проявлениями психозов, основное место среди которых занимают детский психоз (ДП) и атипичный детский психоз (АДП), имеющие неодинаковые исходы и разную нозологическую принадлежность.

**Цель работы.** Дать клинко-психопатологическую, нейрофизиологическую, иммунологическую и клинко-психологическую квалификацию психотических форм РАС.

**Материал.** 80 больных в возрасте от 3 до 12 лет с психотическими формами РАС: 52 больных с ДП – F84.0 и 28 больных с АДП – F84.1 (МКБ-10, 1995, 1999), проходивших лечение (базисная терапия нейролептиками и ноотропами в возрастных дозах) в отделе детской психиатрии НЦПЗ РАМН в 2006–2010 гг.

**Результаты.** Кататонические расстройства и аутизм являются ведущими в психозе у больных ДП и АДП, но не свидетельствуют однозначно о неблагоприятном прогнозе. Присутствие регрессивных нарушений при АДП определяет неблагоприятный исход, устойчивость когнитивного дефицита, являясь предиктором олигофреноподобного дефекта.

Вышеописанные типы психотического аутизма имеют разные нейрофизиологические маркеры. При АДП на ЭЭГ преобладает тета-ритм, как ритм регресса. Индекс альфа-ритма значительно снижен. При ДП тета-ритм никогда не прослеживается; в периоде психоза преобладает бета-ритм, сохраняется неравномерный по частоте альфа-ритм, в ряде случаев наряду с альфа-ритмом отмечается выраженный сенсомоторный ритм.

ДП и АДП отличаются также по ряду иммунологических показателей, вовлеченных в процессы развития мозга. Так, для АДП с прогрессивным течением болезни, но не для ДП, характерен выраженный аутоиммунный компонент к нейроантигенам. Активность лейкоцитарной эластазы повышена при обеих выделенных психотических формах аутизма и коррелирует с остротой состояния.

ДП и АДП имеют разные исходы когнитивных нарушений: сохранение стабильного когнитивного дефицита (КД) при АДП (детской шизофрении) и нивелировку КД на фоне абилитации с выходом в когнитивный дизонтогенез при ДП (детском аутизме).

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЯГКОГО АУТИЗМА В ДЕТСКОМ, ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (ПО ДАННЫМ КАТАМНЕЗА)

В. М. Сомова  
(Москва)

Детский аутизм характеризуется разнообразием проявлений и неравномерной динамикой психического развития. Изучалось состояние лиц, страдавших в детском возрасте мягким детским аутизмом с сохраненными интеллектуальными возможностями.

Обследовано 80 таких пациентов (11 женщин и 69 мужчин) в возрасте от 16 до 34 лет. Наряду с клиническим и катанестическим методами, использовались шкалы для оценки расстройств аутистического спектра и СДВГ у взрослых (ASDI, ASDASQ, ASRS).

Было выделено две группы. В первую из них вошло 38 мужчин и 2 женщины. В детстве их психическое состояние определялась СДВГ с нарушением поведения (100%), тиками (69%), стереотипиями (43%), церебральным синдромом (59%), что часто требовало медикаментозной коррекции (79%). К старшему подростковому и юношескому возрасту указанные явления сглаживались и на первый план выходили аффективные расстройства (87%), тревожно-фобическое (59%) и обсессивно-компульсивное расстройство (29%). Эти расстройства часто сочетались. Примерно половина пациентов данной группы к психиатрам не обращалась. 30% юношей были впервые обследованы по направлению РВК, лечение у них не осуществлялось. После 21 года количество обратившихся составило 2,5%.

Во вторую группу вошли 31 мужчина и 9 женщин. Психические расстройства в детстве выявлялись у них реже: СДВГ – в 60% случаев, как правило, без гиперактивности,

тики – в 32%, церебрастенический синдром – в 37%, стереотипии – в 30%. Только 6 человек (15%) в детстве обращались к психиатру или неврологу. К психиатру они обычно попадали лишь в подростковом и юношеском возрасте (72%), причём 41% юношей – по направлению из РВК. В клиническом состоянии у этих больных доминировали аффективные расстройства (90%), нередко с витальной депрессией и суицидальными тенденциями (62%).

#### **ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОПРИЗЫВНИКОВ**

Т. В. Стоялова, Т. И. Иванова, О. Е. Крахмалева  
(Омск)

Большое место в работе подростковой психиатрической службы занимает обследование лиц приписного возраста, направленных на обследование от РВК.

При анализе материалов амбулаторного и стационарного обследования допризывников в период с 1994 по 2009 гг., установленное количество обследуемых составило 11221 человек, из них амбулаторно – 6039, стационарно – 5182 человека. При анализе динамики количественного состава обращает на себя внимание значительное увеличение числа пациентов, приходящееся на период с 2000 г. по 2005 г. По материалам обследования лиц допризывного возраста выявляется следующая тенденция: отмечается снижение количества подростков с интеллектуальным недоразвитием, направляемых на стационарное обследование. Наиболее заметные изменения в структуре обследуемых наблюдаются среди лиц с органическими психическими расстройствами. Отмечается отчетливая тенденция их снижения в структуре обследованных амбулаторно (1994 г. – 16,8%; 2009 г. – 4%), в то время как существенно увеличилось их количество в структуре стационарного обследования (1994 г. – 16,2%; 2009 г. – 46,3%). В результате этого отмечаются изменения и в диагностике клинических проявлений данного заболевания: ранее на первое место выступали церебрастенические проявления, в настоящее время чаще диагностируются эмоционально-волевые нарушения на фоне бессимптомного течения заболевания. Количественный состав лиц допризывного возраста с эндогенными и аффективными психозами как амбулаторно, так и в стационаре на протяжении многих лет остается неизменным.

#### **БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ**

Н. К. Сухотина, И. Л. Крыжановская,  
Т. А. Куприянова, В. В. Коновалова,  
Е. А. Филлипова  
(Москва)

Данные официальной медицинской статистики свидетельствуют о стойкой тенденции роста непсихотических

расстройств среди всех возрастных групп населения, наиболее отчетливо прослеживающейся среди детско-подростковой популяции.

Пограничные психические расстройства (ППР) – это расстройства преимущественно невротического и патохарактерологического спектров, в возникновении которых ведущая роль принадлежит психогенным факторам при наличии в большинстве случаев “органической предрасположенности” и взаимосвязи болезненных расстройств с личностно-типологическими особенностями больного.

Соответственно первичная профилактика ППР должна быть направленной на выявление детей с низкими показателями психического здоровья и проведением мероприятий, направленных на повышение адаптационно-компенсаторных механизмов организма, устойчивости индивидуально-личностных особенностей индивида к различным видам психогений.

Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что прием нейрометаболических средств в профилактических целях решает проблему расширения диапазона адаптационных свойств организма путем оптимизации сомато-вегетативных, когнитивных и эмоциональных составляющих их психической деятельности.

Основной задачей вторичной профилактики является минимизация психосоциальных факторов риска (ситуация воспитания в аномальной семье, хронический стресс, связанный со школой, комбинированные аномальные психосоциальные ситуации в семье и школе) методами психолого-педагогической коррекции, поведенческой и других видов психотерапии, а также оказания индивидуальной помощи ребенку или подростку в решении личных психосоциальных проблем.

#### **ПОЛОВЫЕ ОТЛИЧИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**

Е. Д. Счастный, В. Я. Семке, Н. М. Попова,  
Ю. Н. Клесюк  
(Томск)

Обследуемые подростки были разделены на три группы в зависимости от суицидальных действий: лица с аффективными, манипулятивными и истинными попытками. У девушек доминировали лица с аффективными попытками – 46%, у юношей истинные суициды – 51,9%. При исследовании психотравмирующих обстоятельств, приведших к суицидальным попыткам, преобладал конфликт, у юношей длительность составляла несколько дней, у девушек продолжительность составляла от месяца и более. В отличие от взрослых суицидентов, конфликт не носил тяжелого характера. Мотив суицидов представлен – любовными конфликтами, конфликтами с родителями и неприятностями в школе (ПТУ). В группе истинных суицидов доминировал мотив одиночества как у юношей, так и девушек. В группе аффективных суицидальных попыток преобладала суицидальная настроенность у 62,3% юношей и 25,3% девушек. В данной группе доминировал длительный пресуицидаль-

ный период и истинные суицидальные намерения с желаниями смерти. При изучении связи между депрессией и суицидальным поведением в клиническом аспекте необходимо выделить предикторы суицидального риска. Суицидальные мысли носили пассивный характер и рассматривались в качестве облигатных симптомов депрессии. Угроза суицида увеличивалась при психических депрессиях. В группе аффективных суицидальных попыток преобладал дисфорический аффект у юношей (65,3%). Суицидальные действия юношей имели эндогенный радикал, обусловленный биологическими факторами: среди них преобладали пациенты с депрессиями, расстройствами личности, социальной дезадаптацией – асоциальным поведением. Девушки отличались большой способностью к самоанализу, глубиной переживаний.

Выявленные особенности суицидального поведения подростков необходимо учитывать при форме наблюдения, стратегии и тактике терапии.

#### **ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ У ПОДРОСТКОВ**

Д. О. Тарасов  
(Тюмень)

**Целью** нашего исследования явилось изучение пограничных психических расстройств при туберкулезе у подростков.

Материал и методы исследования. Был обследован 91 подросток в возрасте от 13 до 17 лет, находящийся на лечении в отделении легочного туберкулеза и детском противотуберкулезном санатории. Проводилось клинко-психопатологическое исследование, которое дополнялось клиническими шкалами (госпитальная шкала тревоги и депрессии; субъективная шкала оценки астении (MFI-20).

**Полученные результаты.** Пограничные психические расстройства выявлялись у 64,8% больных. Органический фон как основа нарушений был обнаружен у 40,7%. Астено-вегетативный синдром определялся в 21,9%, тревожно-астенический – в 9,9% случаев. На долю астено-ипохондрического и неврастенического синдромов приходилось по 1,1% наблюдений. По данным MFI-20 общая и физическая астении определялись в 34,6% и 28,4%. Депрессивные расстройства диагностировались у 19,8% больных, что согласуется с результатами госпитальной шкалы тревоги и депрессии, по результатам которой у 6,8% выявлялась клиническая, у 11,4% субклиническая депрессия. Клинически выраженная тревога диагностировалась в 20,5%. Депрессивные нарушения у подростков были представлены по структуре сложными синдромами: астено-депрессивным в 11% и тревожно-субдепрессивным в 4,4%. В остальных случаях отмечалась фобическая депрессия. У 11% подростков наблюдались транзиторные расстройства личности, которые были представлены в 7,7% истерическим, в 2,2% возбудимым, в 1,1% эмоционально-неустойчивым вариантами. Таким образом, у подростков с туберкулезом часто

встречаются пограничные психические нарушения, требующие назначения психофармакотерапии.

#### **ИССЛЕДОВАНИЕ КАТАМНЕЗА БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА**

О. Ю. Уваровская, О. З. Хайретдинов  
(Самара)

Целью катамнестического исследования было уточнение значимости клинко-этиологических дифференциально-диагностических признаков для различных форм детского аутизма и определения их клинического и социального прогноза.

В исследование были включены 142 ребенка с детским аутизмом, атипичным аутизмом, синдромом Аспергера и детским типом шизофрении. Для определения выраженности аутистических расстройств были использованы оценочные шкалы CARS (Schopler et al., 1988) и GARS (Gilliam, 1995). Учитывались клиническая динамика, частота госпитализаций, случаи трансформации диагноза, эффективность медикаментозной терапии, а также учебная адаптация (программа и форма обучения). Прогностически благоприятными клинко-этиологическими признаками оказались относительная сохранность глазного контакта (0,08), соответствующая ситуации улыбка (0,14), элементы кокетливости (0,06), отсутствие выраженного гипердинамического синдрома (0,12). Наименее благоприятный катамнез отмечен при процессуальном аутизме – с усложнением продуктивной симптоматики, в частности редуцированного кататонического синдрома, и формированием олигофреноподобного дефекта. Среди детей этой группы более половины детей были вынуждены прекратить школьное обучение. Прогноз при органическом аутизме оказался неоднородным – две трети детей на момент проведения исследования учились в школе. Однако при грубом органическом аутизме чаще наблюдалась трансформация в картину атонической олигофрении умеренной и выраженной степени.

Результаты исследования показали, что клинический вариант детского аутизма определяет дальнейшее течение и прогноз заболевания, а также социальную адаптацию и качество жизни пациентов.

#### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

О. З. Хайретдинов, Д. В. Романов,  
В. С. Баранов  
(Самара)

Лечение большинства психических расстройств детского и подросткового возраста может осуществляться только в тесном контакте с родителями пациента, от которых зависит следование плану лечения и первичный контроль за его динамикой.

Возможным препятствием может быть дефицит продуктивного взаимодействия членов семьи и специалистов лечебно-коррекционных учреждений. В основе неконструктивного поведения родителей на разных этапах оказания помощи могут лежать вторичные расстройства невротического и патохарактерологического регистров, обусловленные психической травматизацией в связи с болезнью ребенка. Специалисты, ориентированные на профессиональное доминирование (Freidson E., 1970), нередко с досадой воспринимают “неоптимальное” отношение к лечению родителей пациента, замыкая тем самым порочный круг неудовлетворенности взаимодействием и снижая уровень комплаентности. Понимание подобных механизмов позволяет избежать прямолинейной “активной атаки” на имеющее защитное значение поведение родителей, а также быть средством профилактики профессиональных деформаций личности специалистов. Узкая специализация и дефицит комплексных полипрофессиональных структур оказания лечебно-реабилитационной помощи приводят к противоречивым рекомендациям, вынуждая родителей выполнять активную функцию организаторов комплексной помощи ребенку.

Оптимизация детской психиатрической помощи требует осуществления психосоциальной терапии семейного окружения, в том числе выявления, учета и коррекции вторичных психогенных психических расстройств и явлений аутостигматизации у родителей, и предполагает активное формирование партнерских отношений со специалистами.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕСУИЦИДАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНУЮ ПОПЫТКУ В РАМКАХ “ОСТРОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС”**

Ю. Б. Хмелева, Н. Е. Завьялова  
(Новокузнецк)

Проблема суицидов у молодежи актуализировалась в последние годы во всем мире в связи с резким подъемом уровня самоубийств (В.Ф.Войцех, 2008). Среди обследованных нами 120 детей и подростков в возрасте от 8 до 18 лет включительно, пациенты, совершившие суицидальную попытку в рамках “острой реакции на стресс” (F43.0) составили 52,5%. В данной клинико-динамической группе 90,5% совершенных суицидальных попыток были квалифицированы как шантажно-демонстративные. Предшествующие однократные суицидальные попытки наблюдались лишь у 7,9% подростков. Суицидогенное значение для пациентов данной подгруппы имели следующие ситуации: неудовлетворенность поведением других – 34,9%, потеря значимого другого – 26,8%, несправедливое отношение – 17,5%, неблагоприятный поступок – 15,9%, падение престижа – 1,6% и изменение привычного стереотипа жизни – 1,6%.

Длительность пресуицидального периода варьировала: моментально реализовали суицидальную попытку 19,0% подростков, в течение одного часа – 41,3%, в течение нескольких часов – 36,5%, в течение суток – 3,2%. Решение покончить с собой заранее не обдумывалось, возникало непосредственно в стрессовой ситуации и в большинстве случаев осуществлялось импульсивно по механизму “короткого замыкания”. Отмечалось понимание эффективности достижения цели с помощью самоубийства, осознанное желание повлиять на окружающих и при этом остаться в живых. В основе суицидального поведения лежало сильно аффективно заряженное сверхценное переживание обиды, острого недовольства окружающими или самим собой, стремление отомстить, наказать лиц, виновных в этих переживаниях.

Выбор средств и методов самоубийства основывался на ситуационной доступности и значительно реже на представлении о “мягкости” способа, его безопасности. Чаще принималась смесь медикаментов – 46,0%. При этом в большинстве случаев, приняв определенную дозу медикаментов, подростки оставляли оставшиеся таблетки или упаковки на виду.

Таким образом, у подростков, совершивших попытку самоубийства в рамках “острой реакции на стресс”, в пресуицидальном периоде наиболее часто встречались сверхценные переживания обиды (42,9%) и сверхценная привязанность (23,8%), реже отмечались желание мести (14,3%), опасение наказания (7,9%).

#### **ОСОБЕННОСТИ ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ- ИНВАЛИДОВ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ**

О. В. Хорошавина, В. И. Багаев  
(Киров)

Семьи, воспитывающие детей с ограниченными возможностями, относятся к категории высокого социального риска. Особенности воспитания данного контингента зависят от широкого спектра внутрисемейных отношений.

**Цель:** изучить типологию внутрисемейных отношений и стиль воспитания детей-инвалидов с умственной отсталостью.

**Материал и методы исследования.** Нами проведено обследование 97 родителей, воспитывающих детей-инвалидов с умственной отсталостью. Для диагностики использовался опросник “Анализ семейных взаимоотношений” (АСВ).

**Полученные результаты.** По типу воспитания преобладала гиперопека (43%). Стиль воспитания характеризовался сверхзаботливым отношением к ребёнку, мелочной регламентацией образа жизни семьи в зависимости от самочувствия ребёнка, ограничением его от социальных контактов.

Эмоциональное отвержение встречалось у 36% родителей и проявлялось снижением эмоциональных контактов родителей с ребёнком. Родители фиксировали излиш-

нее внимание только на лечении ребёнка, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу.

Следующая группа характеризовалась стилем холодного общения с ребенком – гипопротекцией (11%). Отношения проявляются в пессимистическом взгляде на будущее ребёнка, в постоянном ограничении его прав.

Нормальный тип воспитания отмечался у 10% обследованных. Эта группа характеризовалась конструктивной и гибкой формой отношений родителей и ребёнка в совместной деятельности. Как образ жизни, такой стиль возникает при вере родителей в успех своего ребёнка и его компенсаторные возможности при адекватном осмыслении необходимого объёма медицинской и психосоциальной помощи.

Таким образом, родители нуждаются в психологической коррекции и психотерапевтической поддержке с целью выработки адекватного отношения к больным детям и улучшения их качества жизни.

### ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ИНВАЛИДОВ

Е. В. Черепанова  
(Москва)

Дети-сироты поставлены условиями жизни в исключительно экстремальные условия бытия. Награжденные иждивенческими установками, низким уровнем социального интеллекта и компетентности, а также лишённые родительской заботы и психологической поддержки, большинство детей-сирот становятся жертвами венерических заболеваний, нежеланного зачатия, а также сексуального насилия. Основными причинами, приводящими к столь печальному результату, являются недостаточная психолого-педагогическая подготовленность воспитателей детских домов и отсутствие сексуального просвещения в данных учреждениях. Предоставляемая государством социальная помощь оказывается малоэффективной. В последние годы психологи появились во всех образовательных учреждениях, однако менее разработанными оказались программы по оказанию психологической помощи детям, находящимся в тяжелой кризисной ситуации, а программы полового воспитания так и не существует. Результаты психологического обследования свидетельствуют о значительных проблемах в развитии личности большинства воспитанников детских домов во всех возрастных группах. Но именно в подростковом возрасте на первый план формирования личности выходят проблемы, связанные с полом, половым поведением и развитием. Однако условия, в которых оказываются дети-сироты, к сожалению, не способствуют формированию позитивных черт личности, а подростковая гиперсексуальность заставляет их сосредотачиваться исключительно на своих телесных и чувственных ощущениях.

Проблема оказания помощи детям “группы риска” требует повышения квалификации психологов, нуждается в специалистах сексологах, которые в разработку и

построение реабилитационных и психокоррекционных программ добавили бы разделы полового воспитания детей-подростков, что позволило бы компенсировать определенные стороны психического развития, помогло бы ребенку овладеть навыками социальной компетенции, избежать сексуального насилия.

### ОСОБЕННОСТИ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА У ДЕТЕЙ С УХОДАМИ И БРОДЯЖНИЧЕСТВОМ

Т. Н. Чижова, Е. В. Малинина, Л. А. Бенько  
(Челябинск)

**Целью** данного исследования было изучение преморбидных особенностей детей, с уходами и бродяжничеством.

**Материалы и методы** исследования: клинико-психопатологический, катamnестический, статистический. Было изучено 122 ребёнка мужского пола в возрасте от 10 до 15 лет с нарушением поведения, сопровождающимся уходами и бродяжничеством.

**Результаты исследования:** При оценке дошкольного возраста с помощью кластерного анализа выделено 3 группы обследованных. В первую группу (n=23, 18,9%) вошли дети с высоким уровнем аффективно-поведенческих и оппозиционно-вызывающих нарушений. Вторая группа (n=67, 54,9%) имела минимальные значения как по фактору аффективно-поведенческих нарушений, так и по фактору сомато-вегетативных нарушений (в подавляющем большинстве случаев у них не регистрировались показатели нарушений поведения и невропатические симптомы). Третья группа (n=32, 26,2%) – с максимально выраженными сомато-вегетативными нарушениями и ярко представленными признаками психического инфантилизма.

Особенности дебюта ухода и бродяжничества показали, что в первой группе преобладали ухода из дома и из школы, они носили реактивный характер, им предшествовали конфликтные ситуации. В дебюте второй и третьей группы преобладали ухода из школы, что было связано с отсутствием мотивации к обучению и низкой успеваемостью, были зарегистрированы противоправные действия. По месту нахождения во время уходов все дети первой группы уходили в определенные места, о которых знали заранее. Дети второй и третьей группы, наоборот, в своём большинстве уходили в неопределённом направлении, не зная заранее где и с кем будут находиться. По причинам уходов в первой группе преобладающей была реакция активного протеста (конфликтные ситуации). Во второй и третьей группах преобладающими были реакции группирования, пассивного протеста, ухода не имели связи с конфликтными ситуациями.

**Выводы:** Результаты исследования позволяют прогнозировать развитие расстройств поведения с уходами и бродяжничеством в дошкольном возрасте. К факторам риска можно отнести невропатическую симптоматику, аффективную возбудимость, оппозиционное поведение, психический инфантилизм. Выделение вышеперечислен-

ных критериев позволяет оптимизировать лечебно-реабилитационные мероприятия уже в дошкольном возрасте.

### СОЦИАЛЬНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В. Ф. Шалимов

(Москва)

Освещается алгоритм оказания консультативной, лечебно-оздоровительной, коррекционно-реабилитационной помощи детям с пограничными психическими расстройствами (ППР) в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида. Дана характеристика уровня психических расстройств, при которых могут использоваться стационарзамещающие технологии; раскрыты критерии диагностики пограничных психических расстройств у детей, включая обратимые формы нарушений возрастного психического и личностного развития. Разработаны основные направления комплексной медико-социальной помощи с учетом типологии пограничных психических расстройств и оптимального соотношения мер коррекционно-реабилитационной и лечебно-оздоровительной помощи, которые могут быть реализованы на основе стационарзамещающих технологий. С учетом системного анализа пограничных психических расстройств на основе принципов многоосевой диагностики разработаны требования к модели медико-социальной помощи детям младшего школьного возраста в условиях образовательного учреждения компенсирующего вида. Разработанная модель комплексной медико-психолого-педагогической коррекционно-реабилитационной помощи детям с ППР ориентирована на восстановление их школьной успешности и оптимальную интеграцию детей в нормативную образовательную среду. Данная концепция консультативно-диагностической и коррекционно-реабилитационной помощи детям с ППР реализована в рамках Городской экспериментальной площадки (Проект "Дети с пограничными психическими и поведенческими расстройствами").

### АУТИЗМ КАК ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЕ НЕПАРОКСИЗМАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО

М. В. Шелудько, И. Н. Вакула

(Краснодар)

В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что эпилептическая разрядная активность в функционально значимых областях мозга приводит к внеприпадочным расстройствам мозговых функций не только у больных эпилепсией, но и у больных без эпилептических припадков с поведенческими, когнитивными, аффективными или аутистическими расстройствами.

На 01.01.10 г. под наблюдением детских психиатров находятся 749 (585 мальчиков и 164 девочки) детей с аутизмом, синдромами аутизма, аутизмоподобными расстройствами, т.е. распространенность составляет 9,0 на

10 000 детского населения. Соотношение девочек и мальчиков: 1:3,5.

В связи с отсутствием ответа или наличием парадоксального или неадекватного ответа на антипсихотики детям с аутизмом (с отсутствием эпилептических припадков) проводился ЭЭГ – видео ночной мониторинг на предмет наличия патологических паттернов. Выявлена группа детей из 25 человек в возрасте от 3 до 13 лет (модальный возраст 6 лет), из них 20 мальчиков и 5 девочек с диагнозом: атипичный аутизм на резидуально-органическом фоне эндогенного генеза (12), атипичный аутизм с умственной отсталостью (9), стойкое гиперкинетическое расстройство с чертами аутизма (4). Патологические ЭЭГ-паттерны: длительно или постоянно наблюдаются "острые-медленные волны" или "пик-волны", чаще в лобно-центральных или лобно-передне-височных областях, как справа, так и слева. Основные симптомы: трудности в общении, гиперкинетический синдром, речевые нарушения разной степени выраженности, аффективные нарушения, агрессия и самоагрессия, обсессивно-компульсивный синдром. Назначено лечение АЭП, в основном препараты вальпроевой кислоты (депакин хроносфера 9 чел., депакин хроно – 6, конвулекс – 3), кроме того, кеппра (4 чел.), ламиктал (3 чел.). Длительность лечения от 3 до 9 мес. Отмечается положительная динамика в плане улучшения общения, в том числе вербальное, упорядоченное поведение. Посещает образовательное учреждение 21 ребенок. При сочетании выраженной ретардации с отсутствием речи и гиперактивности и/или обсессивно-компульсивного синдрома положительный эффект был получен только при сочетании АЭП с антипсихотиком (антидепрессант или атипичный нейролептик).

### ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ОТКЛОНЯЮЩЕГОСЯ ПОВЕДЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ НА ПРИМЕРЕ АЛТАЙСКОГО КРАЕВОГО ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

И. И. Шереметьева, В. Н. Видяшкин

(Барнаул)

На фоне отчетливой тенденции к росту проявлений и формированию новых форм отклоняющегося поведения в подростковом возрасте и повышения распространенности коморбидных форм отклоняющегося поведения, влияющих на процессы социальной дизадаптации подростков, наблюдается определенная трансформация доминирующих "идеологических" течений в молодежной субкультуре, во многом определяющая общие тенденции поведения несовершеннолетних.

С целью изучения структуры нарушений поведения у современных подростков на базе АКПДД обследовано 73 подростка (36 юношей, 37 девушек) во время амбулаторного приема. Анализ дисциплинарных ресурсов у обследованных показал, что 70% юношей и 68% девушек неоднократно разбирались на комиссиях по делам несовер-

шеннолетних и несли административные наказания. Принимая во внимание время, проводимое за компьютером, продолжительность просмотра телепередач, а так же предпочтение, отдаваемое общению со сверстниками, можно прийти к заключению, что подавляющее большинство обследованных нами подростков с отклоняющимся поведением ориентированы на праздное времяпрепровождение, нарушающее процессы обучения, формирование интеллектуальных способностей, искажающее развитие личностных качеств, что впоследствии отрицательно влияет на социальную адаптацию человека в обществе. У 66% юношей и 92% девушек наблюдались побеги и бродяжничество. При этом отмечено, что девушки имеют тенденцию сбегать чаще, зато юноши способны отсутствовать более продолжительное время, и почти в половине случаев род занятий у юношей, находящихся в бегах, носил ярко выраженный криминальный оттенок.

Рассматривая суицидальное поведение у обследованных нами подростков, выявлено, что суицидальные угрозы у юношей наблюдались в 44% случаев и носили как демонстративный, так и протестный характер с одинаковой частотой. В группе девушек суицидальные угрозы наблюдались у 63% обследованных, из них в 60% случаев угрозы носили демонстративный характер, у 27% наблюдались угрозы шантажного содержания, и у 13% отмечались протестные суицидальные угрозы.

Все это, в какой-то мере, позволяет спрогнозировать социальные последствия и диагностические проблемы, которые возникают на современном этапе развития подростковой психиатрии, а так же сориентироваться в тактике лечения и экспертизе данных расстройств.

#### ДИНАМИКА ДЕТСКИХ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

О. П. Шмакова, О. О. Андреева  
(Москва)

Клинико-катамнестически (до возраста старше 18 лет) прослежены 43 пациента (м – 27; ж – 16), имевших инвалидность детства в связи с умственной отсталостью (далее – УО) различных степеней (26 чел.), шизофренией (11 чел.), органическими расстройствами в т.ч. эпилепсией (6 чел.).

После 18 лет I и II группы получили – 86% (37 чел.); 12% (5 чел.) отказано в инвалидности взрослого возраста. Продлившие инвалидность наблюдались с тяжёлой, умеренной, отягощённой лёгкой УО; рано манифестировавшей шизофренией; тяжёлыми органическими расстройствами и эпилепсией с интеллектуальным недоразвитием. Из не получивших группу инвалидности, двое наблюдались с лёгкой УО, отягощённой сопутствующими заболеваниями, компенсировавшимися до наступления совершеннолетия; один – с задержкой развития и грубым недоразвитием речи, скорректированным в школьном возрасте; двое страдали шизофренией (психотические эпизоды перенесли после периода нормального онтогенеза) – оба не пероформили инвалидность вследствие слабой выраженности

психопатологических расстройств к 18 годам, высокой социальной адаптации – они являлись студентами ВУЗов.

Анализ динамики инвалидности детства показал, что среди обследованных, лишь у 12% к совершеннолетию компенсировались ограничения жизнедеятельности, общая трудоспособность оказалась не сниженной. Высокий реабилитационный потенциал реализовался у инвалидов, наблюдавшихся в детстве с лёгкой УО, за счёт компенсации отягощающих и сопутствующих заболеваний; больных шизофренией приступообразного негрубопрогредиентного течения, с первым эпизодом приходившимся на поздний дошкольный период, к 18 годам вышедшим в ремиссию без выраженных апато-булических и интеллектуальных нарушений.

#### СИНДРОМ “ЛИШЕННЫЕ РОДИТЕЛЬСКОЙ ОПЕКИ”

Л. Н. Юрьева, Э. И. Гура  
(Днепропетровск)

Согласно данным Юнисеф среди детского населения Украины дети лишённые родительской опеки (ДЛРО) составляют 1,24% (в России этот показатель составляет 0,44%). В приютах г.Днепропетровска нами было клинически и психологически обследовано 162 подростка, лишённых родительской опеки (10–18 лет).

**Результаты исследования.** Катастрофический стресс переживали – 40,4% и чрезмерно-тяжелый стресс – 59,6%. Были выявлены следующие акцентуации характера: эпилептоидный и смешанный эпилептоидный – 66%; гипертимный и смешанный гипертимный – 20%; шизоидный – 5%; смешанный лабильный – 3%; истерический, неустойчивый, психастенический – по 2%.

Выявлено нарушение половой идентичности: у 66% девочек и 8% мальчиков черты характера не соответствуют полу; у 8% девочек и 2% мальчиков – отсутствует преобладание мужских или женских черт. Нарушение половой идентичности порождает проблему второго поколения. Эти дети не смогут выполнять функции хороших родителей во взрослой жизни.

Расстройства социального поведения диагностированы у 31% детей; смешанные расстройства поведения и эмоций – у 64% детей. У ДЛРО выявлена зависимость от одного или нескольких психоактивных веществ: 88% – никотиновая зависимость; 84% – алкогольная зависимость; 26% – зависимость от летучих растворителей; 5% имеют опыт употребления опиатов, каннабиноидов, галлюциногенов, психостимуляторов.

22,6% детей демонстрируют суицидальную активность и нуждаются в неотложной психолого-психиатрической помощи.

**Выводы.** Полученные данные послужили основой для выделения нами синдрома лишения родительской опеки и разработки 10-ти шаговой программы преодоления аутодеструктивного поведения у детей, лишённых родительской опеки.

## ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ

### ПРОТЕКТОРНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИ ПСИХОГЕНИЯХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза  
(Оренбург)

С целью исследования протекторных психологических механизмов при психогениях в позднем возрасте (ПВ) обследован 201 пациент: 121 пациент в возрасте от 45 до 65 лет, 80 пациентов в возрасте от 20 до 43 лет. Методы: клинико-психопатологический (опросник SCL-90-R), патопсихологический (опросник “Индекс жизненного стиля”, методика Хейма, психологическая автобиография), статистический (критерии r-Спирмена, U-Манна-Уитни). Выделено 5 групп психогенных факторов: семейно-бытовые, производственные, нозогенные, вынужденная миграция, антропокриминогенные. Установлено преобладание в ПВ мультифакторности психогений с изменением их содержательной стороны с акцентом на макросоциальные изменения и большей уязвимостью мужчин к производственным и антропокриминогенным стрессам, а женщин к семейно-бытовым и нозогенным. В структуре психологической защиты в ПВ ведущими механизмами являются реактивные образования, регрессия и вытеснение. В копинг-поведении установлено преобладание неконструктивных вариантов в ПВ преимущественно в когнитивной сфере. Полученные данные указывают на нарушенные ценностные ориентации у позднеговозрастного контингента больных и подтверждают психогенное влияние макросоциальных изменений именно в этом периоде жизни человека (патопротекторная “зона адаптации”). Внутри же позднеговозрастной группы установлено более частое использование неконструктивных вариантов копинга у мужчин, что соответственно делает их более уязвимыми в адаптации в сравнении с женщинами. Сознательная блокировка когнитивной сферы больными в ситуации психогении в ПВ, вызванная неприятием макросоциальных изменений в обществе, с одной стороны, до развития психогенного расстройства, выполняла протекторную функцию, снимая получаемое в данный момент времени эмоциональное напряжение (принцип действия “здесь и сейчас”), но в дальнейшем препятствовала выработке конструктивных способов адаптации в изменившихся условиях жизни, выполняя патопротекторную функцию, тем самым, сближаясь с механизмами психологической защиты.

### ТЕРАПИЯ СЕНИЛЬНОГО КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА

А. В. Белов, И. Д. Даренский, В. Г. Яковлев  
(Москва)

Изучались препараты, применяемые при снижении когнитивных функций у лиц сенильного возраста, проживающих в пансионате ветеранов труда (250 человек).

Обнаружено, что нейрометаболиты (пирацетам) эффективны при снижении общей активности, идеомоторной заторможенности, вялоапатических состояниях, сонливости, депрессии с адинамией и астении. Нельзя назначать эти препараты при гиперкинезии, раздражительности и общем возбуждении, стирании черт личности с нарушением эмоционально-волевой сферы и расстройством поведения, тревожности и спутанности сознания.

Средства нейротрофического (церебролизин) и смешанного действия (кортексин) эффективны в восстановительный период после инсульта при снижении памяти, концентрации внимания, дефиците функции распознавания, речи и текста.

Нейромодуляторы (акатинол мемантин) и антихолинэстеразные средства (ипидакрин) показаны при нейро-сенсорном дефиците, снижении интереса к окружающему, повседневной и социальной активности, болезни Альцгеймера и сенильной деменции.

Вазоактивные препараты (кавинтон) наиболее эффективны при сосудистых когнитивных расстройствах вследствие нарушения мозгового кровообращения, атеросклероза: афазии, потере автономности, эмоциональной лабильности, сосудистой деменции. Дезагреганты (трентал) добавляются при головокружении, падении пожилых, нарушении походки и концентрации внимания. Позже, после некоторой стабилизации клинической картины, применяются антиоксиданты (мексидол).

Таким образом, обнаружены определенные приоритеты использования новых групп препаратов в зависимости от особенностей клиники психоорганического синдрома сосудистого и сенильного генеза.

### ДЛИТЕЛЬНАЯ ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЕМЕНТНОГО СИНДРОМА УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СОСУДИСТОГО И СОЧЕТАННОГО (СОСУДИСТО-АТРОФИЧЕСКОГО) ГЕНЕЗА МЕМАНТИНОМ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

В. Г. Будза, А. А. Баянова, Е. Ю. Антохин  
(Оренбург)

Цель: изучение эффективности и безопасности антидементного препарата мемантин при длительном (24 не-



дельном) лечении сосудистой “чистой” (СД) и сочетанной с атрофическим процессом альцгеймеровского типа (СДАТ) деменции. Обследовано 2 группы больных с деменцией умеренной (УС) и тяжёлой степени (ТС). Основная группа 20 больных, из них 14 с СД и 6 с СДАТ – основная группа (9 больных с УС и 11 – с ТС деменции), получавшая терапию мемантином в дозе 20 мг/сут. Контрольная группа 10 больных, из них 8 с СД и 2 с СДАТ (6 больных с УС 4 с ТС), лечившихся “обычными” методами без мемантина. Методы: клиничко-психопатологический, шкалы: Natchinski, CGI-I, MMSE, IADL. Учитывалось количество времени, требуемого для ухода и надзора за больными близкими (интервью). Антидементный эффект мемантина установлен на 12 неделе в большей степени у больных УС деменции по шкале CGI-I у 66,6% отмечена значительная положительная динамика; по шкале MMSE в 65,5% показатели когнитивной сферы достигали уровня лёгкой или границы с лёгкой степенью слабоумия; у 55,5% больных с УС деменции (IADL) необходимость в помощи возникала только при относительно сложных формах повседневной деятельности; бремя ухода и надзора снизилось до минимума у 33,3%, ещё у 33,3% снизилось в 1,5–2 раза. У больных с ТС деменции в 66,6% состояние умеренно улучшилось (CGI-I); по MMSE – умеренная выраженность деменции более чем 50% больных. Только 36,3% больных не нуждались в постоянной помощи (IADL). Бремя ухода и надзора у трети больных снизилось в 1,5 раза. 24 недельная терапия мемантином показала необходимость её, главным образом, для поддержания и, в меньшей степени, для улучшения достигнутого результата после 12 недельного курса. В течение всего курса терапии констатирована хорошая переносимость препарата.

#### НЕКОГНИТИВНЫЕ НЕРВНОПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Т. Г. Вознесенская, А. В. Медведева  
(Москва)

**Цель исследования** – оценка выраженности некогнитивных нервно-психических расстройств (ННПР) при легкой и умеренной степени деменции при БА, их связи с когнитивными функциями и динамики на фоне терапии. **Пациенты.** Основная группа – 22 пациента с легкой и умеренной стадией БА. Средний возраст – 72 года. Больные обследованы до и после 3-х месяцев терапии галантамином от 8 до 16 мг/сут., или мемантином 20 мг/сут., или их сочетанием. Группа сравнения – 23 пациента с легкой и умеренной стадией БА на длительной терапии 2,7 лет (от 1,5 до 4 лет) теми же препаратами в тех же дозах. Средний возраст – 73 года. Группа контроля – 25 когнитивно здоровых испытуемых. Средний возраст – 68 лет. **Методы:** нейропсихиатрический опросник (НПО) J.Cummings, тесты MMSE, FAB, 12 слов, Струпа, тест последовательного соединения цифр и тест рисования часов.

**Результаты.** В основной группе больных преобладали депрессия (76% пациентов), апатия (63%) и эмоциональная лабильность (49,6%), их выраженность была клинически значимой у 52%, 45% и 25% пациентов, соответственно. Тревога и агрессия выявлены у трети больных, в клинически значимой степени – только у 10% и 5% пациентов. ННПР были полисимптомны, т.е. у каждого больного выявлялось четыре и более симптома НПО. Психотические симптомы в клинически значимой форме не обнаружены. Выявлены высокие значимые корреляционные связи между ННПР и результатами когнитивных тестов. Через 3 месяца терапии достоверно улучшился когнитивный статус и снизилась выраженность ННПР. Достоверных отличий по выраженности ННПР у пациентов с различной длительностью лечения не обнаружено.

Положительная динамика ННПР под влиянием симптоматических препаратов и выявленные связи между выраженностью ННПР и степенью когнитивных расстройств свидетельствуют о том, что генез ННПР при БА преимущественно связан с основным нейродегенеративным процессом.

#### ДИАГНОСТИКА ПСЕВДОАЛЬЦГЕЙМЕРОВСКОЙ ФОРМЫ СОЧЕТАННОЙ СЕНИЛЬНО-СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ

Е. О. Воронина, В. Г. Будза  
(Оренбург)

Исследование проводилось клиничко-анамнестическим, клиничко-психопатологическим, патопсихологическим, нейропсихологическим (в пределах схемы А.Р.Лурия) методами. Обследовано 178 пациентов геронтопсихиатрического стационара. Основную группу составили 82 больных: 54 – с сочетанной сенильно-сосудистой деменцией (F 00.2), 28 – с комбинацией болезни Альцгеймера и сосудистого процесса (F 00.02). В контрольную группу вошли 96 пациентов: 24 – с “чистой” сенильной деменцией (F 00.1), 47 – с сосудистой деменцией (F 01), 25 – с болезнью Альцгеймера (F 00.0). Диагноз подтвержден (нейроинтраскопическими, анатомо-гистологическими методами) в 82% случаев. Установлены дифференциально-диагностические признаки развития псевдоальцгеймеровской формы в структуре сочетанной сенильно-сосудистой деменции в отличие от таковой при монопатологии сосудистого поражения головного мозга, а также болезни Альцгеймера в сочетании с церебральным атеросклерозом. Псевдоальцгеймеровская форма диагностировалась при сочетанной сенильно-сосудистой деменции – в 11,1% случаев. Афазо-апрактический синдром (мы не добавляем определение “агностический”, так как эти явления возникают только в конечном состоянии и негрубо выражены) возможен и при других формах старческого слабоумия – тщательное нейропсихологическое обследование может обнаружить негрубые расстройства речи еще и в инициальной ста-

дии; выраженная степень его (“альцгеймеризация”) констатируется в конечной стадии заболевания. К псевдоальцгеймеровской форме мы отнесли больных с отчетливым афазо-апрактическим синдромом, возникающим на инициальном (16,7%) или, чаще, в начале манифестного (83,3%) этапов.

#### КОГНИТИВНЫЕ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, УХАЖИВАЮЩИХ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА

М. В. Гантман

(Москва)

В последние годы, с увеличением количества пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера (БА), особенно актуальной стала проблема состояния здоровья лиц, которые непосредственно опекают пациентов или ухаживают за ними в домашних условиях (в англоязычной литературе caregivers – опекуны). Эта группа населения привлекает внимание как подверженная хроническому тяжелому стрессу и (в случае генетических родственников), как группа с повышенной частотой генетических факторов риска БА. Отечественные исследования состояния здоровья пожилых опекающих лиц и мероприятий по их поддержке не проводились. **Цель исследования:** Изучить структуру и распространённость психических расстройств у пожилых опекунов пациентов с БА. **Материалы и методы:** Сплошным методом сформирована выборка лиц  $\geq 60$  лет, опекающих пациентов с болезнью Альцгеймера ( $n= 52$ ). Обследуемым проводили клиническое, психометрическое и нейропсихологическое исследования, определяли генотип ApoE. **Результаты:** 1) Функцию опекуна пациентов с БА среди пожилых выполняют, как правило, супруги (мужчины и женщины в равном соотношении, распределение по возрасту  $70,6 \pm 6,2$  лет), у 15% из них наблюдается лёгкое когнитивное расстройство. 2) У носителей ApoE e4 депрессия наблюдается не чаще, чем при отсутствии данного аллеля. 3) Выраженность депрессии по Гериатрической шкале депрессии (GerDS) не коррелирует со степенью деменции, а также выраженностью поведенческих и психотических расстройств по шкале NPI у подопечного пациента.

#### ПРЕДПОСЫЛКИ ОТРИЦАТЕЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ОДИНОКОГО ПРОЖИВАНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

В. Ф. Друзь, И. Н. Олейникова, Л. В. Алимova

(Оренбург)

В отечественной психиатрии не исследовались клинико-социальные факторы, способствующие отрицательному влиянию одинокого проживания на психическое состояние пожилых больных. **Цель:** определение клини-

ко-социальных факторов, способствующих отрицательному влиянию одинокого проживания на психическое состояние больных позднего возраста. Клиническим и социально-психологическим методами обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте старше 60 лет, наблюдающихся в психоневрологическом диспансере. На большинство пациентов одинокое проживание оказало отрицательное влияние (147 человек – 62,6%), реже (88 – 37,4%) наблюдалось индифферентное и положительное влияние. Больные с отрицательным влиянием составили основную группу, остальные – контрольную. Проводился сравнительный анализ по частоте и длительности госпитализаций, демографическим, социально-бытовым, социально-психологическим и клиническим показателям. Установлено, что у больных основной группы госпитализации были более частыми и продолжительными. Определены факторы, способствующие отрицательному влиянию одинокого проживания: женский пол, пресенильный возраст; средний уровень образования, плохие жилищные и материальные условия, инвалидность I и II групп; состояние одиночества, нарушенные отношения с опекунами и соседями, низкие уровни социальной поддержки и комплайенса; выраженная и тяжелая соматическая патология, сосудистые и атрофические заболевания головного мозга, эндогенные аффективные заболевания и психогении; депрессивные, невротические и невротоподобные состояния, синдром деменции.

#### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

В. Л. Клопыжникова, Е. Ю. Струкова

(Тамбов)

Возрастающий интерес к геронтопсихиатрии обусловлен демографической ситуацией в нашей стране с тенденцией к абсолютному увеличению лиц пожилого и старческого возраста, учащением когнитивных нарушений. Обусловленное возрастом легкое снижение памяти, настроения, некоторое замедление скорости психических процессов без существенных ограничений в бытовой и профессиональной деятельности нередко являются начальными проявлениями деменции. Временные рамки легких и умеренных когнитивных нарушений могут колебаться от нескольких месяцев до нескольких десятилетий. Своевременное эффективное вмешательство на этой стадии может отсрочить, а возможно и предупредить наступление деменции. Основными причинами деменции являются болезнь Альцгеймера и сосудистые поражения головного мозга, значительно реже – дисметаболические расстройства, алкоголизм, опухоли головного мозга, черепно-мозговая травма, нормотензивная гидроцефалия, болезнь Паркинсона, инфекционные заболевания ЦНС. Выявление причины деменции имеет важное прогностическое значение. Адекватная терапия,

основанная на современных представлениях патогенеза нейродегенеративных изменений в клетках и структурах головного мозга, позволит более полно использовать комплекс реабилитационных мероприятий, которые помогут восстановить способность к самообслуживанию и осуществлению активной жизнедеятельности. Первым этапом в оказании специализированной помощи является диагностика деменции на различных стадиях ее проявления. Она может осуществляться за счет привлечения к этой работе ресурсов первичной медицинской сети. Второй этап – использование комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий непосредственно в психиатрических стационарных и амбулаторных службах.

### **ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ДЕМЕНЦИИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

И. В. Колыхалов  
(Москва)

Поведенческие и психопатологические симптомы наблюдаются при всех типах деменций. Их появление у пациентов, страдающих деменцией, является наиболее частой причиной их госпитализации. Была изучена когорта больных с деменцией различного генеза (167 чел.), находящихся на лечении в психиатрическом стационаре. Более чем у половины больных (60,5%) госпитализация связана с появлением психотических расстройств и поведенческих нарушений. Наиболее часто у больных поведенческие нарушения проявлялись в виде суетливости, бесцельной активности и блуждания (32,7%), агрессия в поведении отмечалась у 28,7%. Из психотических нарушений преобладали бредовые расстройства, они отмечались у 27,8% больных с деменцией, галлюцинаторные расстройства выявлялись значительно реже только у 8,9% больных.

Подавляющее большинство больных получали терапию традиционными нейролептиками (79,2%) и лишь у 20,8% больных применялись атипичные антипсихотики. Применение традиционных нейролептиков у 35,6% больных вызвало ухудшение в состоянии и нежелательные явления. Заторможенность, слабость, снижение активности отмечались у 26,7% больных, выраженные экстрапирамидные побочные эффекты отмечались у 10,9% больных, и у 15,8% произошло нарастание когнитивного дефицита.

Влияние различных видов патогенетической терапии на психотические и поведенческие расстройства у больных БА было изучено у 110 пациентов, пролеченных либо одним из ингибиторов ацетилхолинэстеразы (экселон, нейромидин), либо акатинолом мемантином. Применение патогенетической терапии не только позитивно влияло на поведенческие и психотические симптомы (особенно проявлений агрессии и бредовых расстройств) при БА, но и существенно снижало использование антипсихотических средств.

### **ДИНАМИКА ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В ПРОЦЕССЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ КЦСО**

З. В. Летникова, Ю. И. Полищук, В. Б. Гурвич  
(Москва)

Психосоциальная терапия в условиях отделений дневного пребывания двух комплексных центров социального обслуживания (КЦСО) проводилась 46 пациентам пожилого и старческого возраста с наличием у них расстройств тревожного спектра. Женщин было 42, мужчин – 4. Комплексная психосоциальная терапия, проводившаяся в течение 1 месяца, включала: психообразовательные занятия на темы тревожных и депрессивных расстройств, сеансы группового аутотренинга, индивидуальную когнитивную и личностно ориентированную психотерапию, обучение способам совладания с тревожными расстройствами. Применялась также арттерапия и терапия позитивной средой КЦСО с привлечением социальными работниками пациентов к участию в разнообразных коллективных мероприятиях и художественной самодеятельности.

Методы: С помощью психопатологического метода, шкалы оценки уровня тревоги Д. Тейлор, путём анализа самоотчётов была изучена динамика тревожных расстройств через 2–3 недели после начала психосоциальной терапии.

Результаты: Снижение уровня тревоги в среднем на 3–6 баллов по шкале Д. Тейлор за указанный период времени в процессе психосоциальной терапии было отмечено у 32 пациентов (в 76%). Уровень тревоги не снизился у 10 пациентов. У 4 пациентов он незначительно повысился в результате психотравмирующих влияний семейно-бытового характера. Более выраженная редукция тревожных расстройств отмечалась у больных с кратковременными и пролонгированными тревожными и тревожно-депрессивными реакциями, а также у больных с тревожной дистимией. Снижение уровня тревоги сопровождалось повышением самооценки, уверенности в себе и своём будущем, улучшением настроения, повышением активности и интересов, улучшением сна, повышением концентрации внимания. Не происходило снижение уровня тревоги у больных с тревожными расстройствами органической природы.

### **ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ДЕМЕНЦИЕЙ, В СТРУКТУРЕ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ**

Т. Н. Лудын, С. С. Одарченко, А. И. Чеперин  
(Омск)

С 2004 года по настоящее время на базе Омской клинической психиатрической больницы разработаны и успешно внедряются различные формы полипрофессио-

нальной помощи в отношении отдельных групп пациентов, которые включают в себя сотрудничество врачей, психолога, психотерапевта, медицинских сестер, специалиста по социальной работе, младшего персонала и, членов семей на благо одного пациента. Особую актуальность данные формы работы приобретают в отношении пациентов с деменцией, где объем собственно лечебных воздействий весьма ограничен и носит скорее компенсирующий характер. Целью нашей работы было создание и разработка рекомендаций по организации специализированной сестринской медико-социальной помощи в структуре полипрофессиональной бригады психиатрического отделения пациентам с деменцией в зависимости от степени снижения способности к самообслуживанию. В 2009 году в гериатрическом отделении стационара получили лечение и уход 210 пациентов с различными психическими расстройствами. Выборка пациентов старше 60 лет с диагнозом деменция, включенных в исследование, составила 178 человек. Распределение пациентов по группам в зависимости от степени утраты способности к самообслуживанию проводилось на основе анализа карт оценки активности в повседневной деятельности и зависимости пациента от посторонней помощи или ADL по Кацу (Activity of daly Living), которые заполнялись медицинскими сестрами при поступлении и выписке пациентов. В результате анализа первичной сестринской оценки, в зависимости от степени снижения способности к самообслуживанию были выделены 3 группы. 1 группа – 20,8% пациентов, у которых наблюдалось снижение социально-бытовых функций и частичное снижение перво-степенных (индивидуальных) функций. 2 группа – 51% пациентов, с утраченными социально-бытовыми функциями и значительно сниженными навыками самообслуживания. 3 группа – 27,5% пациентов, у которых способность к самообслуживанию отсутствовала. В результате исследования проблем различных групп пациентов в зависимости от уровня социального функционирования и обозначение актуальных проблем возникающих у родственников пациентов по вопросам ухода были разработаны рекомендации по организации специализированной сестринской помощи пациентам с деменцией в структуре полипрофессиональной бригады.

#### КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЧЕСКИХ ДЕМЕНЦИЙ

Е. Б. Любов  
(Москва)

**Цели исследования:** изучение качества повседневной фармакотерапии старческих деменций (СД) и стоимостное бремя болезни Альцгеймера (БА) в московской психиатрической службе.

**Материалы и методы.** Изучены схемы лечения всех больных СД на ряде участков двух московских ПНД: 99

пациентов, 73% женщин;  $79,37 \pm 5,39$  (70–90) лет. Более 90% пациентов живут в семьях и опекаются (75%) близкими пенсионного возраста. Популяцию СД формирует в равных долях БА и сосудистая Д с длительностью диагноза  $2,9 \pm 1,92$  и  $2,61 \pm 1,94$  лет соответственно. Изучены психические проявления у всех пациентов. Проведен анализ медицинских затрат в руб. за 2007 г.

**Результаты.** Больные СД составляют 10% популяции ПНД; 1/3 больных СД охвачена фармакотерапией за год. Пациенты осмотрены врачами ПНД  $5,73 \pm 3,80$  раза в год, в 95% случаев в связи с фармакотерапией. По 10% пациентов лечены в дневных стационарах и психиатрических больницах. Среднее число лекарств (без соматотропных) 2,5 / пациент. Нейролептики получали 82% пациентов (атипичные – 15%). Антидепрессанты новых поколений получали менее 1/3 пациентов. Бензодиазепиновые транквилизаторы получали 50% пациентов. Все курсы до двух мес. (85%). Ноотропные и вазоактивные средства получали недифференцировано 50% пациентов до трех мес.; 5% пациентов – антидементные лекарства, 90% < 6 мес. Затраты на психофармакотерапию составляют до 40% бюджета внебольничного лечения. Затраты на больного СД 11500 руб / год.; на популяцию БА 110 млн. руб.

**Выводы.** Низкое качество фармакотерапии и организации помощи усугубляют бремя СД.

#### ДЕМЕНЦИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА СМЕШАННОГО АЛЬЦГЕЙМЕРОВСКО- СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Н. М. Михайлова  
(Москва)

Цель исследования – изучить клинические особенности деменций альцгеймеровского типа, сочетанных с церебрально-сосудистым поражением. Проведено сплошное обследование пациентов, впервые поступивших в психогериатрическое отделение в 2004–2009 гг. с диагнозом деменции позднего возраста мягкой и умеренной степени выраженности. Материал исследования составили 283 больных (81 мужчина и 202 женщины) в возрасте 48–93 лет. В основную группу вошли 94 пациента с диагнозом смешанной деменции (33,2%), в группах сравнения оказалось 75 больных сосудистой деменцией (26,5%) и 114 больных с диагнозом болезни Альцгеймера (40,3%) без признаков церебрально-сосудистого поражения. Достоверно значимые отличия группы смешанной деменции от групп сравнения составили показатели соотношения мужчин и женщин (1:3,9), частота позднего (после 65 лет) начала заболевания (в 90,4% случаев), соотношение числа больных с мягкой и умеренной деменцией (1,2:1). По структуре и частоте некогнитивных психопатологических расстройств (депрессивных, острой делириозноподобной спутанности) смешанная деменция обнаруживала большее сходство с сосудистой деменцией. Сходство смешанной деменции с

сосудистой деменцией обнаружено в результатах нейровизуализации, частоте соматоневрологической отягощенности и нарушений мозгового кровообращения в анамнезе больных. Данные АРОЕ-генотипирования и частота случаев деменции в семейном анамнезе определяли сходство смешанной деменции с альцгеймеровской. Особенности клинической картины смешанной деменции определяют комплексный характер терапевтического вмешательства.

### **ОКАЗАНИЕ УЧАСТКОВЫМ ПСИХИАТРОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ**

Л. Н. Николаев

(Казань)

В развитых странах до 10% лиц старше 60–65 лет страдают деменцией. Эти больные нуждаются в комплексной биопсихосоциальной терапии, в т.ч. необходима работа с близкими родственниками.

В Российской Федерации подобные показатели ниже. Но от этого проблема оказания помощи при деменциях стоит не менее остро. На фоне снижения средней продолжительности жизни количество пожилых людей неуклонно растет, неблагоприятно складывается соотношение между работающими лицами и престарелыми.

В психиатрической сети города зарегистрировано 1830 больных с различными формами деменций пожилого и старческого возраста: в связи с болезнью Альцгеймера, сосудистыми заболеваниями головного мозга, другими органическими поражениями. Показатель общей заболеваемости составляет 2,26%.

Оказание специализированной медицинской помощи участковым психиатром осуществляется в направлениях диагностическом, лечебном, экспертном, работы с родственниками.

При постановке диагноза желательно иметь результаты нейровизуальных методов исследования (МРТ, КТ, РеоЭГ).

В лечении используются препараты, уменьшающие и сдерживающие развитие деменций, а также препараты для коррекции других психических расстройств, по показаниям стационарное лечение.

В экспертном блоке оказания помощи это вопросы дееспособности и опеки, инвалидности.

В блоке работы с родственниками больных это разъяснения заболевания, рекомендации по уходу и надзору. Часто это трудоемкая работа, требующая психокоррекционного воздействия.

Уход и надзор за дементными больными в быту представляет значительные трудности разного плана. В связи с этим представляется целесообразным открытие пансионатов в рамках автономных учреждений по содержанию, уходу и лечению дементных больных. Финансирование возможно многоканальное, с обязательным привлечением средств больных и родственников. Основные направления в лечении – психиатрическое и терапевтическое.

### **ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРЕВЕНЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА: ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ**

С. С. Одарченко, А. И. Чеперин

(Омск)

Современные представления о психическом здоровье личности базируются на принципе онтогенеза психики, который в науке рассматривается как процесс эволюции способов взаимодействия индивида с окружающей средой. Психические расстройства в значительной степени подвержены воздействию возрастного фактора, который в большинстве случаев модулирует клинико-динамические характеристики болезни. Практически все психопатологические симптомы, синдромы и заболевания в различные возрастные периоды протекают по-разному.

Данные обстоятельства определяют не только клинико-эпидемиологические исследования, но и весьма существенны для практического здравоохранения. Основным вектором развития современной психиатрической помощи является ее мультифакториальная дифференциация, сущность которой состоит в адресной помощи различным группам пациентов. Кроме того, мультифакториальная дифференциация определяет развитие психиатрической службы, которая в Омской области тоже прошла своеобразный онтогенез – от приюта для умалишенных на 20 коек до крупнейшей в России клиники, предоставляющей широчайший спектр разных видов и форм психиатрической помощи. В данном контексте оказание специализированной психиатрической помощи приобретает не только лечебное, но и превентивное значение, поскольку позволяет в существенной степени дезавуировать психотравмирующие факторы и, соответственно, значительно продлить период активного социального функционирования личности.

В настоящее время в Омской психиатрической больнице функционируют два отделения, ориентированных на пожилых пациентов.

С открытием гериатрических коек в большей степени делается акцент на лечебно-охранительном режиме, обучению персонала вопросам ухода и надзора, совершенствованию лечебно-диагностической работы. Широко внедряются новые психофармакологические препараты. Наряду с фармакопрепаратами внедряются новые психотерапевтические методики, что также повышает превентивные эффекты проводимого лечения. Тренинги проводятся не только с пациентами, но и с их родственниками. Клинические и социальные реалии подтверждают целесообразность выделения гериатрической помощи в структуре Омской клинической психиатрической больницы.

**РОЛЬ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У  
ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПНИ**

С. Н. Осколкова, С. В. Львова

(Москва)

Обследовано 44 больных параноидной шизофренией в возрасте от 50 до 73 лет, проживающих в ПНИ № 12 г. Москвы. Средняя продолжительность пребывания больных в интернате 4–8 лет.

У 2/3 больных эндогенный процесс сохранил определенную активность, образовав смешанное дефектное состояние за счет присоединения сосудистых возрастных проявлений, и они находятся на постоянной поддерживающей терапии комбинацией традиционных нейролептиков; у 1/3 больных отмечалась тенденция к ослаблению прогрессивности и редукция психопатологических проявлений, они получают в основном атипичные нейролептики. Ввиду наличия возрастных сосудистых нарушений, больные получают сосудистые и ноотропные препараты.

На фоне продолжительной психофармакотерапии выявлялось уменьшение выраженности и остроты психотической симптоматики с дезактуализацией, фрагментацией бредовых идей, уменьшением галлюцинаторных расстройств, которые утратили постоянный характер и аффективную окрашенность, постепенно упорядочилось поведение с исчезновением импульсивных и агрессивных тенденций, улучшение продуктивности контактов с окружающими и родственниками, восстановлением элементарных навыков самообслуживания, которые выполняются под контролем медперсонала. Больные стали вести более активный образ жизни, включаться в групповые занятия с воспитателями, психологом.

Никто из больных на протяжении всего периода проживания в ПНИ не госпитализировался в психиатрическую больницу. Однако у 1/4 обследованных отмечались обострения состояния с развитием психотической симптоматики и соответствующим бредовой фабуле агрессивным поведением, психопатоподобными проявлениями, в связи с чем проводилась коррекция лечения, добавлялись пролонгированные формы нейролептиков, изменялась их комбинация.

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ИНВОЛЮЦИОННОЙ ИСТЕРИИ**

О. Э. Перчаткина, Е. В. Лукьянова, В. Я. Семке

(Томск)

Инволюционная истерия может быть представлена как самостоятельное психосоматическое заболевание: в одних случаях соматическая или эндокринная патология является пусковым механизмом для формирования инволюционной истерии, а в других – истероипохондрические проявления способствуют “запуску” соматических и эндокринных нарушений.

Выделяют два наиболее распространенных варианта инволюционной истерии: истероипохондрический, харак-

теризуется распространенностью конверсий, астении и ипохондрии; истеродепрессивный с преморбидным гистрионным личностным расстройством.

В исследование вошли пациентки с установленным диагнозом инволюционной истерии, госпитализированные в отделение пограничных состояний клиники НИИ психического здоровья СО РАМН в возрасте от 45 до 60 лет. Обследовано 104 женщины, средний возраст которых составил  $47,5 \pm 2,5$  года.

В большинстве случаев психопатологическая симптоматика манифестировала в связи с психотравмирующими ситуациями (79,4%): смерть близкого родственника, конфликтные ситуации в семье или производственном коллективе. Также часто пусковыми являлись соматогенные (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма) и эндокринные факторы (гипоэстрогения, миома матки, эндометриоз, гистеро- или овариэктомия), присутствовавшие в 91,2%.

В ходе исследования обнаружено, что в клинической картине диссоциативного расстройства у женщин в климактерическом периоде преобладают диссоциативные и конверсионные нарушения, такие как астазия-абазия, истерический ком в горле, истералгии. Также характерными были ипохондрические расстройства, выраженная астеническая симптоматика, психопатические проявления (манипулятивность, демонстративность, рентные установки, инфантильное поведение вплоть до пугливости).

**ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОЗДНЕМ  
ВОЗРАСТЕ, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ ВНЕ  
ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Ю. И. Полищук, З. В. Летникова, В. Б. Гурвич

(Москва)

Обследовано 170 лиц позднего возраста (55–90 лет). Из них 156 женщин и 14 мужчин. 154 человека посещали два московских комплексных центра социального обслуживания. 16 человек проживали в социальных домах ГУП “Моссоцгарантия”. Критериями включения в исследуемую выборку был поздний возраст и информированное согласие на обследование, которое проводилось не выборочно с включением всех желающих. Исключались лица с тяжёлыми формами соматических и неврологических заболеваний, деменциями умеренной и тяжёлой степени, психотическими расстройствами.

**Методы:** клинико-психопатологический, психометрические (шкала оценки уровня тревоги Д. Тейлор, гериастрическая шкала депрессии, краткий тест оценки психического состояния MMSE).

**Результаты:** Тревожные расстройства разной степени и частоты были выявлены у 159 человек из 170 (93,5%). Высокий уровень тревоги был отмечен у 91 человека из 170 (53,5%). Очень высокий – у 19 (11,2%), средний уровень тревоги – у 49 человек (28,8%). Лишь у 11 человек тревога отсутствовала.

Преобладающей клинической формой тревожных расстройств оказались пролонгированные тревожно-депрессивные реакции, которые были диагностированы в рамках расстройств адаптации у 37 пациентов. На втором месте по частоте выявляемости были кратковременные тревожные и тревожно-депрессивные реакции у лиц с тревожной акцентуацией личности (29 человек). На третьем месте были пациенты с генерализованным тревожным расстройством (24 человека). На четвертом месте оказались пациенты с тревожной и тревожно-депрессивной дистимией (23 человека). Патологические реакции горя с тревожно-депрессивными расстройствами обнаружены у 22 человек. Тревожные расстройства органической природы выявлены у 12 человек. Тревожно-фобические расстройства – у 12 человек.

**Вывод.** Полученные данные свидетельствуют о широкой распространённости тревожных расстройств у лиц позднего возраста, которым оказывается помощь в учреждениях социальной защиты.

#### К ТИПОЛОГИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ИНВОЛЮЦИОННОЙ ИСТЕРИИ

Т. П. Поляковская  
(Москва)

Обследовано 85 женщин (средний возраст  $49,1 \pm 5,22$  лет) с картиной инволюционной истерии. Выделено два типа изученных состояний. I тип (55 набл.) – соматизированная истерия – определяется преобладанием конверсионных, органоневротических и ипохондрических расстройств. Предпочтительные триггеры – стрессогенные события, субъективно воспринимаемые как угроза собственному здоровью или материальному благополучию. Конституциональный склад – истеро-гипертимный или истеро-ипохондрический (по А.Б. Смулевичу, 2009) с акцентуацией по типу вегетативной стигматизации. Динамика – хронификация состояния с формированием истеро-ипохондрического развития, сопровождающегося амальгамированием телесных ощущений с характерологическими девиациями, свойственными “угнетенным мазохистам” (Millon Th., 1996). II тип (30 набл.) – истероидная дисфория – определяется истерической депрессией с картиной “реакции разочарования”, при которой гипотимия неотделима от отражающего “ключевое переживание” диссоциативного симптомокомплекса и дисфорических вспышек. Предпочтительные триггеры – стрессогенные события, субъективно воспринимаемые как “отвержение” (супружеская измена, развод). Конституциональная predisпозиция определяется чертами “слепо преданных” (“devoted” по А.Б. Смулевичу, 2009) при “маркетинговой ориентации” (Fromm E., 1947) – эгоистическом стремлении добиться желаемого за фасадом самопожертвования. Ипохондрическая составляющая представлена явлениями “прекрасного равнодушия”, отражающими свойства аберрантной ипохондрии в структуре акцентуации. Динамика – постепенная редукция психопатологических проявлений, сформировавшихся в рамках

психогенно спровоцированной затяжной депрессивной фазы.

#### АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Н. М. Попова, Н. И. Шахурова, Л. В. Горшкова  
(Томск)

Расстройства настроения в пожилом возрасте являются актуальной клинической проблемой, в связи с высокой распространенностью и частой коморбидностью с хроническими соматическими заболеваниями. Целью исследования являлось изучение клинических особенностей депрессии у пожилых людей с соматическими расстройствами.

В исследовании участвовало 582 человека (женщины – 391 чел. (67,1%), мужчины – 191 чел. (32,9%)), средний возраст женщин составил  $67,5 \pm 5,8$  года, мужчин –  $62,1 \pm 3,8$  лет. Критерии включения: возраст у женщин 55 лет и выше, у мужчин – 60 лет и выше, клинический уровень депрессии по шкале Бека более 22 баллов. Аффективные расстройства были представлены симптомокомплексами, которые маскировали депрессию и затрудняли диагностику. Доминировала клиническая симптоматика в виде ангедонии и жалобы на потерю энергии (73,6%), тогда как подавленность, тоска, чувство беспомощности отступили на второй план и составили 26,4%. Психопатологические нарушения выступали на фоне затяжных хронически протекающих неврологических и соматических заболеваний (церебральный атеросклероз, нарушение мозгового кровообращения, ИБС, ГБ, заболевания органов дыхания) в 73,6%. Высокий риск возникновения депрессивных расстройств отмечался у вдов с низким уровнем образования, живущих в городской местности, и у лиц, страдающих соматическими заболеваниями. У 32% испытуемых выявлена депрессия, которая коррелировала с семейным положением и чувством одиночества ( $p > 0,005$ ). У лиц имеющих высокий уровень депрессии и испытывающих чувство одиночества риск суицидального поведения был выше в 2,1 раза.

Таким образом, изучение аффективных расстройств в пожилом возрасте позволяет оценить коморбидность соматических и психических расстройств, выработать тактику оказания психотерапевтической и психофармакологической помощи.

#### ПРОФИЛАКТИКА СТИГМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АМНЕСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

П. П. Пырклов  
(Москва)

**Введение.** Расстройства памяти сопровождают пожилой возраст довольно часто. Однако у каждого конкретного человека к амнезиям своё отношение – от отчаяния до попыток диссимулирования.

**Цели** исследования – изучение характеристик тех амнестических расстройств, к которым отмечалась болезненная реакция пациентов с элементами стигматизации.

**Результаты.** В многопрофильной больнице скорой помощи на 1600 коек исследовано 846 пожилых пациентов с сотрясением или ушибом головного мозга, инфарктом миокарда и головного мозга, острым панкреанекрозом, хронической почечной недостаточностью, экзогенными интоксикациями. Клинико-психопатологическое исследование выявило у всех пациентов амнестические расстройства (фиксационная, эпизодическая, конградная) в остром периоде соматической патологии. В процессе терапии соматического заболевания и восстановления ясного сознания пациенты обнаруживали “провалы памяти”. У 89% пациентов на амнестические эпизоды была реакция от удивления до осознания “ужаса”, тревога и ожидание повторения, боязнь “сойти с ума”.

Психотерапия и фармакотерапия ноотропами, проводимая штатным психиатром, способствовали редукции тревоги и формированию уверенности в благоприятном прогнозе. Рациональная психотерапия проводилась индивидуально с разъяснением пациенту сведений о расстройствах памяти, характерных для острого периода соматического заболевания и не переходящих в хроническую амнезию.

#### К ВОПРОСУ О РАЗРАБОТКЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А. А. Раевский  
(Санкт-Петербург)

Современные демографические тенденции во всем мире связаны с увеличением продолжительности жизни. В настоящее время 10% всей мировой популяции составляют люди старше 65 лет, а в будущем эта пропорция увеличится до 30%. В данной группе преобладают сердечно-сосудистые, онкологические заболевания, расстройства тревожно-депрессивного спектра. Сегодня в социальной сфере нашей страны около 40% составляют люди пенсионного возраста, происходит старение “кадрового потенциала”, что обуславливает необходимость разработки новых подходов к оздоровлению и реабилитации, сохранению и поддержанию качества их жизни.

Эмоционально-негативные психические состояния пациентов геронтологической клиники снижают параметры их социального функционирования, дополняют психический статус вторичной невротической симптоматикой и ухудшают качество жизни пожилых пациентов.

Проведенное пилотажное исследование показывает, что у пациентов, проходящих лечение в геронтопсихиатрическом отделении Института им. В.М. Бехтерева по поводу расстройств тревожного и депрессивного спектров, достоверно чаще, чем у пациентов других отделений,

в качестве этиопатогенетических факторов ухудшения клинического состояния (до госпитализации) обнаруживаются такие, как снижение качества жизни (100%), потеря привычного социального статуса (91,7%), а также психотравмирующие обстоятельства (79,2%).

В связи с разнообразием причин, формирующих эмоционально-негативные состояния лиц пожилого возраста, требуется разработка и конкретизация направлений психотерапевтического и психологического воздействия, которое должно носить дифференцированный характер в зависимости от биопсихосоциальных характеристик пациентов в связи со спецификой их клинико-психологических и социально-психологических проблем, которое должно сформироваться в целостную область знания в психотерапии – геронтологическую психотерапию.

#### МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЗА ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

О. В. Руженская  
(Иваново)

**Актуальность.** Оказание медицинской помощи населению старшего возраста является одной из актуальных потребностей и задач общества.

**Материалы и методы.** В ходе мониторинга нами было проанкетировано 203 пациента, обратившихся к психиатру геронтологического приема.

**Результаты.** Инициативу в первичном обращении к психиатру пациентов с деменцией и психозами проявляет в основном непосредственное окружение больного (у Д-группы в 57,8% случаев), для К-группы это была рекомендация врача-интерниста (39,53%) или личная инициатива (36,69%). 69,95% пациентов не имели информации о геронтологическом приеме психиатра, 22,66% имели достаточную информацию, и 4,43% обозначили свои знания как отрывочные. Пациенты К-группы оказались более осведомлены (25,18%), чем пациенты с тяжелыми расстройствами (17,19%). Среди информированных граждан у большинства источником её стали знакомые, пациенты и их родственники, ранее обращавшиеся к психиатру-геронтологу (16,75%), медицинские работники (12,81%), и лишь у 3,94% – средства массовой информации. Для Д-группы большее значение имеет информация, полученная от пациентов и их родственников, для более сохраненных пациентов – рекомендация медика. Важным при организации геронтопсихиатрической помощи является учет стигматизации общества. Треть пациентов, обратившихся к психиатру, не сразу приняли это решение. Наиболее сомневаются в необходимости лечения у психиатра пациенты К-группы (35,25%), а также женщины (33,95%). Менее 1% пациентов обратились за диагностической помощью, 83,25% пациентов, непосредственно за лечебной помощью в целях восстановления своего психического здоровья, 13,3% – за помощью в решении социальных проблем.



**Выводы.** Мотивационный компонент обращаемости за геронтопсихиатрической помощью является значимым при оказании психиатрической помощи и должен учитываться при оптимизации процесса первичной психопрофилактики.

### ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Т. П. Сафарова  
(Москва)

**Цель исследования:** изучение сложившихся принципов проведения психофармакотерапии разных форм психической патологии в различные периоды позднего возраста.

**Материалы и методы исследования:** с использованием клинического и фармакоэпидемиологического методов проведено невыборочное обследование психические больные позднего возраста (50 лет и старше), проходившие стационарное лечение в геронтологическом отделении клиники НЦПЗ РАМН.

**Результаты исследования:** Обследовано 306 больных в возрасте от 50 до 88 лет (средний возраст составил  $64,8 \pm 9,0$  лет). Среди них мужчин – 28%, женщин – 72%. Преобладали больные с функциональными психическими нарушениями (ФПР) – 85%, органические психические расстройства (ОПР) встречались у 15% больных.

Было установлено, что для лечения больных позднего возраста используется весь спектр современных психотропных средств. Несколько чаще других назначались транквилизаторы и снотворные препараты, которые получали 88% больных. Антидепрессанты назначались 84% больных, нейролептики – 82%. Кроме этого 24% получали стабилизаторы настроения, 11% – антидементные препараты. Практически все основные классы психотропных препаратов относительно чаще назначались больным с ФПР нежели с ОПР. Исключение, естественно, составляли антидементные препараты, которые назначались 51% больных с ОПР, в то время как при ФПР – лишь 4% больных. При лечении в условиях стационара назначались преимущественно комбинации из нескольких препаратов (в среднем  $3,8 \pm 0,8$ ). В практике стационара использовались как традиционные препараты, так и препараты новых поколений. Например, небензодиазепиновые анксиолитики и снотворные средства получали 1/5 больных. Антидепрессанты новых поколений и традиционные антидепрессанты назначались практически поровну. Атипичные антипсихотики применялись более чем в 1/3 случаев.

В исследовании были установлены средние суточные дозы и диапазон используемых дозировок отдельных препаратов, наиболее часто применяемых в различные возрастные периоды позднего возраста.

### КАТАМНЕЗ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ЛАКУНАРНЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ИНФАРКТАМИ И КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н. Ю. Сафонова, О. А. Балунцов  
(Санкт-Петербург)

Из числа обследованных нами 178 пациентов с лакунарными очагами прослежен катамнез 45 больных (30 женщин и 15 мужчин возрасте от 62 до 90 лет, средний возраст  $67 \pm 9,11$  года) с множественными и единичными лакунарными очагами по данным МРТ (КТ) и когнитивными нарушениями. У 20 больных (44,4%) мнестико-интеллектуальные расстройства достигали степени деменции. Всем больным назначались повторные курсы вазоактивных препаратов, метаболической, ноотропной терапии, они постоянно принимали гипотензивные препараты, проводилась коррекция факторов риска (в виде назначения антитромботической терапии, статинов, сахаропонижающих препаратов и т.д.). 14 больных с деменцией (31,1%), кроме того, получали акатинол и/или ингибиторы ацетилхолинэстеразы. За период катамнестического наблюдения, составивший от года до 6 лет (в среднем  $3,7 \pm 1,43$ ), у 5 из 20 больных отмечено усиление выраженности степени деменции (причем 4 из них принимали либо акатинол и/или ингибиторы ацетилхолинэстеразы). Следует отметить, что у 2 больных с нарастанием деменции имелся сахарный диабет 2 типа, протекавший с периодами декомпенсации. По данным повторного МРТ у этих больных не было отмечено нарастания выраженности очаговых и атрофических изменений. 2 пациентов из 45 умерли от сопутствующей соматической патологии (о. пневмония, хр. лейкоз). Таким образом, проведенное катамнестическое исследование позволяет считать необходимым тщательное обследование и назначение повторных курсов вторичной профилактики всем больным с выявленными единичным и множественными лакунарными церебральными очагами, постоянную коррекцию факторов риска. Целесообразно своевременное назначение нейромодуляторов, ингибиторов ацетилхолинэстеразы, либо их сочетаний. Обращает внимание отсутствие повторных эпизодов ОНМК у пациентов, в том числе и у больных с нарастанием выраженности деменции, что может свидетельствовать о постепенном усилении хронической недостаточности мозгового кровообращения, патологических изменениях внутри нейротрансмиссерных систем в головном мозге.

### ОСОБЕННОСТИ БРИГАДНОЙ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Н. В. Семенова, С. Ф. Случевская  
(Санкт-Петербург)

Мультидисциплинарная бригадная модель обслуживания пациентов предполагает обеспечение медико-соци-

альной и психологической помощи населению, приближенной к месту жительства. Развитие полипрофессиональных бригад соответствует основной концепции реформирования российской психиатрии, которая связана с переходом от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальному подходу, в котором реальное внимание уделяется не только клиническим, но и психологическим, социальным, личностным факторам в их взаимосвязи

Биопсихосоциальная модель помощи психически больным пожилого возраста в полной мере отвечает современным требованиям к результатам терапевтического и реабилитационного процесса: показателем эффективности помощи служит не только клиническое улучшение, но и повышение социальной независимости и компетентности и качества жизни пациентов пожилого возраста, наиболее полная интеграция их в семью и общество. Критериями эффективности на первом этапе внедрения бригадного метода могут стать числовые показатели, такие как: доля пациентов, охваченных бригадными формами оказания психиатрической помощи в общем числе наблюдаемых пациентов; доля пожилых пациентов, нуждающихся в стационарной психиатрической помощи, в общем числе наблюдаемых пациентов старше 60 лет; средняя продолжительность лечения больного в психиатрическом стационаре; доля повторных в течение года госпитализаций в психиатрический стационар. В дальнейшем с развитием этой формы оказания помощи станет более актуальным измерение динамики качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами, а также исследование их субъективной удовлетворенности результатами лечения.

#### **ПОГРАНИЧНАЯ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЯ: СОЦИАЛЬНЫЙ, КЛИНИЧЕСКИЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ**

**В. Я. Семке**  
(Томск)

Неуклонное возрастание удельного веса и абсолютной численности пожилых и стариков создает для государства серьезные медицинские проблемы в связи с ростом населения, подверженного наиболее высокому риску развития психической патологии, характерной для пожилого возраста. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о преобладании в нозологическом плане четырех подгрупп расстройств: невротической, патохарактерологической, непсихотической аффективной, а также коморбидной пограничной психопатологии. Клиническая динамика отдельных форм психопатий в позднем возрасте имеет свои особенности в зависимости от участия различных для каждой из них личностных и внешних факторов. Установлена корреляция между содержанием патогенной вредности и типом личностного расстройства. Трансформация психопатичес-

кого состояния составляет одну из наиболее частых разновидностей клинической динамики психопатий в позднем возрасте (Семке В.Я., 1965, 1967, 1980). Чаще всего регрессионная динамика психопатий выступает на поздних этапах инволюционного возраста и в старческий период, причем резче выражена у возбудимых психопатов, т.е. у лиц, где сосудистые и органические процессы развиваются в более ранний период жизни. Сравнительно часто поздняя “депсихопатизация” проявляется и у лиц с тормозимой формой психопатий, но в более поздние сроки. Наибольшую стойкость по отношению к действию органического процесса оказывают истерические компоненты личности. Современная структура предоставления медико-социальных услуг пожилым предполагает интеграцию здравоохранения и социальных служб. Это позволяет сделать гериатрическую службу более доступной и поднять ее на качественно иной уровень, заметно снизив потребность пожилого населения в госпитализации.

#### **БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗДНИХ ДЕМЕНЦИЙ**

**А. П. Сиденкова**  
(Екатеринбург)

Актуальность проблем поздних деменций помимо их широкой распространенности обусловлена включением в круг проблем, связанных с фактами ухода и совместного проживания, целого ряда лиц, часто трудоспособного возраста. В ходе обсервационного исследования 214 семей пациентов с деменциями альцгеймеровского и сосудистого типов, проводимого с 2004 по 2009 гг., на базе Свердловской областной клинической психиатрической больницы, выявлено взаимное влияние факторов, связанных с течением, структурой деменции на параметры жизнедеятельности ухаживающих лиц и влияние отдельных аспектов особенностей аффективного взаимодействия, степени толерантности, уровня распознавания болезненных расстройств со стороны ухаживающих на становление деменции. Показано, что в формировании сложной структуры синдрома деменции принимает участие комплекс биологических и психосоциальных факторов, что позволило выделить отдельные типы формирования деменций: “Отчужденно-ажитированный”, “Зависимо-ажитированный”, “Принимающе-протекционный”, “Отчужденно-дефицитарный”. Наблюдалось различия в клинко-психопатологической структуре синдромов деменции при разных типах ее формирования, с преобладанием факультативных психотических, поведенческих и аффективных при “Отчужденно-ажитированном”, “Зависимо-ажитированном” типах, и преобладании простого, слабоумия при “Принимающе-протекционном”, “Отчужденно-дефицитарном” типах формирования деменции. Различался уровень функциональной активности больных в данных типах, худшие показатели функциональной активности в перерасчете на степень когнитивных потерь выявлен в когортах “Зависи-

мо-ажитированный”, “Отчужденно-дефицитарный” типа. Обнаружены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) в показателях психического и социального функционирования ухаживающих разных когорт.

### **БРЕДОВЫЕ ФОРМЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИХ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

П. Г. Сметанников  
(Санкт-Петербург)

В зависимости от возраста и начала психоза выявились два варианта этой формы. При раннем – пресенильном – варианте, с началом в возрасте 40–60 лет, в содержании бредовых переживаний больных доминируют идеи ущерба, а не преследования. Больные утверждают, что соседи (боясь ответственности) убивать их и не думают, а лишь жаждут завладеть их жильем. Поэтому больные всячески сопротивляются помещению их в психиатрическую больницу и стремятся выписаться оттуда домой. При позднем же варианте (с началом психоза 65–80 лет) – доминируют уже бредовые идеи преследования. Больные утверждают, что соседи из-за жилья хотят убить их и с этой целью организуют «банду». И поэтому больные уже не отказываются от госпитализации в психиатрическую больницу, а нередко сами обращаются в поликлинику, либо диспансер, полагая, что будут в больнице в безопасности. Позднее же, из-за страха убийства, уклоняются от выписки домой. Многолетнее течение болезни не сопровождается ослаблением тех и других больных, и по их состоянию психики они укладываются в границы физиологического старения. Проведенные нами патофизиологические исследования показали, что в основе изменений содержания бреда при позднем варианте психоза лежит смена господствующего инстинкта с прежнего на самозащитный, который и определяет соответствующий ему большой пункт в мозговой коре, а значит – и содержание бреда. Все это имеет большое значение для организации лечения и реабилитации этих больных.

### **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОГИ У ДЕМЕНТНЫХ БОЛЬНЫХ**

О. Р. Смирнов  
(Москва)

**Цель:** Уточнить характер и особенности соотношения тревожных и соматических расстройств у пожилых, страдающих слабоумием.

**Задачи:** Выявить наиболее частые соматические расстройства, сопутствующие тревоге у дементных больных. Уточнить связь между тяжестью тревоги и выраженностью симптомов соматического заболевания.

#### **Материал и методы.**

В исследование были включены 53 пациента (37 мужчин и 16 женщин), в возрасте от 51 года до 93 лет

(средний возраст  $74,54 \pm 9,34$  года), страдающие слабоумием и тревожными расстройствами. В работе использовался клиничко-психопатологический подход, тяжесть тревоги оценивалась с помощью шкалы NPI-NH.

#### **Результаты.**

В 27 случаях у дементных, страдающих тревогой, отмечалась та или иная соматическая отягощенность. У 16 из них (59,3%) были выявлены признаки очагового (сосудистого) поражения головного мозга, а у 14-ти (51,2%) – артериальная гипертензия. Тревога у этих больных была тяжелее, чем в группе без сопутствующей соматической патологии (средний балл раздела “тревога” шкалы NPI-NH  $7,74 \pm 2,14$  и  $6,31 \pm 1,76$  соответственно,  $p = 0,011$ ). У 20-ти больных (74,1%) усиление и ослабление тревоги сопровождалось усилением и ослаблением уже имевшихся симптомов хронического соматического заболевания.

#### **Выводы.**

Наиболее частой соматической патологией, создающей почву для тревожных расстройств у дементных пожилых, является очаговое поражение центральной нервной системы и артериальная гипертензия. Неблагополучный соматический фон сопутствует более тяжелым тревожным расстройствам. Симптомы хронического соматического заболевания могут усиливаться или ослабевать вместе с тревогой, что указывает на важную роль последней в формировании соматических расстройств.

### **КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Н. И. Шахурова, О. А. Павлова, В. Ф. Лебедева,  
Н. М. Попова  
(Томск)

Целью работы явилось изучение клинической выраженности и нозологической принадлежности депрессивного синдрома на фоне сопутствующей цереброваскулярной патологии с наличием когнитивных расстройств у пожилых пациентов, находящихся на лечении в специализированном отделении аффективных состояний. Общее количество наблюдений составило 55 человек (мужчин – 24, женщин – 31, средний возраст  $66,3 \pm 5,8$  года). Критерии включения: возраст старше 60 лет, жалобы на нарушения памяти и сниженный фон настроения в качестве основной причины обращения за психиатрической помощью. Исключались пациенты с психическими расстройствами психотического регистра, наличием синдрома зависимости от ПАВ, деменцией. По результатам клиничко-психопатологического исследования в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 нозологическая структура выявленных расстройств представлена следующими рубриками: органическое аффективное расстройство (F06.3) было диагностировано у 35% пациентов, депрессивные расстройства

рубрики F3 были зарегистрированы у 45% пациентов коморбидно с органическим астеническим расстройством (F06.6) либо с легким когнитивным расстройством (F06.7), в 15% случаев депрессия была ведущим синдромом в рамках расстройства адаптации, также в сочетании с легким когнитивным расстройством, в 5% случаев депрессивная симптоматика была расценена как вторичная, тогда как преобладающими являлись когнитивные и поведенческие нарушения в рамках органического астенического расстройства (F06.6). Таким образом, клиническая оценка и нозологическая принадлежность депрессивного синдрома в сочетании с органическими расстройствами у лиц пожилого возраста являются важным фактором, во многом определяющим выбор терапевтической стратегии.

### ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ДЕПРЕССИЙ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

О. Б. Яковлева  
(Москва)

По мнению многих исследователей, “поздние” депрессии характеризуются большей склонностью к хронификации, более частыми исходами в деменцию и значительным увеличением смертности. Однако имеющиеся в литературе данные существенно различаются в зависимости от выборки (амбулаторные, госпитализированные больные), нозологических типов депрессий, сроков катamnестического наблюдения и используемых категорий исходов.

Задачами настоящего исследования являлось изучение исходов депрессий позднего возраста на различных этапах длительного катamnестического наблюдения. Группа из 104 госпитализированных депрессивных больных в возрасте от 60 до 86 лет (68,6 лет в среднем) была обследована на этапах 1, 3, 6 и 9-го года катamnеза. Критериями включения было наличие депрессивного расстройства разных нозологических категорий DSM-IV и отсутствие первичного органического заболевания (по клиническим данным и данным КТ или МРТ сканирования мозга). Благоприятными исходами депрессий считались интермиссии или рецидивирование с ремиссиями хорошего качества, неблагоприятными – рецидивирование с “неполными” ремиссиями по типу “двойных” депрессий и резидуальная хронификация депрессий.

Без учета умерших и вышедших в деменцию больных доля неблагоприятных исходов на протяжении 6 лет катamnеза менялась незначительно (54,8%, 52,5%, 46,8%) и только к 9-му году снижалась до 30,6% случаев. При включении в анализ таких случаев доля неблагоприятных исходов равномерно снижалась (46,1%, 36,7%, 21,4%, 11,4%) за счет увеличения умерших больных (7,7%, 17,2%, 28,6%, 40%). Смертность больных с благоприятными и неблагоприятными исходами достоверно различалась начиная с 3 года катamnеза (5,4% и 26%, 5,6% и 45,8%, 10,3% и 60,9% соответственно при  $p < 0.01$ ) и была значительно выше в случаях с “двойными”

депрессиями, чем при хронификации (72% против 43,7%). Частота развития деменции к 9 году катamnеза была практически одинаковой при благоприятных и неблагоприятных исходах (20,7% и 19,5%), однако она была значительно выше у больных с хроническими депрессиями, чем при “двойных” депрессиях (37,5% и 8,0% с тенденцией к достоверности при  $p = 0.02$ ).

Можно предположить, что в позднем возрасте течение “двойными” депрессиями является фактором риска смертности больных, а хронификация поздних депрессий способствует развитию дементирующего заболевания.

### МУЗЫКОТЕРАПИЯ И ДЕМЕНЦИЯ

Г. А. Якупова, А. С. Бабаев  
(Санкт-Петербург)

Необходимость реадaptации психически больных позднего возраста не вызывает сомнений. Условия психиатрических больниц, где единственным воздействием является фармакотерапия, способствуют развитию госпитализма и углублению деменции. Музыкаотерапия больных, страдающих сосудистой деменцией, проводилась на базе психиатрической больницы № 2. Исследована эффективность музыкаотерапии у 50 больных. Возраст – 65–76 лет, пол – женский, продолжительность деменции – 1–3 года, длительность пребывания в больнице – 1–2 месяца. Продуктивная симптоматика отсутствовала. Занятия проводились 2 раза в неделю на протяжении 3 месяцев и заключались в прослушивании произведений классической музыки. Продолжительность занятия – 1 час. Пациентам давалось задание – представить какие-то картины, соответствующие музыке, придумать свое название, вспомнить что-то приятное из своей жизни. Группы состояли из 10–12 человек. Эффективность оценивалась методом Дембо-Рубинштейна, тестом Люшера и психометрическим тестом. Обследование психологическими тестами проводилось до и после курса музыкаотерапии и обнаружило положительную динамику у 28 из 50 больных. Все они достаточно эмоционально воспринимали музыку и отмечали повышение настроения и самооценки. Пациенты, у которых сосудистая деменция сопровождалась выраженным эмоциональным оскудением и апатией, отказывались от прослушивания после первых занятий или пассивно сидели без какой-либо эмоциональной реакции. Наблюдение показало совпадение результатов психологического обследования с клиническими данными. Значительная часть пациентов, привлекавшихся к музыкаотерапии, становилась живее, активнее, наблюдалось улучшение настроения, повышение общительности, они становились более доброжелательными. Многие отмечали, что благодаря музыке им легче переносить условия больницы, уменьшались жалобы соматического плана, некоторые называли прослушивание музыки единственной радостью в их мрачной жизни в отделении.

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

### НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Е. Ю. Абриталин  
(Санкт-Петербург)

Несмотря на активное развитие психофармакологии до 34% больных с депрессивной патологией остаются малокурабельными при лечении современными антидепрессантами (Иванов М.В. с соавт., 2006; Fava M. et al., 2008). Для преодоления терапевтической резистентности используются разнообразные немедикаментозные технологии (транскраниальная магнитная стимуляция, депривация сна, гипо- и гипербарическая оксигенация), однако наиболее эффективными являются методы эфферентной терапии, электросудорожная терапия (ЭСТ) и нейрохирургическая коррекция (Мосолов С.Н., 2002; Dunner D.L. et al., 2006).

В ходе данной работы были обследованы 108 пациентов (возраст  $41,4 \pm 13,7$  лет) с фармакорезистентными депрессивными состояниями, в терапии которых применялись немедикаментозные методы. Результаты исследования позволяют отнести экстракорпоральную гемокоррекцию, ЭСТ и методы функциональной нейрохирургии к числу перспективных способов биологической терапии фармакорезистентных депрессивных состояний. При этом необходимо отметить, что немедикаментозные методы не заменяют, а дополняют консервативную терапию, положительно влияя на те звенья патогенеза, где лекарственное воздействие недостаточно эффективно. В результате проведенной работы можно представить условный алгоритм применения немедикаментозных методов преодоления терапевтической резистентности депрессивных состояний в случаях, когда фармакологические способы являются исчерпанными:

1. методы экстракорпоральной гемокоррекции на фоне отмены фармакотерапии или проведении "зигзага доз" – плазмаферез с лазерным облучением крови 4–5 операций (через 1–3 дня), а при высоком удельном весе "шизофреноподобной" симптоматики дополнительно 1–2 операции плазмасорбции и/или гемосорбции;
2. ЭСТ при отсутствии или недостаточном эффекте от эфферентной терапии, либо при наличии противопоказаний к ее проведению, а также при доминировании в клинической картине меланхолического аффекта, тревоги, ипохондрических переживаний, тяжелых суицидных мыслей.
3. Рассмотрение вопроса о возможности применения методов функциональной нейрохирургии с пред-

почтением органосберегающих операций (продолжительная нейроэлектростимуляция). при отсутствии даже незначительного улучшения после применения перечисленных выше методов и стойко сохраняющейся депрессивной симптоматике (особенно с суицидными тенденциями).

Дифференцированный подход к назначению немедикаментозных методов для преодоления фармакорезистентности депрессивных расстройств позволяет достигать лучшей клинической эффективности и уменьшает вероятность развития побочных эффектов и осложнений.

### ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД КАК ОСНОВА ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ МАНИАКАЛЬНО-БРЕДОВЫХ СОСТОЯНИЙ ВЫСОКИМИ СУТОЧНЫМИ ДОЗАМИ КВЕТИАПИНА

В. В. Артюх, А. В. Соколов  
(Москва)

Использование высоких (по сравнению с традиционными) суточных доз антипсихотиков при лечении эндогенных психотических состояний, требует дифференцированного подхода к их назначению и обоснования клинических показаний.

При лечении маниакально-бредовых состояний сероквелем мы определяли эффективность повышенных суточных доз кветиапина (сероквеля), используемых в двух диапазонах: от 600 до 800 мг (в среднем 670,8 мг/сут), и выше 800 мг (в среднем 946, 7 мг/сут). Состояние больных оценивалось в динамике в течение 8 недель с использованием YMRS, PANSS, CGI. Установлено, что высокие суточные дозы сероквеля в целом обеспечивают более высокий терапевтический эффект по сравнению с результатами лечения этих больных более умеренными суточными дозами (снижение тяжести расстройства до 66,3% и 52,7% соответственно). При повышении суточной дозы до 800 мг и более 800 мг антипсихотический эффект сероквеля возрастает с 46,4% до 66,3%. Показано, что эффективность больших доз сероквеля строго зависима от характера бредаобразования в структуре маниакально-бредовых расстройств. Там, где расстройства формируются как конгруэнтные маниакальному аффекту по содержанию и механизмам бредаобразования, максимальная эффективность сероквеля с редукцией психотических расстройств на 81,8% достигается на диапазоне повышенных доз до 800 мг/сут. Если же бредовые расстройства в картине маниакально-бредового состояния являются конгруэнтными маниакальному аффекту только по фабуле, а бредаоб-

разование осуществляется по механизмам острого чувственного бреда или параноидно-парафренного, то терапевтическая эффективность сероквеля определяется по максимальным значениям редукции бредовых расстройств, достигает только уровня 67,6% и требует увеличения высоких суточных доз, более 800 мг в день. Подтверждается положение о том, что психопатологический анализ является одним из определяющих при выборе метода и режима психофармакотерапии для обеспечения ее наибольшей эффективности.

### АНТИПСИХОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ И ЛАТЕНТНЫЕ НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Л. М. Барденштейн, Г. А. Алешкина  
(Москва)

Целью исследования явилось изучение динамики толерантности к глюкозе при терапии классическими и атипичными нейролептиками у больных параноидной шизофренией

**Материал и методы:** в стационарных условиях обследовано 49 больных (средний возраст  $32 \pm 7,5$  года) с развившимся впервые в жизни психотическим состоянием, отвечавшим критериям параноидной шизофрении (F 20.0 МКБ-10). Все пациенты имели нормальные значения глюкозы натощак и ранее не получали антипсихотическую терапию. В группе 1 ( $n=24$ ) назначался галоперидол, в группе 2 ( $n=25$ ) – атипичные антипсихотики: оланзапин, кветиапин (АА). Всем больным на 8-й неделе исследования для выявления латентных нарушений углеводного обмена проводился пероральный тест толерантности к глюкозе (ПТТГ). Для статистической обработки данных применялась программа “Биостатистика”.

**Результаты:** на 8-й неделе исследования нарушения углеводного обмена зарегистрированы у 16% больных, принимавших АА. В группе 1 уровень глюкозы через 2 часа после углеводной нагрузки не превышал допустимых значений ( $\geq 7,8$  ммоль/л),  $p \leq 0,01$ . При этом у 12% обследуемых в группе 2, уровень глюкозы через 2 часа после нагрузки соответствовал нарушению толерантности к глюкозе и у 6% – сахарному диабету (СД).

**Выводы:** применение АА является фактором риска развития СД у больных шизофренией. При выборе АА необходимо учитывать состояние углеводного обмена. При уровне гликемии натощак 5,6 – 6,9 ммоль/л следует проводить ПТТГ. Уровень глюкозы через 2 часа после углеводной нагрузки в диапазоне 7,8 – 11,0 ммоль/л свидетельствует о нарушении толерантности к глюкозе. В этом случае целесообразно назначение традиционных нейролептиков или АА, не обладающих значимым диабетогенным потенциалом (рисперидон, зипразидон, арипипразол).

### НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ МЕТОДОМ НЕЙРОФИДБЕКА И ИХ СВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ

Е. В. Бирюкова, С. Н. Мосолов  
(Москва)

**Цель:** Выявление связи между клиническими изменениями у больных с синдромом тревоги, резистентных к психофармакотерапии, и изменением мощности электрической активности мозга в  $\alpha$ -диапазоне в левой затылочной области (у правой) при проведении нейрофидбека.

**Материалы и методы:** В исследование было включено 60 больных (43 женщины и 17 мужчин) в возрасте от 17 до 48 лет (в среднем 27 лет) с синдромом тревоги, резистентной к психофармакотерапии в структуре следующих патологий (в соответствии с критериями МКБ-10): обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) – 16 пациентов, социальная фобия (СФ) – 16, изолированное тревожное расстройство (ИТР) – 14, тревожная депрессия (ТД) – 14 человек. Пациенты были разделены случайным образом на 3 статистически равные по основным показателям группы по 20 человек в каждой с равной представленностью всех патологий в каждой из групп. В группе 1 больные получали прежнюю психофармакотерапию и  $\alpha$ -тренинг, 2-ая группа получала только  $\alpha$ -тренинг, больные из 3-ей группы продолжали получать прежнюю, недостаточно эффективную, психофармакотерапию и БОС-плацебо. Клиническими респондерами признавались пациенты с редукцией объективно регистрируемой тревоги по шкале Гамильтона для оценки тревоги на 50% и более. Нейрофизиологическими респондерами считались пациенты с увеличением мощности  $\alpha$  на 20% и более.

**Результаты:** Клиническими респондерами оказались 60% больных из первой терапевтической группы, 45% – из второй терапевтической группы и 30% – из третьей терапевтической группы. Наименьшее число респондеров среди диагностических групп было среди больных с ОКР – 11,1%, наибольшее – 75% – среди больных с СФ. Пациенты с диагнозами ИТР и ТД становились респондерами в 41,6% и 48,3% соответственно. Наибольший прирост  $\alpha$  наблюдался у больных с СФ – 35,2%, наименьший – у пациентов с ОКР – 13,1% (значимость отличия  $p < 0,01$ ). У больных с ИТР мощность  $\alpha$ -ритма выросла в среднем на 28,1%, а у больных с ТД – на 28,5%. Нейрофизиологические респондеры оказывались и клиническими респондерами в 70,4 (Хи – 8,01,  $p \leq 0,005$ ).

**Выводы:** Таким образом, с большой долей вероятности можно говорить о наличии взаимосвязи между клиническим и нейрофизиологическим успехом терапии. По нашим наблюдениям, эти явления происходят параллельно. Нейрофизиологические нонреспондеры, оказавшиеся в группе клинических респондеров, по-видимому, являются результатом психотерапевтического воздействия

метода и принадлежат, по большей части к диагностической группе “Социальная фобия”.

### КОМПЛЕКСНЫЙ ПРИРОДНЫЙ ПРЕПАРАТ С ПСИХОТОНИЗИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ

О. И. Боев, А. Ю. Киворкова, А. М. Шевченко  
(Ставрополь)

В профилактических целях для сохранения или повышения работоспособности военнослужащего необходимо использовать препараты с минимальными побочными действиями и возможностью длительного приема.

Цель работы: поиск и использование препаратов растительного происхождения с психотонизирующим эффектом без побочных явлений.

Материал и метод. 56 военнослужащих комбатантов с клиническими признаками нестойкой астенизации и с постсомническими нарушениями были дифференцированы на три группы: первая – 17 испытуемых с личностным циклоидным психотипом, вторая – 17 с эпилептоидным, третья – 22 человека с шизоидным психотипом. Использовался комплексный растительный препарат “Э-боше” перорально 2 раза в день в течение месяца. На 0, 10 и 30 дни приема проведены психологические и психофизиологические методы исследования с последующей обработкой методами математической статистики.

Результаты исследования. У 91% военнослужащих независимо от психотипа регистрировался устойчивый психотонизирующий эффект, когда умственная работоспособность через месяц приема препарата достигала, но не превышала привычного среднего уровня для конкретного военнослужащего. У 83% военнослужащих не было обнаружено побочных фармакологических эффектов в виде истощения и снижения работоспособности в течение 3-х месяцев после окончания курса. Не было выявлено повышение тревожности, раздражительности или расстройство засыпания. Большая часть испытуемых отмечали нейтрализацию постсомнических расстройств с приливом естественной энергии и активности по утрам. Сравнительные результаты исследования на достоверном уровне подтвердили психотонизирующую фармакологическую эффективность “Э-боше” независимо от структуры психотипа.

### ВАЛЬДОКСАН В ТЕРАПИИ УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЕЛОЙ ДЕПРЕССИИ

А. С. Бобров, О. В. Петрунько, Л. А. Иванова,  
А. А. Хамарханова, А. В. Швецова  
(Иркутск)

Проведен анализ эффективности монотерапии Вальдоксаном 50 пациентов с умеренным и тяжелым депрессивным эпизодом (ДЭ по МКБ-10). Длительность терапии – 6 недель. Начальная доза препарата – 25 мг, в 97,5% суточная доза составила 50 мг/сут в связи с тяжестью состояния. Преждевременно исключены из ис-

следования – 9 пациентов (20%) в связи с нарастанием тяжести депрессии либо стабильными ее проявлениями, один пациент – по причине, не связанной с терапией

Оценка эффективности вальдоксана среди закончивших исследование (n=40) проведена с позиции выделения клинических предикторов полноты терапевтического ответа. Среди респондеров – 36 (90%/40) выделена группа больных с ремиссией – 27 (75%/36) – редукцией долечебного суммарного балла шкалы депрессии Гамильтона (HAM-D-17) ?7. Определены статистически значимые клинические предикторы наибольшей полноты терапевтического ответа на Вальдоксан. В случае ремиссии ими оказались: меньшая частота тревожной депрессии; отчетливая “эндогенизация” депрессии за счет большей представленности сниженной самооценки и чувства уверенности в себе, а также пессимистического видения будущего; один какой-либо вариант нарушения ночного сна; большая частота нетипичного суточного ритма с ухудшением состояния в вечерние часы. К клиническим критериям наибольшей полноты терапевтического ответа (ремиссия) на Вальдоксан также отнесены симптом “мышечного напряжения” в структуре сопутствующего депрессии генерализованного тревожного расстройства по DSM-IV; большая частота постоянных или периодических проявлений вегетативных расстройств, но в обоих случаях несвязанных с реактивной лабильностью либо незначительным физическим напряжением; среди коморбидных ДЭ расстройств – наличие полного или симптоматики бедного панического расстройства с/без агорафобии. Выявлена также зависимость скорости терапевтического ответа на Вальдоксан в группе с ремиссией от степени генерализации патологических телесных ощущений.

### ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ НЕПРЕРЫВНОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ИНТЕРВЬЮ С ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ

Б. Браун, А. В. Голубев, М. Детке, Д. Браун,  
Д. В. Виллиамс, В. П. Иржевская  
(Москва)

Одним из ведущих факторов, определяющих достоверность данных клинических исследований в области ЦНС, является квалификация рейтеров – специалистов, проводящих оценку состояния пациентов с помощью стандартизированных шкал.

**Цель исследования:** оценка эффективности применения методики Непрерывного Контроля Качества проведения клинических интервью (НКК).

**Материал и методы:** эксперты компании “МедАванте”, повторно оценивали 797 интервью по шкалам MADRS, HAM-D и HAM-A, проводимых рейтерами в рамках двух клинических испытаний. Навыки интервьюирования и обоснованность оценок по этим шкалам оце-

нивались по критериям RAPS – шкалы практических навыков репитера, включающей разделы: соответствие содержания беседы структуре шкалы; адекватность дополнительных вопросов; прояснение полученной информации; нейтральность манеры ведения интервью; качество раппорта с пациентом; обоснованность выставления баллов по шкале. Оценка по RAPS и рекомендации эксперта предоставлялись каждому из репитеров непосредственно после интервью.

**Результаты:** при изучении навыков проведения интервью было выявлено, что уже после 9 обучающих сессий с каждым из репитеров увеличивалось количество интервью, удовлетворяющих критерию “обоснованность оценок” с 56% до 74% от их общего числа, а критерию “навыки интервьюирования” – с 64% до 84%. В целом, обоим критериям качества проведения обследования по шкалам к этому моменту соответствовали 68% всех интервью, против 44% в начале исследования. Таким образом, внедрение метода НКК способствовало разрешению таких трудностей, возникающих при проведении обследования по стандартизованным шкалам, как освоение репитерами методики ведения интервью, и позволило значительно повысить качество клинической оценки пациентов в рамках психофармакологических исследований.

#### ОСОБЕННОСТИ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ КАННАБИНОИДОВ

Д. Р. Булатова, Д. И. Малин  
(Москва)

Изучено 8 больных параноидной шизофренией и 11 больных шизоаффективным психозом, 6 женщин и 13 мужчин в возрасте от 18 до 26, с длительностью заболевания от 6 месяцев до 2 лет, с острыми психотическими расстройствами и коморбидной зависимостью от каннабиноидов. Длительность злоупотребления каннабиноидами составляла от 1 года до 3-х лет. У всех больных выявлялись признаки психической и физической зависимости. Во всех случаях злоупотребление каннабиноидами предшествовало манифестации основного психического заболевания. Все больные поступали в Московский НИИ психиатрии для купирования острой и подострой психотической симптоматики. Анализ структуры психопатологических расстройств и особенности течения заболевания позволили отнести больных к шизофрении или шизоаффективному расстройству в соответствии с критериям МКБ-10. Как видно из представленных данных преобладали больные шизоаффективным расстройством. В структуре психоза ведущим являлся несистематизированный острый чувственный бред, часто фантастического содержания и аффективные нарушения – депрессия или мания. У 7 больных выявлялась резистентность к терапии традиционными антипсихотиками (галоперидолу, трифтазину.) При этом, несмотря

на назначение высоких доз препаратов развития экстрапирамидных побочных эффектов не наблюдалось. У 12 больных наоборот имела место интолерантность к антипсихотической терапии с быстрым появлением неврологических побочных эффектов, что не давало возможности повысить дозы препаратов до оптимальных терапевтических. Перевод этих больных на терапию атипичными антипсихотиками – рисперидоном, оланзапином и кветиапином позволило добиться редукции психопатологической симптоматики (более 30% по шкале BPRS) у 10 из 12 больных.

Таким образом у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с зависимостью от каннабиноидов можно выделить два типа реагирования на психофармакотерапию – повышенная толерантность или резистентность и интолерантность (непереносимость) с преобладанием последнего. При этом, атипичные антипсихотики являются эффективными средствами в терапии больных явлениями интолерантности к терапии.

#### БИОПСИХОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ТЕРАПИИ ЗАТЯЖНЫХ ФОРМ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

А. В. Васильева  
(Санкт-Петербург)

В последнее время, все более широкое признание в медицине и здравоохранении биопсихосоциальной модели болезни заостряет вопрос о соотношении биологических, психологических и социальных воздействий в возникновении и лечении психогенных заболеваний. При этом соотношение биологических и психосоциальных факторов в возникновении и хронизации невротических расстройств носит индивидуальный, динамический, кумулятивный характер. Это требует проведения более точного анализа механизмов патогенеза и разработки системного многомерного подхода к лечению, где на разных этапах приоритет может отдаваться различным звеньям патогенеза биологическому или психосоциальному. Вопросы взаимозависимости и взаимовлияния биологической основы, психологических особенностей и социальных факторов требуют дальнейшего уточнения на разных этапах терапии.

Учитывая, что полиморфизм симптоматики является одной из ведущих клинических особенностей затяжных форм, пациенты получают разные диагнозы, что приводит к игнорированию принципов последовательности и преемственности в их лечении. Фармакотерапия больных затруднена их противоречивой комплаентностью, должна быть комбинированной и длительной с обоснованным назначением дополнительных препаратов в период декомпенсации при одновременном избегании полипрагмазии.

Присутствие в структуре клинической картины минимальной церебральной дефицитарности должно учитываться в планировании лечебных мероприятий.



Пациенты с затяжным течением невротических расстройств нуждаются в долгосрочной, направленной на супрессию тревоги, коррекцию неадаптивных форм психологических защит и динамических стереотипов, завершающее развитие личности, психотерапии с преемственным последующим амбулаторным этапом. Эта группа больных нуждается в специальных многоэтапных комплексных лечебных программах.

### **КВАНТОВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Н.С. Вернекина  
(Москва)

В настоящее время в психиатрической практике применяют немедикаментозные методы функциональной регулирующей терапии не только в сочетании с психофармакотерапией, но и как монотерапию. С конца 60-годов широкое распространение при лечении многих заболеваний получила низкоинтенсивная лазерная терапия (НИЛТ). Это, по сути, медицина XXI века, основанная на ранней диагностике патологических процессов в организме человека с широким использованием лазерной техники и приборов, их безмедикаментозного лечения путем квантоворезонансного воздействия на его органы и клеточные структуры полемым излучением различной природы с энергией, близкой к естественному фону. В исследовании в качестве дополнительного лечебного немедикаментозного средства у пациентов с разными вариантами невротической депрессии была использована разработанная нами медицинская технология, включающая курсовую низкоинтенсивную лазерную терапию.

Основная цель исследования: определить особенности влияния антидепрессивной терапии с курсом НИЛТ на клинические характеристики и степень выраженности суицидальных проявлений у больных с легкими и умеренно выраженными депрессивными расстройствами.

Продолжительность терапии составила 6 недель. По разработанной нами методике курс комбинированной НИЛТ включал 10 ежедневных сеансов в течение 15–20 мин.

В исследование были включены 53 пациента (стационар, амбулаторные больные, дневной стационар) в возрасте 20–45 лет с легкой и умеренно выраженной депрессией в рамках единичного депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства, биполярного аффективного расстройства, дистимии, циклотимии, пролонгированной депрессивной реакции в структуре расстройства адаптации. Помимо психопатологического и общесоматического обследования в рамках исследования использовали следующие шкалы: HDRS-17 (шкала депрессии Гамильтона), CGI (шкала общего клинического впечатления), DBI (шкала самооценки депрессии Бека), BSS (шкала суицидальности Бека). Клиническая оценка суицидальной активности больных на момент лечения

показала наличие легко выраженных проявлений суицидальности у 49,7% пациентов. При этом у 12 пациентов с умеренно выраженной депрессией в прошлом были отмечены суицидальные попытки, их планирование или подготовка к ним. Полностью регрессирующая динамика депрессивной симптоматики и суицидальности в процессе НИЛТ свидетельствует о снижении суицидального риска. Применение разработанного комбинированного с курсами НИЛТ лечения обуславливает быструю и практически полную редукцию всего спектра проявлений суицидальности у больных с легкой и умеренно выраженной депрессией. Результаты объективной (HADS-17, CGI) и субъективной (DBI) оценок состояния больных в процессе комбинированной НИЛТ также продемонстрировали достаточно высокий уровень ее эффективности при лечении пациентов с легкими и умеренно выраженными депрессивными расстройствами. Отсутствие нежелательных явлений ПФТ в процессе сочетанного с НИЛТ лечения свидетельствует о хорошей переносимости разработанной медицинской технологии. Отдаленные результаты прослежены на протяжении 2-х лет. Так, применение НИЛТ в комплексном лечении пациентов с легкой и умеренно выраженной депрессией показало, что позитивные результаты были достигнуты в 81,4% наблюдений. Таким образом, разработанная медицинская технология, включающая курс комбинированной НИЛТ в рамках терапии разных вариантов невротических депрессий, в том числе и с проявлениями суицидальности, характеризуется хорошим балансом эффективности/переносимости.

### **ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЕ ДИСТАНЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ – НОВЫЙ МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ**

Д. В. Виллиамс, П. С. Комиссаров,  
А. В. Голубев, Д. Осман, К. К. Кобак,  
А. А. Бебуришвили, М. А. Соляник  
(Москва)

Несмотря на высокие стандарты проведения рандомизированных, плацебо-контролируемых психиатрических исследований, результаты многих из них оказываются неудовлетворительными. Одной из причин этого является значительная вариабельность данных, получаемых в ходе многоцентровых исследований. Централизация процесса клинической оценки психиатрических пациентов, предложенная компанией “МедАванте”, позволяет повысить достоверность результатов клинических испытаний. Методика заключается в проведении обследований в режиме теле- или видеоконференций (ВК) специалистами с высоким уровнем подготовки в области применения психометрических шкал. Отношение к применению дистанционного интервьюирования было изучено при опросе 45 пациентов, участвовавших в кли-

нических испытаниях с использованием этой технологии. Обнаружено, что 96% из них чувствовали себя комфортно, а 94% – не испытывали затруднений при необходимости описывать свои переживания в режиме ВК (Williams J. et al., 2007). Качество данных, полученных при дистанционных обследованиях, сопоставимо с таковым при непосредственном контакте рейтера с пациентом (Williams J. et al. 1998). При этом централизованное рейтинговое позволяет снизить число задействованных клиницистов с 60–70 до 6–10, снижая и вариабельность полученных результатов. Использование централизованной клинической оценки динамики психического состояния пациентов уже после первой недели терапии позволяет выявить статистически достоверные различия между исследуемым препаратом и плацебо по редукации баллов по шкале PANSS у больных с шизофренией (Shen J. et al., 2008). Таким образом, предложенный метод обеспечивает высокую валидность результатов клинических испытаний.

#### ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ: ИНФОРМИРОВАННОСТЬ И ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ЧУВАШИИ

А. В. Голенков  
(Чебоксары)

Информированность жителей Чувашии о различных методах лечения психических расстройств (ПР) остается неизвестным, что обуславливает актуальность исследований по использованию электросудорожной терапии (ЭСТ) и отношение к ней населения в регионах России.

**Материалы и методы.** Опрошено 4015 чел. (мужчин – 1822, женщин – 2193) в возрасте от 16 до 89 лет (средний –  $35,4 \pm 15,1$  года). Использовалось 6 вопросов: три закрытых и три открытых. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики и  $\chi^2$ -распределения.

**Результаты.** Знали что-то об ЭСТ 1414 чел. (35,2%). Лучшую осведомленность показали медики (врачи и медсестры) и люди в возрасте 19–50 лет. По мнению респондентов, основным показанием к ЭСТ была шизофрения (47,9% ответов). Главными источниками информации об ЭСТ явились зарубежные художественные фильмы (33,6%) и средства массовой информации (20,2%).

Негативные эмоции и оценки ЭСТ указали 63,3%. Считали ЭСТ эффективным методом лечения ПР – 40,7%, дали бы согласие на проведение ЭСТ в случае болезни своего родственника – 21,9%.

Положительное отношение к ЭСТ имели респонденты, получившие сведения о методе из книг ( $p < 0,05$ ), считающие ее эффективной процедурой ( $p < 0,01$ ) и согласившиеся на ее проведение своим родственникам ( $p < 0,01$ ). Негативные и неопределенные оценки имели респонденты, почерпнувшие сведения об ЭСТ из фильмов ( $p < 0,01$ ).

Согласие на проведение ЭСТ своим родственникам дали респонденты, имеющие лучшую психиатрическую

грамотность (чаще указывали психозы и шизофрению в качестве показаний к ЭСТ); подавляющее большинство (83,9%) из их числа считали ее эффективным методом лечения ПР ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Выявлена низкая информированность населения Чувашии об ЭСТ и в целом негативное отношение к данному методу лечения. Ответы достоверно зависели от пола, возраста, уровня образования, источника получения информации, эмоций и оценок ЭСТ, принадлежности респондентов к медицине.

#### СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОТКАЗОВ ОТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРИНИМАЮЩИХ АНТИДЕПРЕССАНТЫ (АД) НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ИЛИ АМИТРИПТИЛИН

А. В. Городничев, С. Н. Мосолов  
(Москва)

**Цель:** Изучение частоты поздних отказов (полных и частичных) от антидепрессивной терапии в группах пациентов принимающих АД нового поколения или амитриптилин как представитель АД первого поколения. Важными задачами являлось изучение причин отказов от лечения в исследуемых группах и влияние неполных отказов на уровень профилактической дозы. Изучалось влияние поздних отказов на частоту рецидивирования в исследуемых группах.

**Методы и материалы:** В одной группе (72 пациента) пациенты принимали АД нового поколения (пароксетин, флуоксетин, тианептин), в контрольной группе 24 пациента принимали амитриптилин. Антидепрессанты назначались в терапевтически эффективных дозах, исследование длилось в течение 1 года. Все участвовавшие в исследовании пациенты включались на этапе умеренной или тяжелой депрессии. Средние суточные дозы АД: флуоксетин  $40 \pm 3,5$  мг, тианептин  $37 \pm 1,2$  мг, пароксетин  $26,2 \pm 4,2$  мг, амитриптилин  $150 \pm 17,5$  мг.

**Результаты:** В группе пациентов, принимающих АД нового поколения, различные варианты отказов от профилактической терапии встречались у 12 из 72 пациентов (16,6%). В 4 случаях отказ от лечения был полный (50%), в 4 частичный. Частота отказов в группе пациентов, принимавших амитриптилин, составила 16 из 24 (66,6%). В 2 случаях (12,5%) наблюдался полный, в остальных частичный отказ от терапии.

Чаще всего причинами отказов от продолжения лечения в группе АД нового поколения являлось улучшение самочувствия (66,6%) и нежелательные явления (9,4%). В группе амитриптилина причинами отказов являлись НЯ (75%) и “другие причины” (13,2%), а НЯ лишь в 6,6% случаев.

Высокая частота неполных отказов в группе пациентов, принимающих амитриптилин, привела к значительному снижению профилактической дозы до 112 мг/сут,

к 6 месяцу терапии, к 9 месяцу 104 мг/сут и только к окончанию исследования отмечалось незначительное увеличение до 112 мг/сут. В группе пациентов, принимавших АД нового поколения, существенного изменения профилактической дозы не происходило.

Распределение рецидивов депрессии в группах значительно отличалось. В группе пациентов, принимавших амитриптилин, рецидивы преобладали в первые полгода исследования, в группе пациентов, принимавших АД нового поколения, рецидивы депрессии равномерно возникали на протяжении всего исследования.

Частота рецидивов среди пациентов, принимавших АД нового поколения, была меньше, чем среди пациентов, принимавших амитриптилин, но не достигала достоверных различий. Однако в первое полугодие частота возникновения ранних рецидивов в группе амитриптилина была статистически выше, чем среди пациентов, принимавших АД нового поколения ( $p < 0,05$ ).

**Выводы:** Частота отказов при вторичной фармакопрофилактике депрессивных расстройств крайне высока. Особенно это актуально для препаратов 1 поколения с низкой переносимостью (амитриптилин). В зависимости от поколения АД различаются и причины отказов от лечения. Среди пациентов, принимавших амитриптилин, это была плохая переносимость высоких доз АД, а среди АД нового поколения – длительное и стабильное улучшение состояния. Кроме того, применение АД с большим количеством НЯ может приводить к неполным скрытым отказам от лечения в виде снижения дозы профилактической терапии и ранним рецидивам депрессивной симптоматики.

#### СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РИСПЕРИДОНА (СПЕРИДАНА) В СТАЦИОНАРЕ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

И. В. Городошникова, В. Г. Будза, П. О. Бомов  
(Оренбург)

Лечение шизофрении до сих пор остается одной из трудноразрешимых проблем в психиатрии. Новая генерация антипсихотических средств продемонстрировала свое преимущество перед классическими антипсихотиками, что определяется принципиальными различиями в механизмах действия препаратов. Для получения собственных результатов об эффективности и переносимости сперидана (рисперидона) у больных шизофренией проведено сравнительное исследование сперидана и галоперидола, который называют “золотым стандартом” в терапии шизофрении. Основная группа получала сперидан (13 больных), контрольная – галоперидол (15 пациентов). У всех пациентов в соответствии с критериями МКБ 10 был установлен диагноз шизофрения, с преобладанием в клинической картине галлюцинаторно-бредовой (11 больных), кататано-параноидной (2 пациента), аффективно-бредовой (8 больных) и психопатоподобной симптоматики (7 пациентов). Возраст составил

от 42 до 61 года, с длительностью заболевания от 1 года до 22 лет. Были использованы шкалы общего клинического впечатления (CGI), нежелательных явлений SAS, PANSS. Длительность исследования составила 8 недель, доза сперидана увеличивалась в течение первых 4–6 дней от 2 до 8 мг в сутки. К завершению исследования по шкале CGI зарегистрировано “выраженное улучшение” в 39%, в контрольной – повышение показателей только по шкале “умеренное улучшение”. Снижение суммарного балла по шкале PANSS в основной группе 42%, в контрольной – 31%, что указывает на общую редукцию психопродуктивных и негативных расстройств. Тремор, брадикардия, акатизия при лечении спериданом, в сравнении с аналогичными проявлениями при лечении галоперидолом выражены незначительно, носят дозозависимый характер и самостоятельно нивелируются, что быстрее позволяет достичь комплаентности. Очевидна высокая эффективность сперидана при купировании острых состояний и сбалансированное влияние на позитивную и негативную симптоматику у больных шизофренией. Такие субъективно значимые побочные эффекты как повышение веса, аллергические реакции, галакторея за время нашего исследования замечены не были.

#### ТЕРАПИЯ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА КОМБИНАЦИЕЙ СЕРТРАЛИНА (СТИМУЛОТОНА) И АМИСУЛЬПРИДА (СОЛИАНА) В СРАВНЕНИИ С МОНОТЕРАПИЕЙ СЕРТРАЛИНОМ

И. В. Лобанова, Е. А. Григорьева  
(Ярославль)

Последние годы используются для лечения депрессий сочетания антидепрессантов и антипсихотиков нового поколения. Целью работы являлось сравнительное изучение действия монотерапии стимулотона и сочетания стимулотона с солианом на депрессию в рамках рекуррентного депрессивного расстройства. Обследовано 75 пациентов (57 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 20 до 40 лет. Давность заболевания  $4,1 \pm 0,78$ ; количество приступов  $3,36 \pm 0,67$ . Комбинацию стимулотона (100 – 150 мг/сут) и солиана (50 – 150 мг/сут) получали 33 пациента, монотерапию стимулотона – 42 (150 – 200 мг/сут). Дозы зависели от тяжести депрессии (тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов или умеренный с соматическими симптомами). В результате проведенного исследования (согласно шкале HAM-D) при сочетанной терапии выявлена достоверная более быстрая и значимая редукция депрессивных симптомов, особенно к 20 и 40 дням наблюдения. В первой группе к концу 40 дня лечения “очень хороший” результат зафиксирован в 30,3% случаев, во второй – лишь в 11,9%, “неудовлетворительный” – соответственно в 6,06% и в 21,4%. При учете тяжести депрессивного эпизода выявлено: на оба вида терапии лучше реагируют умеренные

депрессии. При тяжелых депрессиях комбинация препаратов дает более высокий результат в первые десять дней лечения и между 20 – 40 днями, при умеренных – редукция достоверна на всех этапах исследования. Основной побочный эффект при сочетанной терапии – галактория, которая в сочетании с головной болью требовала отмены в 9,9% случаев. При монотерапии отмена производилась (7,1%) в связи с диффузными головными болями сжимающего или распирающего характера, сочетающихся с инсомнией или усилением мышечной слабости. Нежелательные явления, не требовавшие отмены терапии в обеих группах выявлены, примерно, у 1/3 пациентов.

#### АТИПИЧНЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ (СРАВНИТЕЛЬНО ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Д. С. Данилов  
(Москва)

**Цель:** сравнительное изучение эффективности атипичных нейролептиков при лечении шизофрении.

**Материалы и методы:** обследовано 434 и 267 больных при купирующей и длительной поддерживающей терапии. Больные каждой формой шизофрении (параноидная; протекающая приступообразно; вялотекущая) разделены на сопоставимые группы, в которых проводилось лечение клозапином, рисперидоном, оланзапином и кветиапином. Использовался метод клинического наблюдения и оценка состояния по PANSS.

**Результаты:** при параноидной шизофрении и шизофрении, протекающей в форме приступов, купирующая терапия клозапином была значительно более эффективной, чем применение рисперидона и оланзапина; кветиапин был наименее эффективен. При вялотекущей шизофрении эффективность всех нейролептиков была довольно высока и убывала в ряду: клозапин – кветиапин, оланзапин – рисперидон. Спектр действия клозапина наиболее широк: различные синдромы психотического и невротического регистров. Рисперидон, оланзапин и кветиапин были наиболее эффективны при расстройствах невротического и субпсихотического регистров. При длительной поддерживающей терапии наиболее эффективным было применение клозапина: при шизофрении с приступообразным течением формировались ремиссии лучшего качества и большей длительности; при параноидной шизофрении течение болезни часто переходило из непрерывного в условно приступообразное. При вялотекущей шизофрении эффективность поддерживающей терапии во всех группах была сопоставимой.

**Выводы:** выявленное значительное различие эффективности атипичных нейролептиков при лечении шизофрении позволяет предложить дифференцированный подход к их применению с учетом клинических особенностей заболевания.

#### ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ (БДТ)

Г. К. Дашкина  
(Москва)

**Цель:** оценка целесообразности заместительной терапии селективными антидепрессантами (АД) больных, длительно (более 3 месяцев) принимающих БДТ.

**Методика:** выборка пациентов (n=115) в возрастном диапазоне 19–60 лет (ср. значение: 38±10,6) была случайным образом разделена на 3 группы. В группах 1 и 2 в течение 3 недель доза БДТ еженедельно уменьшалась на 25% с одновременным назначением на 12 недель в качестве препарата заместительной терапии АД (венлафаксин 75–150 мг в сутки (n=39), сертралин 50–100 мг в сутки (n=39)). Пациенты группы 3 (n=37) получали плацебо. Использовались: кумулятивная оценка соотношения рецидивов в группах (анализ Каплана-Мейера), психометрическая методика (шкала Гамильтона для оценки симптомов тревоги (HARS)).

**Результаты:** к моменту завершения исследования (к 84 дню) 37 пациентов (47%), которым были назначены АД, не возобновили приема БДТ; это значение было достигнуто к 18 дню и в дальнейшем не менялось вплоть до 84 дня. Наибольший процент рецидивов в 1 и 2 группах приходился на первую неделю отмены (80%), остальные (20%) – на 2 неделю. В группе плацебо лишь 20% пациентов успешно завершили отмену БДТ. Отмена БДТ во всех группах сопровождалась усилением тревожной симптоматики. Так, в 1 и 2 группах значение суммарного балла шкалы HARS к 7 дню отмены возрастая на 25% в последующем снижалось до начального уровня к 14–28 дням, а при назначении плацебо пиковое значение суммарного балла шкалы HARS равнялось 150%. Выявленные различия между группами позволяют предположить, что терапия АД позволяет значительно снизить уровень тревоги, ассоциированной с отменой БДТ.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ НООТРОПОВ (ПАНТОГАМА И ГЛИЦИНА) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

Н. П. Джуга, В. Л. Козловский  
(Санкт-Петербург)

Введение

Актуальность коррекции когнитивных нарушений вызвана тем, что уровень этих нарушений, а не особенности и выраженность продуктивной симптоматики определяют качество ремиссии и социальной адаптации у больных шизофренией. Как известно, различают первичные нарушения, в основе которых лежат изменения нейрофизиологической активности мозга, обусловленные

патогенезом шизофрении, и вторичные, вызванные влиянием нейролептических препаратов.

Возможной коррекции последних посвящено настоящее исследование, в котором изучалась эффективность сочетания галоперидола с ноотропами (глицином и пантогам). Механизм действия глицина связан с облегчением глутаматергической передачи, играющей роль в патогенезе заболевания. Препаратом сравнения был выбран пантогам, обладающий метаболотропным действием.

#### **Методы исследования**

Было включено 56 больных с параноидной (F20.0) или недифференцированной (F 20.6) шизофренией (МКБ-10), с суммарный балл по шкале PANSS не менее 80. В течение 10 недель пациенты получали галоперидол (20–30 мг внутрь), комбинацию галоперидола (20–30 мг внутрь) и глицина (600 мг внутрь) или комбинацию галоперидола (20–30 мг внутрь) и пантогама (1500 мг внутрь). Оценка результатов проводилась с использованием шкалы PANSS. Обработку результатов осуществляли методами базовой и многомерной статистики.

#### **Результаты и их обсуждение**

Было выявлено, что добавление пантогама повышало эффективность терапии как в отношении позитивной, так и негативной симптоматики. В то время как присоединение к терапии глицина, существенно не влияло на антипсихотическую активность галоперидола, понижая его эффективность в отношении общепатологических симптомов. По данным корреляционного анализа было выявлено, что снижение бредовых переживаний при назначении глицина прямо и достоверно было связано со всеми пунктами позитивной субшкалы PANSS, а редукция позитивных симптомов положительным образом зависела от динамики общепатологических показателей. В тоже время, при комбинировании пантогама с галоперидолом наблюдалась обратная корреляция между позитивными и негативными симптомами, т.е. редукция позитивной симптоматики обусловлена нарастанием дефицитарных проявлений.

Таким образом, адьювантное назначение пантогама потенцировало все эффекты галоперидола, не изменяя спектра действия. Данное позитивное, но “неспецифическое” терапевтическое действие, определяет предпочтительное применение пантогама в фазе обострения болезни.

Данные настоящего исследования, подтверждающие способность глицина влиять на патогенетические механизмы болезни, подчеркивают целесообразность назначения при проведении “поддерживающей” терапии.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КЛИНИКЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

М. А. Елфимов  
(Москва)

Современные проспективные исследования убеждают в том, что тревога и депрессия являются факторами

риска, влияющими как на развитие артериальной гипертензии (АГ), так и на прогноз выживаемости пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Это диктует необходимость разработки новых терапевтических стратегий для решения существующей проблемы.

В Отделении проблем реабилитации Отдела пограничной психиатрии разработана дифференцированная методика применения иглорефлексотерапии (ИРТ) у пациентов с синдромом АГ в зависимости от степени риска, страдающих психическими расстройствами невротического уровня. Главными принципами использования указанного метода являются: патогенетически обоснованный выбор биологически активных точек и их сочетание, метод воздействия, частота проведения сеансов и общее количество процедур. Полученные нами результаты выявили значительную редукцию симптомов тревожного ряда и их вегетативных проявлений, к числу которых относится повышение артериального давления (АД). При курсовом применении ИРТ у пациентов с реактивной АГ наряду с положительной динамикой психопатологических синдромов была выявлена нормализация АД более, чем у 80% больных. У пациентов со средним и высоким риском нормализация психопатологической симптоматики сопровождалась достижением цифр целевого АД в 70% и 55% случаев соответственно. При этом количество антигипертензивных препаратов удалось уменьшить в первой группе на 40%, а во второй – на 15%. Таким образом, разработанная нами методика показала высокую эффективность при лечении больных АГ в сочетании с невротическими расстройствами, и может быть рекомендована для использования как в качестве монотерапии, так и в комплексном лечении пациентов с указанной патологией.

### **ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ**

О. В. Задорожная, Ю. В. Дроздовский  
(Омск)

Согласно данным ряда исследований, лица, страдающие психическими расстройствами подвержены значительному риску заражения вирусными гепатитами (Dinwiddie S.H. et al., 2003; Cournos et al., 2005; Kakisi O.K. et al., 2009), а также нередко имеют коморбидные заболевания, приводящие к дополнительному поражению печени, такие как наркомания и алкоголизм. Учитывая снижение функции печени вследствие поражения гепатоцитов и развития фиброза (Непомнящих Г.И. с соавт., 2008), у таких пациентов можно ожидать изменение спектра и выраженности побочных эффектов применяемых психотропных препаратов.

В результате обследования 180 пациентов, находящихся на стационарном лечении в женском и мужском общепсихиатрических отделениях, у 15,5% (n=28) выяв-

лены маркеры вирусных гепатитов. Вирусный гепатит В обнаружен у семи пациентов (3,9%), гепатит С – у 20 (11,1%), сочетанная HBV и HCV инфекция – у одной пациентки (0,5%). Результаты проведенного обследования позволяют говорить о высокой частоте побочных эффектов психофармакотерапии у таких пациентов. Наиболее часто наблюдались неврологические и вегетативные нежелательные побочные эффекты. Среди изменений в лабораторных показателях наиболее распространенным являлся бессимптомный подъем уровня трансаминаз (n=11).

Таким образом, учитывая высокую распространенность вирусных гепатитов среди психически больных, большое значение приобретает своевременное выявление, в том числе на субклиническом лабораторном уровне, коррекция и профилактика развития нежелательных побочных эффектов психотропных препаратов.

#### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АТИПИЧНОГО АНТИПСИХОТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА СЕРТИНДОЛ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ РОССИИ**

Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева  
(Москва)

Актуальность: Сертиндол (сердолект) входит в группу атипичных антипсихотических препаратов. В России сердолект применяется с 2005 года. Накопленные данные по эффективности и безопасности сердолекта при лечении шизофрении в условиях реальной клинической практики требуют обобщения и систематизации.

Цель: изучить эффективность и безопасность применения сердолекта при лечении шизофрении в условиях реальной клинической практики.

Методы: наблюдательная многоцентровая программа (30 городов России) включила 896 больных шизофренией, получавших терапию сердолектом. Параноидная шизофрения (F 20.0) встречалась наиболее часто (81,5% больных), преобладали галлюцинаторно-параноидный (44,1%) и аффективно-бредовой (23,6%) синдромы. У 15,6% больных заболевание возникло впервые. С момента назначения сердолекта больные наблюдались в течение 6 недель, состояние оценивалось клинико-психопатологически и при помощи психометрических шкал. Ограничений для дополнительной психофармакотерапии не было.

Результат: 84,3% больных до назначения сердолекта получали психофармакотерапию, преобладали типичные антипсихотики (45,4% назначений). Большинство больных получали несколько препаратов одновременно (среднее число препаратов у одного больного – 2,42). 56,9% больных после назначения сердолекта первые дни продолжали получать предшествующее лечение. На фоне терапии сердолектом выявлено достоверное снижение числа дополнительных назначений, на 6 неделе лечения половина больных получала монотерапию сер-

долектом (0,58 дополнительных назначений на одного больного). Сердолект достоверно улучшал состояние больных в течение всех 6 недель терапии, в конце периода наблюдения у 45,3% больных не выявлялось продуктивной психопатологической симптоматики. Эффективность терапии сердолектом была достоверно выше у больных с аффективной и аффективно-бредовой симптоматикой, а также у больных, получавших сердолект в качестве первого антипсихотика (тяжесть состояния в группах больных, получавших и не получавших предшествующее лечение, не отличалась;  $p=0,5$ ). Доля больных, получавших корректоры, в течение 6 недель наблюдения линейно уменьшалась (с 35,5% до 16,3% больных), что говорит о малой выраженности или отсутствии влияния сердолекта на экстрапирамидные структуры головного мозга.

Выводы: атипичный антипсихотический препарат сердолект эффективен и безопасен при лечении больных шизофрений.

#### **ТЕРАПИЯ ШИЗОФРЕНИИ СЕРТИНДОЛОМ: ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СХЕМ НА ОСНОВЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АНАЛИЗА ОПЫТА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ РОССИИ**

Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева  
(Москва)

Актуальность: атипичный антипсихотический препарат сертиндол (сердолект) применяется в России с 2005 г. При лечении шизофрении сердолектом врачи-психиатры часто используют схемы лечения и показания, не полностью совпадающие с рекомендациями фирмы-производителя.

Цель: провести сравнительный анализ эффективности и безопасности различных терапевтических схем применения сердолекта при лечении шизофрении, на основе полученных данных уточнить показания к назначению сердолекта при шизофрении и разработать оптимальные алгоритмы терапии.

Методы: проводился анализ данных многоцентровой наблюдательной программы лечения шизофрении сердолектом (Россия, 2008 г.). Включено 896 случаев.

Результат: У 15,7% больных сердолект назначался в качестве первого антипсихотика. Остальные больные получали психофармакотерапию до назначения сердолекта, каждый больной в среднем одновременно принимал 2,42 препарата разных классов. При назначении сердолекта у 43,1% больных предшествующая психофармакотерапия полностью отменялась, остальные больные некоторое время продолжали предшествующее лечение с постепенным снижением доз и последующей отменой (назначение методом “перекреста”). Начальная доза сердолекта у многих больных превышала рекомендованную (4 мг), и составляла от 8 до 24 мг в сутки. Высокие стартовые дозы сердолекта (8 мг и выше) до-

стоверно чаще встречались при выраженной остроте заболевания, меньшей длительности предшествующей психофармакотерапии, и при назначении сердолекта в качестве первого антипсихотика. Превышение начальной дозы отмечено при назначении сердолекта одновременно с отменой предыдущей психофармакотерапии, терапия сердолектом при назначении препарата методом “перекреста” достоверно чаще начиналась с рекомендованной дозы (4 мг в сутки). Анализ эффективности после 6 недель лечения сердолектом показал отсутствие достоверных отличий между больными, начавшими терапию сердолектом в стандартной дозе (4 мг) и с более высоких доз (8 мг и выше). Эффективность лечения была достоверно ниже в случаях назначения сердолекта с одновременной отменой предыдущего лечения, при назначении сердолекта методом “перекреста” эффективность лечения достоверно выше.

**Выводы:** увеличение стартовой дозы сердолекта при лечении больных шизофренией не влияет на эффективность терапии. Назначение сердолекта больным, получающим психофармакотерапию другими препаратами, эффективнее проводить методом “перекреста”. Назначение сердолекта в качестве первого антипсихотика эффективно и безопасно.

#### ДИНАМИКА СИМПТОМАТИЧЕСКИХ КЛАСТЕРОВ ШИЗОФРЕНИИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ АНТИПСИХОТИКАМИ С РАЗЛИЧНОЙ ПРОЛАКТОГЕННОЙ АКТИВНОСТЬЮ

М. В. Иванов, Г. Э. Мазо, А. Н. Чомский  
(Санкт-Петербург)

**Актуальность:** В научных публикациях, их числа симптоматических кластеров шизофрении явления депрессивного круга рассматриваются в качестве вероятных последствий применения атипичных антипсихотиков (АА), терапия которыми также часто сопровождается развитием нейроэндокринных дисфункций (НЭД).

**Цель исследования:** оценить динамику основных симптоматических кластеров в клинической картине обострений шизофрении на фоне развития НЭД при использовании АА.

**Материал и методы:** Обследовано 69 больных шизофренией в состоянии обострения, получавших в течение 12 недель терапию одним из АА: рисперидон (34 человек), кветиапин (35 человек). Для оценки динамики статуса больных использовались шкалы: PANSS, CDSS, CGI, UKU, и анализ уровня пролактина (ПР).

**Результаты и выводы:** Рисперидон обладал достоверно большим влиянием на кластер продуктивных расстройств, а акцент в тропности кветиапина приходился на проявления депрессивного и тревожного круга. С 4 недели исследования в группе рисперидона происходило статистически значимое увеличение секреции ПР ( $p < 0,01$ ). Прием кветиапина не вызывал гиперпролакти-

немии. НЭД достоверно преобладали в группе с приемом рисперидона. Выявлены корреляции между выраженностью НЭД и суммарным баллом по кластеру симптомов “тревога/депрессия” шкалы PANSS у пациентов группы рисперидона ( $r = 0,35$ ,  $p < 0,001$ ), а также между уровнем ПР и оценками по шкале CDSS.

Авторы допускают наличие биологически опосредованной связи между пролактогенной активностью АА, выраженностью НЭД и наличием симптомов депрессивного ряда у больных шизофренией в рамках купирующей терапии.

#### ЛАДАСТЕН В ТЕРАПИИ ОРГАНИЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

Л. А. Иванова, А. С. Бобров  
(Иркутск)

Длительность терапии Ладастеном больных с органическим эмоционально-лабильным (астеническим) расстройством (органическая астения – ОА) – F06.6 и расстройством адаптации (РА) – F43.2 по МКБ-10 ( $n=29$ ) – 28 дней. Терапевтическая доза у 61,5% больных – 150 мг/сут, 30,8% – 100 мг/сут, 7,7% – 50 мг/сут. Выявлена статистически достоверно большая частота нарушений физической и умственной активности, признаков десинхронизации цикла “сон-бодрствование”, болевого синдрома в клинике ОА по сравнению с РА ( $p < 0,03$  до  $p < 0,05$ ). Напротив, в клинике РА по сравнению с ОА отмечена достоверно большая частота субсиндромальных депрессивных и тревожных расстройств, а также соматовегетативных нарушений (соответственно  $p < 0,03$ ). Число респондеров (редукция суммарного балла по шкалам от долечебного уровня на 50% и более) у пациентов ОА и РА составила по шкале VAS-A соответственно 54,5% и 93,3%; по шкале MFI-20 – 36,6% и 46,7%; патреспондеры (снижение баллов от 30% до 50%) по шкале VAS-A у пациентов ОА и РА соответственно 45,5% и 6,7%, по шкале MFI-20 – 63,7% и 53,3%. По шкале CGI-I к концу курса терапии Ладастеном “выраженное улучшение” у пациентов РА отмечено у 93,8%; среди пациентов ОА – 81,2%. На фоне лечения Ладастеном наблюдались следующие нежелательные явления среди обеих групп больных: тошнота (у 2-х больных), сонливость (у 2-х больных), головная боль (у 1-го больного); последние были кратковременные и не требовали отмены препарата.

Коррекция астенических расстройств под влиянием терапии Ладастеном положительно сказывается на обратной динамике ситуационно обусловленных субсиндромальных депрессивных и тревожных расстройств в клинике РА. Меньшее число респондеров в группе ОА, очевидно, обусловлено стабильностью основного заболевания (сосудистого, посттравматического, сочетанного генеза), но с положительной динамикой астенического и болевого компонентов в его структуре.

### МИРТАЗАПИН, ДОБАВЛЕННЫЙ К АНТИПСИХОТИКАМ – ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ СОПЕРНИК КЛОЗАПИНА?

Г. Иоффе, В. Теревников, Я-Х. Стенберг,  
М. Иоффе, Я. Тиихонен, М. Буркин

(Хельсинки, Петрозаводск)

После открытий хлорпромазина и клозапина в 1950-е гг. прорывов в создании новых антипсихотиков не произошло. “Атипичные” препараты не оправдали ожиданий, возлагаемых на них в 1990-е гг., и все больше данных появляется в пользу антипсихотиков первого поколения (АПП) – столь же эффективных, но менее дорогих. Несмотря на терапию, только 10% пациентов с шизофренией достигает своего преморбидного функционального уровня, остальные проявляют резистентность той или иной степени. Клозапин – единственный препарат с доказанной эффективностью при лекарственно-резистентной шизофрении, но нередко и он недостаточно эффективен. Кроме того, клозапин является препаратом резерва из-за своих побочных действий, иногда летальных. Поэтому одновременно с разработкой принципиально новых препаратов идет поиск эффективных комбинаций уже существующих лекарств. Миртазапин, добавленный к антипсихотикам (МДА), предполагает механизм действия близкий к клозапину и может стать такой комбинацией. Эта гипотеза подтверждается большинством опубликованных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), включая наше:

Миртазапин, добавленный к различным АПП при хронической шизофрении в 6-недельном РКИ с дополнительной 6-недельной “открытой” фазой, превзошел плацебо по ряду показателей. Размер эффекта (effect size) по основному показателю, PANSS total [1.00 (CI 95% 0.34-1.67)], говорит о значительном клиническом эффекте. В отличие от предыдущих исследований, миртазапин привел и к улучшению показателей позитивной шкалы PANSS, демонстрируя выраженное аддитивное антипсихотическое действие. Наше исследование является первым РКИ, в котором МДА улучшил нейрокогнитивные функции – фактора, наиболее тесно связанного с функциональным результатом. Пробное лечение МДА может быть оправданно перед переходом на клозапин.

### СТОЙКОСТЬ РЕМИССИИ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л. С. Канаева, Т. И. Вазагаева

(Москва)

**Цель:** сравнительное изучение факторов, влияющих на стойкость ремиссии у больных с депрессиями при применении антидепрессантов и психотерапии.

**Материалы:** в исследование было включено 275 больных с депрессивными расстройствами в возрасте от 18

до 65 лет, которые рандомизированно распределялись на две группы: больные первой группы (n=149) получали монотерапию антидепрессантами (венлафаксин, эсциталопрам), а второй группы (n=126) – клиническую трансперсональную психотерапию. Курсовое лечение проводилось в течение 8 недель, а проспективное наблюдение в течение 1 года. В исследовании применялись **методы:** клинко-психопатологический (с использованием шкалы депрессии Гамильтона HAM-D, шкалы социальной дезадаптации Шихана) и статистический.

**Результаты.** Несмотря на то, что частота формирования клинической ремиссий (HAM-D≤7 баллов) при курсовом лечении фармако- и психотерапией была практически одинаковой (37,6% и 35,7% соответственно), число больных достигших функциональной ремиссии (полного восстановления социальной адаптации до предболезненного уровня) преобладало в группе психотерапии (55,6%) по сравнению с фармакотерапией (44,6%). На этапе проспективного наблюдения большое значение имело поддерживающее лечение, которое способствовало снижению частоты рецидивов/обострений до 18,5% при фармако- и 14,3% при психотерапии по сравнению с его отсутствием (48,3% при фармакотерапии и 29,2% при психотерапии). Другими факторами, влияющими на стойкость ремиссии, были отсутствие или наличие остаточной симптоматики (при бессимптомной ремиссии рецидив возник у 13,3% больных при фармакотерапии и у 10% – при психотерапии, а при симптоматической – 41,5% и 25,7% соответственно), уровень социального восстановления (при функциональной ремиссии частота обострений/рецидивов составила при фармакотерапии – 16%, а при психотерапии – 8%, а при ее отсутствии – 57,7% и 40% соответственно) и число перенесенных депрессивных эпизодов (при первичном эпизоде депрессии 13,3% при фармакотерапии и 5% при психотерапии, а при повторном – 57,7% и 36% соответственно).

**Выводы.** Стойкость ремиссии, определяемая частотой обострений в течение года, при психотерапии была выше, чем при фармакотерапии. Как при фармакотерапии, так и при психотерапии обострения наступали реже при проведении поддерживающей терапии, первичном депрессивном эпизоде, бессимптомной и функциональной ремиссии.

### РЕЗУЛЬТАТЫ РОССИЙСКОГО МУЛЬТИЦЕНТРОВОГО ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЧАСТОТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С. Г. Капилетти, А. А. Шафаренко

(Москва)

**Цель:** Определить факторы риска метаболических расстройств у больных с шизофренией, получающих антипсихотические препараты.



Методика: Исследование не оказывало влияния на назначение препаратов и не вводило ограничений по видам терапии, проводилось методом “поперечного среза”. Оценка больного проводилась в ходе однократного анкетизирующего визита с последующим взятием крови натощак, дальнейшего наблюдения не проводилось. В исследование включались больные с любыми формами шизофрении, в возрасте 18 лет и старше в стабильном состоянии, получавшие терапию одним и тем же антипсихотическим препаратом в течение не менее 3 месяцев. Был включен 401 пациент, которые были разделены на две группы в зависимости от основного антипсихотического лечения: “атипичную” и “классическую”.

**Результаты:** В анализ было включено 40,5% женщин и 59,5% мужчин. Средний возраст больных составил 37,4±12,6 лет в диапазоне от 18 до 73 лет. Количество пациентов с нарушениями гликемии составило 23,2%. Среди препаратов “атипичного” лечения рейтинг по частоте гликемии выглядел следующим образом: рисперидон (26,0%), клозапин (20,0%), оланзапин (19,0), кветиапин (16,0%) и амисульприд (10,3%). Для “классического” препарата галоперидола частота гликемии составила 28,9%. Гиперинсулинемия наблюдалась у 24,0% пациентов: у 17,8% пациентов в страте “классического” лечения и у 26,1% пациентов в страте “атипичного” лечения. Частота дислипидемии составила 64,1% пациентов, что свидетельствует о высоком риске нарушений липидного обмена у больных шизофренией. Частота низкой концентрации ЛПВП при терапии атипичными антипсихотиками: клозапин (48,6%), оланзапин (42,9%), амисульприд (33,3%), кветиапин (32,0%) и рисперидон (30,7%). Частота гипертриглицеридемии: клозапин (51,4%), амисульприд (41,0%), оланзапин (38,1%), кветиапин (28,0%) и рисперидон (25,2%). Избыточный вес имели 54,9% пациентов: 47,4% пациентов в страте “классического” и 57,4% пациентов в страте “атипичного” лечения. Ожирение отмечалось у 17,9% пациентов: у 12,6% и у 19,7% пациентов (соответственно). Абдоминальное ожирение отмечалось у 30,6% пациентов: 25,8% и 32,3% пациентов (соответственно). Именно абдоминальное ожирение считается одним из факторов развития диабета второго типа. По результатам наблюдения, в страте “атипичного” лечения было больше больных с метаболическим синдромом: 25,1% по сравнению с 19,6% в страте “классического” лечения. Рейтинг препаратов по частоте метаболического синдрома выглядел следующим образом: клозапин (37,1%), оланзапин (31,0%), рисперидон (23,8%), амисульприд (18,4%), кветиапин (16,7%), галоперидол (15,8%).

**Выводы:** Результаты анализа согласуются с опубликованными данными других исследований относительно риска увеличения веса и развития диабета или дислипидемии, в первую очередь у больных, получающих лечение клозапином и оланзапином. Амисульприд, кветиапин и некоторые другие атипичные антипсихотики могут быть отнесены ко второй более низкой группе риска. Больные

шизофренией, получающие атипичные антипсихотики, несомненно, должны рассматриваться как группа высокого риска по диабету и сосудистым заболеваниям.

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПСИХИАТРА

В. Л. Козловский

(Санкт-Петербург)

Современная фармакотерапия занимает лидирующее место в практике лечения больных с психическими расстройствами. При этом не разработанными остаются три подхода:

- выбор адекватной дозы для скорейшего достижения клинического эффекта;
- оценка эффективности препарата в зависимости от развития клинических эффектов и продолжительности назначения;
- показания к применению и тактика назначения препаратов в ходе проведения комбинированной терапии.

При подборе доз препаратов известны рекомендации по щадящему применению с постепенным наращиванием дозировок. Понятие “постепенности”, обычно нигде не оговаривается. В тоже время известно, что равновесная концентрация препарата в плазме крови создается по истечении пятикратного периода полувыведения. Это свидетельствует о том, что оценку эффективности новой дозы препарата следует проводить не ранее, чем через рассчитанный период времени. В связи с этим обоснованными представляются рекомендации использования препаратов в среднетерапевтических дозах, рекомендуемых разработчиком.

В целом, оценка эффективности используемого средства может быть определена по прошествии 10–14 дневного периода при использовании антидепрессантов для коррекции депрессивного синдрома и 6–8 недель при назначении антипсихотиков. Это не означает того, что психотропные эффекты не развиваются сразу после назначения препаратов. Однако появившиеся эффекты являются неспецифическими и имеют непостоянный характер развития.

Поскольку в психиатрии “лечит” не сам препарат, а сформированный им нейрохимический метаболизм, то при выборе препаратов для комбинированной терапии в соответствии с изложенными выше положениями необходимо учитывать не только прямую, но и функциональный нейрохимический антагонизм.

## ВЛИЯНИЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ НА РАЗВИТИЕ ФАРМАКОГЕННОЙ ПРИБАВКИ ВЕСА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Г. Э. Мазо, Т. М. Шманёва

(Санкт-Петербург)

Фармакотерапия вызывает ряд нейроэндокринных эффектов, таких как метаболический синдром, синдром ги-

перпролактинемии. Актуальность изучения изменения массы тела, одного из нарушений входящих в структуру метаболического синдрома, обусловлена связью увеличения массы тела и риском развития сахарного диабета 2 типа, сердечно-сосудистых заболеваний. Появление новых групп антидепрессантов не разрешило полностью проблему купирования депрессивных состояний и часто требуется использование комбинированной терапии, что увеличивает вероятность развития фармакогенной прибавки веса. В связи с этим, был проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов находившихся на лечении в Санкт-Петербургском НИПНИ им. В.М. Бехтерева с 2003 г. по 2008 г., направленный на изучение влияния фармакотерапии на развитие фармакогенной прибавки в весе (>5% в процессе фармакотерапии) (Allison D. et al. 1999). Полученные результаты свидетельствуют, что наибольшая частота встречаемости фармакогенной прибавки веса наблюдается в группе пациентов получавших комбинированную терапию трициклическими антидепрессантами и атипичным антипсихотиками. Далее, по снижению частоты встречаемости этого побочного эффекта, наблюдается следующая тенденция: в 75% – в группе пациентов, получавших терапию трициклическими антидепрессантами и типичными нейролептиками, в 66% – при терапии комбинацией антидепрессантов, в 66% – при лечении современными антидепрессантами и типичными нейролептиками, в 20% случаев – при комбинированной терапии современными антидепрессантами и атипичными антипсихотиками и в 14,2% – при монотерапии современными антидепрессантами. Результаты анализа позволяют сделать вывод, что использование комбинированной терапии способствует большему увеличению веса. А применение атипичных антипсихотиков и типичных нейролептиков увеличивает процент встречаемости фармакогенной прибавки веса, особенно при сочетании с трициклическими антидепрессантами.

#### **КОГНИТИВНЫЙ ОТВЕТ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ (ТМС) ПРИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ**

Н. В. Маслеников, Э. Э. Цукарзи,  
С. Н. Мосолов  
(Москва)

**Актуальность:** Актуальность этого исследования определяется высокой распространенностью депрессий у пациентов с шизофренией, сопряженной с ухудшением прогноза заболевания. Недостаточная эффективность фармакотерапии этих состояний и высокий процент терапевтической резистентности определяют интерес к применению техник стимуляции мозга, а именно ТМС. Целью нашего исследования являлось определение эффективности ТМС в лечении депрессий при шизофрении. Также изучалось влияние ТМС на негативные симптомы и когнитивные функции.

**Методы:** В исследование было включено 63 больных с шизофренией (МКБ-10) на стабильной антипсихотической терапии вне обострения психоза. У всех больных выявлялась клинически значимая депрессия, оцененная по Шкале депрессии при шизофрении Калгари (CDSS) не менее чем в 6 баллов. Негативные симптомы преобладали над позитивными у всех пациентов, средний композитный индекс PANSS составлял – 11. Всем больным проводилась ТМС левой дорсолатеральной префронтальной коры частотой 15 Гц, 100% интенсивностью, трейнами по 6 секунд, с интервалами в 1 минуту. Процедуры, состоящие из 20 трейнов, проводились 5 раз в неделю на протяжении 3-х недель. Больные ежедневно оценивались по следующим шкалам: CDSS, PANSS, CGI-S, а также при помощи батареи когнитивных тестов (“10 слов”, Тест Бентона, “Кодировка”, “Счет с переключением”, “Беглость речевых ответов”). Критерием эффективности терапии являлась 50% редукция показателей по шкале CDSS.

**Результаты:** Число респондеров составило 40 (63,5%). В группе респондеров эффект ТМС развивался достаточно быстро: 51,1% редукция показателей по шкале CDSS отмечалась уже к концу первой недели. Редукция показателей по негативной подшкале PANSS к концу лечения (3 недели) составила 25,6% в группе респондеров и только 6,9% в группе нонреспондеров. Значимых изменений в выраженности позитивных симптомов не наблюдалось. Также отмечалось улучшение в отношении некоторых когнитивных функций, а именно переключаемости внимания и исполнительских функций, без существенных изменений в речевой и зрительной памяти. Было выявлено, что прирост показателей по тесту “Кодировка” более 10% к концу первой недели в 71,4% случаев совпадает с положительным ответом на курс терапии ( $p < 0,05$ ), что может быть использовано как предиктор эффективности.

**Заключение:** ТМС эффективна для лечения депрессий при шизофрении, уменьшает выраженность вторичной негативной симптоматики и улучшает когнитивные функции. Быстрый когнитивный ответ может быть предиктором клинической эффективности.

#### **ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДОМ ФОРСИРОВАННОЙ ИНСУЛИНОКОМАТОЗНОЙ ТЕРАПИИ (ФИКТ) НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ И КАЧЕСТВО РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

К. А. Маслов, Р.Г. Гаевский  
(Пенза)

По данным публикаций отечественных авторов методика применения ФИКТ способна удлинять ремиссии и повышать их качество. На базе 25 отделения пензенской областной психиатрической больницы было обследовано 32 пациента. Критерии включения в исследование: диагноз шизофрения параноидная форма, молодой возраст (от 15 до 30 лет), малое количество госпитали-

заций (от 1 до 4), длительность заболевания до 2-х лет, время лечения в стационаре более 3-х недель. Пациенты были разделены на две группы – основная (проводилась психофармакотерапия и ФИКТ) и контрольная (проводилась только психофармакотерапия). Оценка выраженности симптоматики проводилась с использованием шкалы общего клинического впечатления (CGI), оценка качества ремиссии проводилась с использованием шкалы социального функционирования (PSP), также оценивалась средняя продолжительность лечения в стационаре и длительность ремиссии после выписки. Анализ результатов исследования проводился с использованием стандартных статистических методов (дисперсионный анализ, критерии Стьюдента). По результатам исследования были получены данные о том, что при одинаковой исходной тяжести заболевания, после терапии различными методиками, качественной ремиссии в основной группе удалось достичь в 2 раза большему количеству пациентов по сравнению с контрольной группой, за сопоставимые сроки лечения в обеих исследуемых группах. Средняя продолжительность ремиссии после выписки в основной группе более чем на 2 месяца превысила соответствующий показатель контрольной группы.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии терапии методом ФИКТ в дополнение к психофармакотерапии на увеличение срока и качества последующей ремиссии при параноидной шизофрении у непродолжительноболевших пациентов молодого возраста.

#### **ЛЕКАРСТВЕННАЯ КОРРЕКЦИЯ УВЕЛИЧЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ АНТИПСИХОТИКОВ**

С. Ю. Масловский, В. Л. Козловский  
(Санкт-Петербург)

В настоящее время увеличение массы тела (УМТ), которое может возникать вследствие назначения клозапина, оланзапина, хлорпромазина, кветиапина, рисперидона, тиоридазина, является, вместе с другими компонентами метаболического синдрома, ключевой проблемой безопасности назначения антипсихотических средств. С целью коррекции УМТ активно изучается эффективность адъювантного применения различных лекарственных препаратов. Адъювантное назначение больным шизофренией анорексигенов с центральным механизмом действия (сIBUTрамин, фенилпропаноламин), блокаторов H<sub>2</sub> рецепторов гистамина (фамотидин, низатидин) и гистаминоподобных препаратов (бетигистин) не оказывает достоверного влияния на УМТ. Определенная способность вызывать снижение УМТ была обнаружена при адъювантном назначении антиконвульсантов (топирамат), антидепрессантов (ребоксетин, флувоксамин, бупропион) и дофаминергических препаратов (амантадин, бупропион), а также при назначении анорексигенов и гипополидемических средств с “периферическим” меха-

низмом действия (метформин, орлистат). Лекарственные препараты одного и того же класса со схожим механизмом терапевтического действия и эквивалентными терапевтическими эффектами способны и оказывать, и не оказывать влияние на УМТ, при их адъювантном назначении больным шизофренией. Подтверждением этого вывода является позитивное влияние на УМТ антидепрессанта флувоксамина и гипополидемического препарата орлистата и, с другой стороны, неэффективность адъювантного применения флуоксетина и росиглитазона. Эффективный поиск способов лекарственного воздействия на УМТ и неэффективность адъювантного назначения ряда лекарственных препаратов непосредственно связаны со сложностью патогенетических механизмов увеличения веса тела, которые полностью не изучены.

#### **КОМПЛЕКСНЫЙ ПРЕПАРАТ С ТРАНквиЛИЗИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ ДЛЯ ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ**

Л. Н. Мексичева, О. И. Боев, А. М. Шевченко  
(Ставрополь)

Применение психотропных препаратов у лиц опасных профессий ограничено содержанием трудовой или военной деятельности.

Цель работы: изучение возможности длительного применения препаратов растительного происхождения с транквилизирующим эффектом у лиц опасных профессий.

Материал и методы исследования. 42 военнослужащих участников боевых действий с клиническими признаками фрагментарной личностной тревожности и эпизодическими пре-, интрасомническими нарушениями дифференцированы на три группы с различными личностными психотипами: циклоидным, эпилептоидным и шизоидным. В течение 30 дней перорально 3 раза в день применялся комплексный растительный препарат с транквилизирующим эффектом “В-боше”. На 0, 10 и 30 дни приема проведены психологические и психофизиологические методы исследования. Результаты обработаны непараметрической математической статистикой.

Полученные данные. Все испытуемые отличались хорошей переносимостью. Группа с циклоидным психотипом отличалась снижением личностной тревожности с сохранением прежних нарушений во время сна. В группе с эпилептоидным психотипом наблюдались ослабление и постепенная нейтрализацией личностной тревожности. Период засыпания не изменился, но выраженность интрасомнических нарушений снизилась. У представителей шизоидного психотипа исчезла тревожность как фрагментарные личностные реакции, восстановился процесс засыпания, однако пробуждения по ночам и беспокойные сновидения сохранялись. Результаты исследования достоверно подтвердили возможность длительного применения комплексного препарата с транквилизирующим эффектом “В-боше” у лиц опас-

ных профессий, а также его эффективность в зависимости от структуры психотипа.

**ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ  
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ  
ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА**

**А. В. Мишин, Н. П. Жигарева**  
*(Москва)*

Для создания достойного качества жизни психически больных инвалидов, проживающих в Психоневрологическом интернате (ПНИ), необходимо создание комплексной реабилитационной системы или так называемого реабилитационного пространства. Исходя из биопсихосоциального подхода, такая система должна охватывать как личность инвалида, так и ее социальные составляющие. Современная психофармакотерапия является неотъемлемой частью такого подхода. Широкое применение препаратов нового поколения с модифицированным типом действия является актуальным в вопросе оптимизации медикаментозной реабилитации пациентов интерната и позволяет успешно сочетать его с социореабилитационными и психотерапевтическими методами, обеспечивая единство биологического и психосоциального воздействия. В интернате накоплен практический опыт применения ряда современных препаратов антипсихотического действия: зуклопентиксол, рисперидон, оланзапин, сертиндол. Они, как правило, хорошо переносятся больными и удобны в применении за счёт наличия пероральных форм различной дозировки и депонированной формы в виде инъекции. На фоне терапии атипичными нейролептиками у пациентов реже возникают обострения психотической симптоматики, что приводит к снижению частоты госпитализаций. Меньшее количество побочных эффектов, активное воздействие на негативную симптоматику, когнитотропное действие данных препаратов улучшают качество жизни пациентов и создают необходимый комплаенс.

Таким образом, в рамках действия комплексной реабилитационной системы ПНИ медикаментозная терапия инвалидов остается базовой. Ее адекватность является гарантом успешности всех психосоциальных воздействий, оказываемых на пациента, и способствует их дальнейшей интеграции в социум.

**СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ  
У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ  
ЭПИЗОДОМ**

**Н. В. Озорнина, Н. В. Говорин, А. С. Озорнин**  
*(Чита)*

Важным представляется изучение показателей антиоксидантной защиты у больных с первым психотическим эпизодом шизофрении в зависимости от различных видов антипсихотической терапии во взаимосвязи с редукцией психопатологических расстройств.

В исследование были включены 39 больных (мужчин 87,2%, женщин 12,8%) с диагнозом “параноидная шизофрения, период наблюдения менее года” (шифр F 20.09 по МКБ-10). У всех пациентов наблюдалось острое психотическое состояние. Средний возраст больных составил  $25,08 \pm 1,22$  года. Контрольную группу составили 15 психически и соматически здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу с исследуемыми больными.

Больные были разделены на две группы методом случайных выборок: получающие лечение галоперидолом и получающие лечение рисперидоном.

Пациенты наблюдались в течение 8 недель. До лечения, через четыре недели терапии и восемь недель оценивалось психическое состояние с помощью шкалы PANSS и определялось состояние антирадикальной защиты (супероксиддисмутаза, глутатионпероксидаза, глутатионредуктаза в мембранах эритроцитов).

Проведенные исследования показали, что у больных с манифестацией шизофренического процесса еще до начала применения психотропных средств имеет место угнетение активности антиокислительных ферментов.

В процессе терапии рисперидоном и галоперидолом по мере улучшения психического состояния нарастает истощение антиоксидантных ферментов, причем при использовании галоперидола антиокислительные ферменты истощаются быстрее.

Учитывая, что даже при достижении клинической ремиссии у больных с первым психотическим эпизодом на фоне терапии типичными и атипичными нейролептиками активность антиокислительных ферментов падает, можно сделать вывод о необходимости дополнительного применения антиоксидантов при лечении данных пациентов.

**К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ  
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ  
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ**

**И. В. Олейчик**  
*(Москва)*

Период юности характеризуется особой психобиологической перестройкой организма (бурное созревание иммунно-эндокринных, нейрокогнитивных сфер, морфофункциональных структур головного мозга), являющейся патопластическим и патогенетическим фактором, определяющим возникновение целого ряда клинических особенностей эндогенных депрессий юношеского возраста (ЭДЮВ): атипичную психопатологическую картины с высоким удельным весом когнитивных, сверхценных и поведенческих расстройств, ундулирующий характер аффекта, тенденцию к затяжному течению, устойчивость к психофармакотерапии. Если при лечении депрессий зрелого возраста отсутствие ответа на терапию антидепрессантом первого выбора, назначенным в адекватной дозе и на период, достаточный для получения лечебного эффекта отмечается у 30–40% больных, то у пациентов с

ЭДЮВ – доходит до 50–60%. Целый ряд современных авторов однозначно высказывается в пользу серотонин-зависимого патогенеза ЭДЮВ и в связи с этим подчеркивает, что СИОЗС являются препаратами 1-го выбора для лечения данных состояний. Тем не менее, клиническая практика показывает, что даже при применении СИОЗС монотерапия ЭДЮВ, как правило, малоэффективна, что, вероятно, связано с лежащим в основе патогенеза данных расстройств полифункциональным нарушением нейромедиаторного обмена, затрагивающим, как минимум три механизма нейрохимической передачи: серотониновый, норадреналиновый и дофаминовый. Применение аугментации антидепрессантов с нейролептиками (традиционно используются трифлуоперазин, перфеназин, перициазин, тиоридазин) повышает эффективность терапии, но приводит к быстрому появлению у пациентов юношеского возраста нежелательных явлений (поведенческой токсичности, сексуальной дисфункции, экстрапирамидных симптомов), особо значимых для данного контингента больных, что, в свою очередь, провоцирует отказ от лечения у этих, и без того низкокомплаентных пациентов. Все больше появляется данных, что комбинация СИОЗС и АА позволяет повысить эффективность лечения ЭДЮВ и вместе с тем снизить количество НЯ.

С целью определения различий терапевтической реакции больных с заранее установленной резистентностью к монотерапии СИОЗС было проведено изучение 78 больных мужского пола в возрасте 18–25 лет (средний – 20,6 г.), в том числе 45 человек с ШР (F21.2; F21.3), и 33 – с АЗ (F31.3; F31.4.; F33.1; F33.2), находившихся с 2006 г. по 2009 г. на лечении в клинике НЦПЗ РАМН. Больные были разделены на 3 группы: 1 группа (24 больных) – сочетание СИОЗС и трифлюоперазина; 2 группа (27 больных) – сочетание СИОЗС и кветиапина; 3 группа (26 больных) – сочетание СИОЗС и арипипразола. Длительность курса терапии составляла 6 недель. В результате исследования было установлено, что снижение рейтинга ШГД на 50% от исходного уровня произошло у 58% больных 1 группы, у 63% – 2 группы и у 69% – 3 группы. Т.о., полученные данные позволяют считать целесообразным применение комбинированной терапии при лечении ЭДЮВ, резистентных к монотерапии СИОЗС.

#### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИСОЕДИНЕНИЯ ЭСТ К ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ**

Е. В. Оленева, Э. Э. Цукарзи, С. Н. Мосолов  
(Москва)

**Цель:** Оценка эффективности комбинированной терапии атипичными нейролептиками и ЭСТ у специфического контингента больных шизофренией – в том числе с ранним началом, страдающих различными формами

ядерной шизофрении, с тяжелым течением и крайней малокурабельностью.

**Методы:** В окончательный анализ настоящего исследования вошли данные по 80 больным шизофренией, удовлетворяющим критериям резистентности, из них 21 пациент входил в группу клозапина, 21 пациент – в группу оланзапина, 19 пациентов – в группу клозапин + ЭСТ, 19 – в группу оланзапин + ЭСТ. Продолжительность периода активной терапии составила 10 недель. Оланзапин и клозапин назначались в адекватных терапевтических дозах с учетом индивидуальной переносимости: оланзапин – в диапазоне 10–20 мг, клозапин – 200–900 мг в сутки. Суточные дозы исследуемых препаратов в группах комбинированной терапии во время всего курса оставались неизменными. В группах комбинированной терапии пациентам проводился курс из 8–18 сеансов ЭСТ с билатеральным наложением электродов (2 сеанса в неделю). Процедуры ЭСТ проводились на аппарате ЭЛИКОН-01 под общей анестезией. Оценка выраженности симптоматики производилась на скрининге, в конце 1-й, 2-й, 4-й, 6-й, 8-й и 10-й недели терапии по шкалам PANSS, CGI и MOSES. Основным критерием эффективности являлась редукция симптоматики по шкале PANSS более 20% от исходного уровня.

**Результаты:** Все рассматриваемые терапевтические группы показали свою эффективность в преодолении терапевтической резистентности, при этом группы оланзапина и клозапина в целом были сопоставимы между собой, также как и соответствующие группы комбинированной терапии. При сравнении групп монотерапии с группами комбинированной терапии было выявлено, что по количеству респондеров, преимуществ за группами комбинированной терапии не отмечалось, тогда как глубина эффекта (то есть степень редукции симптоматики) была достоверно выше в группах комбинированной терапии. Кроме того, группы комбинированной терапии превосходили группы монотерапии по скорости наступления эффекта.

Достоверной редукции подверглась симптоматика всех подшкал PANSS, однако различия между группами комбинированной терапии и монотерапии отмечались лишь по подшкалам негативной и общепсихопатологической симптоматики, по глубине воздействия на продуктивную симптоматику комбинированная терапия преимуществ не обнаружила. Результаты корреляционного и множественного регрессионного анализа показали, что предиктивное значение для достижения эффекта в группах комбинированной терапии имеет депрессивная, негативная и кататоническая симптоматика.

**Выводы:** Присоединение ЭСТ к терапии атипичными нейролептиками позволяет повысить эффективность лечения в случаях резистентной шизофрении с неблагоприятным прогнозом.

**СПОСОБ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ С АГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

А. П. Петрюк  
(Харьков)

Проблема взаимоотношения агрессии и расстройств личности является актуальной в связи с неуклонным ростом числа правонарушений против жизни и здоровья личности, совершаемых упомянутой категорией лиц (Б.В.Шостакович, 2004; L. Birmingham, 2003; J. Adil, 2010).

В этой связи нами разработан способ интенсивного лечения психопатических реакций у больных органическим расстройством личности с агрессивным поведением с целью сокращения сроков лечения за счет повышения терапевтического эффекта (Патент Украины 35535, Петрюк А.П., 2008). Сущность данного способа заключается в том, что дополнительно на протяжении недели перорально суточную дозу рисперидона (риссета), который является атипичным нейролептиком, повышают от средней до высокой (ежедневно по 1,0–2,0 мг до 8,0–10,0 мг/сут) и через 2,0 ч после утреннего перорального приема риссета проводят трансцеребральную гальванизацию с постепенным увеличением силы тока от 2 до 5 мА, его плотности от 0,04 до 0,08 мА/см<sup>2</sup>, продолжительности процедуры от 20 до 25 мин при курсе лечения 12 ежедневных процедур.

Данный способ интенсивного лечения способствует быстрому наращиванию максимальной концентрации риссета непосредственно в заинтересованных структурах головного мозга, снижению вспыльчивости, эмоциональной возбудимости, агрессивности, уменьшению склонности к аффективным реакциям, гневливости, чувства страха, урежению нежелательных побочных реакций и осложнений. Механизм действия риссета связывают с действием его как селективного моноаминергического антагониста 5-HT<sub>2</sub>-серотонинергических и D<sub>2</sub>-дофаминергических рецепторов в ЦНС, а также с блокадой α<sub>1</sub>-адренергических и в меньшей мере H<sub>1</sub>-гистаминовых и α<sub>2</sub>-адренергических рецепторов.

При этом, под влиянием постоянного тока создаются условия для повышения эффекта действия препарата: возникают электрохимические процессы в биологических клетках, что увеличивает проницаемость клеточных мембран, условия для потенцирования и пролонгации действия препарата. Вместе с этим, действие риссета осуществляется при благоприятно измененной реактивности нервной системы под влиянием постоянного тока.

Способ использован нами с учетом противопоказаний у 24 разнополюх праворуких больных (20 женщин и 4 мужчины) органическим расстройством личности с психопатическими реакциями, сопровождающимися агрессивным поведением, со средней длительностью заболевания 13 лет в возрасте от 20 до 60 лет, которые лечились стационарно. Положительный эффект получен у 20 больных, неопределенный – у 4 больных, что подтверждается

достоверными клинико-психопатологическими, патопсихологическими и электрофизиологическими данными.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПОИСКА НОВЫХ ПОДХОДОВ К ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ КЛАССИЧЕСКИМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ**

М. Ю. Попов  
(Санкт-Петербург)

Несмотря на прилагаемые усилия, задача создания идеального “антишизофренического” средства, эффективного в отношении всего спектра психопатологических проявлений этого заболевания, на сегодняшний день еще очень далека от решения. Надежды, возлагавшиеся на атипичные антипсихотические препараты, широко представленные на фармацевтическом рынке, оправдались далеко не полностью. Обладая очевидными преимуществами в отношении негативных симптомов, когнитивной дисфункции, депрессивных проявлений, данные препараты, вероятно, все же уступают классическим нейролептикам по влиянию на позитивную симптоматику. Можно утверждать, что определенные особенности спектра психотропной активности последних (более быстрое начало эффекта, более мощное седативное/ингибирующее действие, способность вызывать явления психоэмоциональной индифферентности) в ряде клинических ситуаций имеют положительное значение, способствуя скорейшей дезактуализации психотических переживаний.

С другой стороны, известные недостатки классических нейролептиков (узкая направленность терапевтического эффекта, негативное влияние на когнитивное функционирование, серьезные нежелательные явления), крайне отрицательно сказываясь на показателе риск/польза, существенно ограничивают их использование.

Одной из основных стратегий оптимизации терапии является применение адъювантных средств. Однако традиционно используемые для этих целей препараты оказывают недостаточно сбалансированный эффект (например, антихолинергические корректоры, смягчая выраженность неврологических побочных эффектов нейролептиков, усугубляют когнитивную дисфункцию). Таким образом, поиск новых путей оптимизации терапевтического процесса при применении классических нейролептиков в лечении шизофрении безусловно остается актуальной задачей.

**СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОПИСАНИЕ И ВАЛИДИЗАЦИЯ**

А. В. Потапов, С. Н. Мосолов, А. А. Шафаренко,  
А. Б. Костюкова  
(Москва)

**Введение.** Международные критерии ремиссии игнорируют современные классификационные подходы к шизофрении, а также не включают параметров социального функ-

ционирования. В связи с этим, были сформулированы более дифференцированные критерии ремиссии для наиболее часто встречающихся форм шизофрении по МКБ-10, учитывающие наиболее актуальную симптоматику в данный период заболевания и уровень функционирования пациентов.

**Описание.** Стандартизированные клинико-функциональные критерии ремиссии разработаны на основе шкал PANSS и PSP для параноидной шизофрении с непрерывным, эпизодическим и ремиттирующим типами течения, недифференцированной шизофрении, резидуальной и простой форм шизофрении, а также шизоаффективного расстройства. Кроме восьми симптомов предложенных Рабочей группой по ремиссии при шизофрении, симптомы “депрессия” и “снижение критичности и осознания болезни” были включены как обязательные для всех форм шизофрении. Также для каждой формы и типа течения шизофрении были предложены дополнительные симптомы с учетом наиболее характерной психопатологической симптоматики и пороговый уровень для каждого симптома. Социальная и персональная дезадаптация была охарактеризована с помощью определенного интервала по шкале PSP. Временной критерий для оценки стабильности состояния для всех вариантов диагноза составил шесть месяцев.

**Валидизация.** На базе одного участка ПНД №1 г. Москвы была проведена валидизация симптоматического и функционального показателей (без учета временного) разработанных критериев ремиссии в сравнение с международными критериями. В анализ были включены данные на 104 пациента с диагнозом шизофрении (F20.01, F20.02, F20.03, F20.3, F20.5, F20.6) и шизоаффективного расстройства (F25) по МКБ-10. Средний возраст составил  $46,9 \pm 14,1$  лет, средняя длительность заболевания –  $18,2 \pm 11,4$  лет. Международным критериям ремиссии соответствовало состояние у 35% пациентов. Симптоматическим показателям клинико-функциональных критериев соответствовало состояние у 65% больных, функциональным показателям – у 67%. Совместно симптоматическим и функциональным показателям критериев ремиссии соответствовало 56% пациентов.

**Вывод.** Учет формы и типа течения шизофрении с помощью стандартизированных клинико-функциональных критериев позволяет диагностировать ремиссию у большего количества пациентов, а также концентрируют внимание врачей и исследователей на психопатологической симптоматике актуальной в данный период заболевания и функционировании пациентов.

### ВЛИЯНИЕ КОРТЕКСИНА НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМОЙ ШИЗОФРЕНИИ

И. В. Проценко  
(Тверь)

В последние годы для терапевтической регуляции патологически нарушенных функций мозга и лечения пси-

хопатологических расстройств был предложен препарат кортексин (В.С. Новиков и соавт., 1986; Говорин Н.В., 1995; К.М. Папава, 1995). Целью данного исследования явилось изучение изменения показателей нарушения обмена фосфолипидов у больных параноидной шизофренией с различными сроками заболевания в процессе их терапии кортексином. Для этого была исследована кровь методом проточной тонкослойной хроматографии (ПТСХ) 24 мужчин, в возрасте 25–40 лет, больных параноидной формой шизофрении, получавших атипичные нейролептики, до и после применения кортексина. Применение препарата кортексина показало, что даже за столь непродолжительный период (10 дней терапии по 2,0 внутримышечных инъекций) у больных с ПФШ отмечались изменения в ряде фракций фосфолипидов. Было выявлено, что у больных с длительностью заболевания до 5 лет наблюдалась тенденция достоверно приближаться к норме ряда фракций фосфолипидов: увеличение в 1,1 раз сфингомиелина (СФМ) и уменьшение в 1,2 раза фосфатидилинозитов (ФИ). У больных с ПФШ до 8 лет отмечается достоверное увеличение в 1,8 раз только во фракции лизофосфолипидов (ЛФЛ). В то время как у больных с длительностью заболевания до 10 лет отмечалось уменьшение в 1,1 раз во фракции фосфатидилхолинов и увеличение в 1,5 раз во фракции лизофосфолипидов (ЛФЛ). Таким образом, отмеченные изменения фосфолипидного спектра после терапии больных шизофренией кортексином могут свидетельствовать, о том, что препарат оказывает свое мембранотропное и метаболическое корригирующее действие обменных процессов у больных параноидной формой шизофрении, даже при длительности заболевания до 10 лет.

### ПРИМЕНЕНИЕ КВЕТИАПИНА ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. А. Рогозина, Д. Л. Шаповалов,  
Т. М. Полозова  
(Воронеж)

Целью исследования явилось изучение терапевтической эффективности и переносимости кветиапина (Кетилепт) при тревожных и тревожно – депрессивных состояниях, обусловленных сосудистой патологией головного мозга, у лиц пожилого и старческого возраста.

В группу исследования вошли 30 пациентов в возрасте 55–78 лет (мужчины – 12, женщины – 18), которым при обращении в психоневрологический диспансер были установлены диагнозы “Органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга” (F 06.41), “Непсихотическое смешанное тревожное и депрессивное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга” (F 06.371). У большинства (22 из 30) пациентов имелись признаки легких

или умеренных интеллектуально – мнестических нарушений. Динамика состояния оценивалась клинически и по стандартизированным шкалам тревоги и депрессии Гамильтона. Кветиапин назначался в дозе от 12,5 до 100 мг\сут в 1–2 приема в режиме монотерапии, на фоне коррекции сопутствующих соматических заболеваний (антигипертензивные средства, диуретики, статины, нестероидные противовоспалительные средства, ноотропы).

Уже на первой неделе лечения у 26 из 30 пациентов (86,7%) отмечался выраженный терапевтический эффект с купированием симптомов тревоги, бессонницы, устранением жалоб ипохондрического содержания, нормализацией фона настроения, повышением аппетита, стабилизацией артериального давления. Повышался уровень бытовой адаптации пациентов, они лучше справлялись с повседневными делами. К четвертой неделе терапии у этих пациентов по клиническим и психометрическим данным наступала ремиссия тревожно-депрессивной симптоматики. В дальнейшем терапия кветиапином продолжалась в поддерживающем режиме (суточная доза 12,5–50 мг в 1 прием на ночь для нормализации сна).

У 4 пациентов (13,3%) терапевтический эффект был оценен как умеренное улучшение – отмечалась нормализация сна, снижение выраженности тревоги, но сохранялась ипохондрическая фиксация и дистимический фон настроения. Данные пациенты отличались от остальной выборки большей (умеренной) выраженностью интеллектуально – мнестических нарушений.

Переносимость препарата у 28 пациентов была оценена как “отличная” (без побочных эффектов). У 2 пациентов отмечалась ортостатическая гипотензия, разрешившаяся на фоне снижения дозировок.

Таким образом, кветиапин (кетилепт) в режиме монотерапии в дозах 12,5–100 мг/сут хорошо переносится и оказывает противотревожное, снотворное, антидепрессивное, гипотензивное действие у лиц пожилого и старческого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами сосудистой этиологии.

### **РОЛЬ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Н. Ю. Рукина, О. А. Голдобина  
(Барнаул)

В последние годы имеет место ухудшение переносимости нейролептиков при терапии шизофрении. С целью рассмотрения этиологии данной проблемы было обследовано 105 пациентов (43 женщины и 62 мужчины), проходивших лечение в психиатрическом стационаре с диагнозом “шизофрения”. Средний возраст больных составил  $36,34 \pm 12,71$ , средняя длительность заболевания –  $12,41 \pm 10,16$ , средний возраст начала заболевания –  $23,92 \pm 9,71$ .

Для купирования психотических симптомов у 3 пациентов использовались активные методы терапии (ЭСТ),

остальным проводилась фармакотерапия типичными и атипичными нейролептиками. В качестве дополнительной терапии 95 (90,48%) больных принимали антихолинергические препараты, у 35 (33,33%) пациентов для купирования побочных эффектов нейролептической терапии использовались ноотропы, 31 (29,52%) проводилась дезинтоксикационная терапия.

Результаты исследования показали высокую (90,48%) распространенность коморбидности шизофрении с соматическими заболеваниями, наличие взаимосвязи между появлением побочных эффектов нейролептической терапии и имеющейся соматической патологией. Побочные эффекты терапии были выявлены у 66 (62,86%) пациентов, при этом только в 4 случаях отсутствовала коморбидность психического и соматического расстройства. Установлено наиболее частое появление побочных эффектов у больных, имеющих заболевания сердечно-сосудистой системы, а также перенесших острую респираторно-вирусную инфекцию в период интенсивного лечения психотропными препаратами. Существенных отличий в наименованиях нейролептических препаратов и диапазоне среднесуточных доз между группой пациентов с побочными эффектами психофармакотерапии и без них, выявлено не было. Длительность стационарного лечения больных с побочными эффектами терапии составила  $69,98 \pm 37,48$  койко-дней, а среди пациентов, у которых побочные эффекты не отмечались –  $46,75 \pm 35,13$  ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, среди больных с сопутствующими соматическими заболеваниями, риск развития тех или иных побочных эффектов нейролептической терапии существенно выше, чем среди пациентов с соматически неотягощенным анамнезом. Наличие побочных эффектов нейролептической терапии оказывает существенное влияние на среднюю длительность пребывания пациентов в условиях круглосуточного стационара.

### **ПРИМЕНЕНИЕ АГОМЕЛАТИНА В ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

Ю. Б. Степанчук, М. В. Иванов  
(Санкт-Петербург)

С целью изучения эффективности и переносимости антидепрессанта агомелатин (вальдоксан) в терапии депрессивных расстройств в исследование было включено 42 пациента. Период наблюдения составил 6 недель. Вальдоксан назначался в начальной дозе 25 мг однократно на ночь, при необходимости проводилось увеличение дозы до 50 мг (у 68% больных).

Анализ динамики психического состояния по шкале CGI-I показал, что улучшение наблюдалось у 73% пациентов и достигало выраженного или сильно выраженного улучшения к окончанию исследования (55% и 18% соответственно). У данного числа респондеров отмечалось отсутствие клинически выраженных симптомов тревоги и депрессии к 6 неделе терапии, при этом умень-



шение тяжести расстройств до уровня легкой депрессии наблюдалось у 27% уже ко 2-й недели терапии. Редукция суммарного балла по шкале HAMD-17 к окончанию исследования в среднем составляла 70%. Во всех случаях существенное улучшение качества сна прослеживалось с первой недели терапии. Побочные эффекты (диспепсические расстройства, головная боль, головокружения) наблюдались у 18% обследованных и носили преходящий характер. На всем протяжении терапии не наблюдалось увеличения массы тела и возникновения сексуальных дисфункций.

Полученные данные указали на антидепрессивную эффективность вальдоксана, а также выявили важное хронобиотическое действие. Благоприятный профиль нежелательных явлений в сочетании с эффективностью препарата позволяет предполагать, что вальдоксан будет ценным дополнением в арсенале средств терапии большого депрессивного расстройства.

#### **ДЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ПЕРИОД РЕМИССИИ – НЕОБХОДИМОСТЬ ИЛИ ДЕФЕКТ ИНСТРУКЦИЙ**

В. Д. Стяжкин, М. В. Стяжкина,  
М. А. Бурдуковский  
(Санкт-Петербург)

Столетнее изучение шизофренических психозов не привело к существенному прогрессу в понимании сущности психоза: нет единого мнения исследователей разных школ об этиологии и патогенезе заболевания, симптоматологии, не установлены его границы и общепринятые принципы терапии. Ремиссиям при шизофрении, их качеству, длительности, факторам, влияющим на их становление, клиническим особенностям, – посвящена многочисленная литература. Вместе с тем, около 12,5% больных спустя 20 и более лет оказываются практически здоровыми независимо от полученного ранее лечения – симптоматического, инсулинотерапии или терапии нейролептиками. Другими словами, – как в “доинсулиновую эру”, так и после нее, как в период времени до использования так называемых активных методов лечения, так и в настоящее время. К аналогичному выводу приходят Л.К.Хохлов и Л.М.Гурвич (1980 г.), сравнивая катамнезы больных, находящихся на учете в 1959 г. и в 1970 г.: “современная терапия, реабилитационные мероприятия существенно не изменяют судьбу больных, их клинический и социальный прогноз”. В конце 50-х годов минувшего столетия с появлением в психиатрических учреждениях нейролептиков стало привычной практикой назначать больным шизофренией поддерживающую ремиссию терапию на неопределенно долгий срок, фактически до наступления очередного обострения, а при хроническом безремиссионном течении – до конца жизни. Постоянное многолетнее применение нейролептиков у больных с хроническим непрерывным течением

шизофрении, практически не оказывая никакого влияния на продуктивную симптоматику болезни (В.Д.Стяжкин, 1977 г. и др.), подавляет волевую активность больных, и только отмена или значительное снижение принимаемой дозы повышает ее активность и способствует проведению реабилитационного воздействия (М.М.Кабанов, 1970 г. и В.В.Дунаевский др.). Возвращение в практику лечения больных шизофренией инсулиношоковой терапии, введение при оказании психиатрической помощи правил коммерческой медицины улучшит качество жизни больных и облегчит реабилитационную работу с ними.

#### **ОПТИМАЛЬНОЕ СООТНОШЕНИЕ ДИМЕНСИОНАЛЬНОЙ И КАТЕГОРИАЛЬНОЙ МЕТОДОЛОГИИ ПРИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ НОВЫХ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

С. А. Сюняков, Г. Г. Незнамов  
(Москва)

В настоящее время в мировой практике клинических и фармакотерапевтических исследований новых психотропных средств все больше преобладает дименсиональный анализ, обусловленный современными требованиями доказательной медицины и актуализацией проблемы стандартизации диагностики и лечения. Широкое использование в таких исследованиях стандартизованных количественных шкал принципиально позволяет получить детализированные, структурно композиционные данные о различных аспектах действия препаратов и их спектральных характеристиках. Однако усредненный формально-статистический анализ, основанный на дименсиональной методологии в значительной мере нивелирует представления о синдромальной и патогенетической адресации действия препаратов так как количественно соотносимые данные получаемые с помощью формализованных шкал могут регистрироваться при различных состояниях. Согласно современным представлениям о терапевтическом действии и эффективности психотропных средств их реализация зависит от наличия в клинической картине композиции “симптомов-мишеней” соответствующих психотропной активности препаратов. Учитывая, что структура синдрома интегрально отражает этиопатогенетические особенности, этапы развития и течения заболевания вполне адекватно использование при клиническом изучении новых психотропных препаратов наряду с дименсиональной категориальной оценки. Многолетний опыт клинико-фармакологических исследований проводимых в НИИ фармакологии им. В.В.Закусова РАМН свидетельствует об оптимальности сочетания дименсиональной и категориальной методологии. При определении психопатологической мишени новых лекарственных средств и оценке качества ремиссий представляется необходимым использование наряду с количественными категориальными оценками. Для выяс-

нения особенностей действия препаратов, соотношения их эффектов и спектральных характеристик оптимальным является количественный анализ с использованием шкал. Указанное сочетание дименсиональной и категориальной методологии определило высокую информативность клинико-фармакологических исследований разработанных в институте инновационных препаратов и их успешное внедрение в практику.

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ АГОМЕЛАТИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНОЙ ФАЗЫ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

А. В. Ушкалова, Е. Г. Костюкова, С. Н. Мосолов  
(Москва)

**Цель:** Оценка эффективности и переносимости агомелатина при лечении депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства

**Материалы и методы:** В открытое рандомизированное исследование было включено 20 больных, 14 женщин и 6 мужчин в возрасте от 20 до 64 лет (средний возраст – 36,4 года) с диагнозом: биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или тяжелой депрессии. Исходно средний по группе суммарный балл по шкале Гамильтона (ШГ) составил 19,7. Мониторинг пациентов проводился до включения в исследование (0 день), а затем на 7-ой, 14-ый, 21-й, 28-ой и 42-ой день терапии. Препарат назначался в диапазоне разрешенных дозировок с возможностью их коррекции в зависимости от терапевтического эффекта и переносимости.

Критериями эффективности являлось число пациентов, достигших ремиссии (суммарный балл по ШГ  $\leq 7$ ) и число респондеров (50% редукция по ШГ и балл по CGI не более 2).

**Результаты:** Из 20 пациентов, включенных в исследование, респондерами к 42 дню терапии оказались 11 (55%), у 6 (30%) пациентов была достигнута ремиссия. У большинства пациентов выраженный терапевтический ответ отмечался на 21-й день (54.5%) терапии или на 28-й (46.5%) день терапии. Среди нежелательных явлений в 2-х случаях (10%) отмечалась сонливость, в 1 случае (5%) – повышение аппетита, которые носили кратковременный характер и разрешились самостоятельно. У 2-х пациентов (10%) возникла инверсия фазы с развитием гипомании, потребовавшей отмены препарата.

**Выводы:** Агомелатин продемонстрировал достаточно высокую эффективность и хорошую переносимость у больных с депрессивной фазой биполярного аффективного расстройства

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ТЕРАПИИ СЕРТИНДОЛОМ

Е. И. Цилли, Е. В. Вальздорф, Е. И. Барлукова,  
Ю. Г. Снопкова  
(Иркутск)

**Задача:** изучение эффективности сердолекта при терапии параноидной шизофрении эпизодического и непрерывно-прогредиентного течения.

**Метод:** клинико-психопатологический и патопсихологический.

**Результаты:** обследовано 18 больных. 1-я группа – впервые заболевшие с эпизодическим течением шизофрении – 6 чел. Из них у 2 первый приступ представлен синдромом Кандинского-Клерамбо; у 4 – аффективно-бредовым. 2-я – повторно поступающие с эпизодическим течением – 5 чел. Из них у 3 в приступе отмечался галлюцинаторный вариант; у 2 – аффективно-бредовый синдром. 3-я – больные с непрерывно-прогредиентным течением, неоднократно поступающие на лечение – 7 чел. Из них у 3 болезнь протекала по галлюцинаторному варианту, у 4 – по бредовому на фоне специфических негативных расстройств, которые у некоторых больных достигали дефекта. Большая часть больных 1 и 2 групп в начале терапии получали галоперидол, клозапин, циклодол и т.д. В связи с отсутствием улучшения и развитием побочных эффектов больные переведены на сердолект, начиная с 4 мг/сут, постепенно повышая дозу до 12–16 мг/сут. Остальные больные вышеуказанных групп и больные 3 группы принимали сердолект с первого дня поступления в тех же дозах. У больных 1 и 2 групп улучшение отмечалось в конце 1 – начале 2 недели лечения. К 3 неделе “голоса” стали менее громкими, бредовые идеи утрачивали значимость для больных, настроение выравнивалось, больные активизировались и т.п. К концу 4 недели психотические расстройства купировались, у большинства больных появилась критика, настроение выравнивалось. У больных 3 группы наблюдалось улучшение к 3 неделе (стали активнее, прошла тревога, “голоса” слышались неотчетливо). К 6 неделе “голоса” купировались, бредовые идеи потеряли актуальность для больных, которые активно включались в трудовые процессы. Больные выписаны с дозой 12 и 16 мг/сут сердолекта соответственно для 1, 2 и 3 группы на амбулаторное лечение, где к концу 7-8 недели у больных первых двух групп наступила терапевтическая ремиссия, большинство из них приступили к работе.

**Выводы:** сердолект оказывал выраженное купирующее или дезактуализирующее действие на психотическую симптоматику у больных шизофренией с разными типами течения, не вызывая побочных эффектов. Большинство больных, преимущественно, с эпизодическим течением сохраняли трудоспособность.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (ГТР) НЕЙРОЛЕПТИКАМИ

В. О. Чахава, Ф. С. Будтуева  
(Москва)

**Цель:** разработка научно обоснованных подходов к терапии резистентного ГТР путем потенцирования действия антидепрессантов типичными и атипичными антипсихотиками.

**Материалы и методы:** Обследованы 278 больных с диагнозом ГТР. Из них выявлено 92 больных, отвечающих критериям резистентного ГТР по результатам 2-х последовательных курсов монотерапии антидепрессантами. Последние были разделены на три группы: первая группа получала дополнительно к антидепрессанту флу-пентиксол в дозе 1–5 мг/сут., вторая – кветиапин в дозе 25–100 мг/сут., третья (контрольная) – продолжала прием антидепрессанта. Продолжительность исследования составила 6 недель. Оценка эффективности терапии проводилась по шкале тревоги Гамильтона (HARS), шкале тревоги Шихана (ShARS).

**Результаты.** Уровень ремиссии по шкале HARS в первой группе составил 18,7%, во второй – 26,7%, а третьей – 6,7% ( $p < 0,05$ ). Количество респондеров в первой группе составил – 56,2%; во второй – 60%, а в третьей – 6,7% ( $p < 0,05$ ). Несмотря на относительно большую результативность терапии во второй группе по сравнению с первой, статистической различий между ними не отмечалось. Оценка терапии по шкале ShARS показала, что пациенты, достигшие терапевтической эффективности по критериям этой шкалы, относились к группам ремиссии по шкале HARS.

**Выводы:** Таким образом, присоединение антипсихотических средств к основной терапии антидепрессантами является эффективным способом преодоления терапевтической резистентности к антидепрессантам при ГТР.

## РЕМИССИЯ КАК ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ МАНИАКАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ

А. А. Шафаренко, С. Г. Капилетти,  
С. Н. Мосолов  
(Москва)

Достижение ремиссии при маниакальных состояниях позволяет пациентам с аффективной патологией достигать стабильного состояния, снижения риска рецидива, возвращения к прежнему уровню социальной адаптации и профессионального функционирования, повышая уровень качества жизни больных. Стандартом лечения маниакального состояния МС до последнего времени являлась комбинированная терапия галоперидолом и литием.

**Методы:** В открытое, рандомизированное, сравнительное исследование было включено 129 пациентов с маниа-

кальной симптоматикой в рамках шизоаффективного и биполярного расстройств, в возрасте от 18 до 65 лет и суммарным баллом по шкале YMRS  $> 20$ . Пациенты были разделены на группы следующим образом: 22 человека получали монотерапию рисперидоном (РИС) в средней дозе  $5,3 \pm 0,9$  мг/сут, 23 – оланзапином (ОЛА) –  $16,7 \pm 6,3$  мг/сут, 21 – кветиапином (КВТ) –  $638,1 \pm 135,9$  мг/сут, 20 – зипрасидоном (ЗИП) –  $133 \pm 16,3$  мг/сут, 22 – галоперидолом (ГАЛ) –  $22,3 \pm 5,9$  мг/сут, 21 человек получал комбинированную терапию галоперидолом и литием (ГАЛ+ЛИТ) –  $20,2 \pm 5,9$  мг/сут и  $733,3 \pm 123,8$  мг/сут течение 6 недель. Все группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Критерием для оценки эффективности лечения было число пациентов, достигших ремиссии (YMRS $\leq 8$ , MADRS $\leq 8$ ) на 6-й неделе терапии

**Результаты:** Число больных, достигших критериев ремиссии в группе кветиапина, составило 12 (57,1%), галоперидол+литий – 11 (52,4%), оланзапина – 12 (52,2%), рисперидона – 9 (41%), зипрасидона – 8 (40%). Эффективность терапии в группах оланзапина и кветиапина статистически достоверно превышала в группе галоперидола, в которой наблюдалось 3 пациента (13,6%) ( $p = 0,049$ ;  $p = 0,036$  – соответственно), а различия между группой галоперидола и группой галоперидол+литий находятся на грани статистической значимости  $p = 0,0515$ . Данный показатель может объясняться тем, что к 6-й недели терапии в группе галоперидола увеличивалась депрессивная симптоматика (шкале MADRS средний балл в группе галоперидола увеличился на 9%).

**Выводы:** Статистических различий в эффективности монотерапии атипичными антипсихотиками РИС, ОЛА, КВТ, ЗИП и комбинированной терапией ГАЛ+ЛИТ на момент окончания исследования выявлено не было. Это демонстрирует равную эффективность АА по сравнению ГАЛ+ЛИТ и позволяет рекомендовать данные препараты для терапии МС.

## ОЦЕНКА КРАТКОСРОЧНЫХ И ДОЛГОСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕНЛАФАКСИНА ПРИ ПАНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

И. В. Щербакова, В. Ю. Крылатых  
(Москва)

Амбулаторно наблюдались 70 больных с паническими приступами (12 мужчин и 58 женщин), в возрасте от 19 до 55 лет. В зависимости от нозологической принадлежности панического расстройства (ПР) пациенты были разделены на три группы. В 1-ю группу вошли больные с ПР ( $n = 11$ ), во 2-ю – пациенты с ПР в структуре депрессии ( $n = 40$ ), 3-ю группу составили пациенты с ПР в рамках малопрогрессирующей невротоподобной шизофрении ( $n = 19$ ). В исследовании использовали клинико-динамический метод. Для купирования ПР назначался венлафаксин (велафакс) в дозе от 75 до 150 мг в сутки. Цель исследования: оценка динамики ПР на фоне 6-месячной

терапии велафаксом. У всех пациентов выявлено уменьшение частоты панических атак в конце первой недели лечения. Наиболее быстрый клинический эффект отмечен в 1-й группе: монотерапия велафаксом в дозе 75 мг/сут. полностью устраняла приступы к 28 дню лечения у 82% больных. Редукция тревожно-депрессивной симптоматики во 2-й и 3-й группах наступала позже – через 5–6 недель приема велафакса в суточной дозе – 150 мг. Процент респондеров составил 94% и 98%.

В течение 6 месяцев непрерывной терапии велафаксом ни в одном случае не был зарегистрирован рецидив панических атак.

Основными нежелательными эффектами были тошнота, снижение аппетита, сонливость, усиление тревоги, сухость во рту. Эти побочные явления купировались в течение первой недели и не приводили к отказу от лечения. Усиление тревоги в некоторых случаях потребовало кратковременного назначения транквилизаторов (феназепам – 1–3 мг в сутки, грандаксин – 100 мг в сутки).

Таким образом, велафакс при долгосрочном – 6-месячном применении обеспечил высокую терапевтическую эффективность и противорецидивное действие в отношении ПР разной нозологической принадлежности, при хорошей переносимости препарата.

#### **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

М. Г. Янушко, М. В. Иванов  
(Санкт-Петербург)

Результаты исследований свидетельствуют, что когнитивная дисфункция является стержневой при шизофрении и может быть выделена в отдельный кластер патологии наряду с позитивной и негативной симптоматикой. Актуальность настоящей работы определило отсутствие систематизированных данных о возможной взаимосвязи различных кластеров психопатологической симптоматики с когнитивными нарушениями по мере трансформации клинической картины шизофрении и о влиянии поддерживающей терапии антипсихотиками второго поколения на проявления когнитивного дефицита. Обследовано 119 больных шизофренией, получавших терапию кветиапином, оланзапином, рисперидоном, рисперидоном пролонгированного действия. Объективизация клинических данных осуществлялась при помощи PANSS, диагностика когнитивных нарушений проводилась при помощи набора специальных тестов, период наблюдения – 12 месяцев. Антипсихотики второго поколения, в зависимости от их терапевтического и рецепторного профиля, имеют разные векторы воздействия на когнитивные симптомы: оланзапин обладает сбалансированным и несколько отсроченным воздействием на сопряженные и ассоциированные когнитивные нарушения,

рисперидон и рисперидон пролонгированного действия оказывают наибольшее влияние на ассоциированные когнитивные нарушения, кветиапин оказался единственным из исследованных антипсихотиков, способным оказывать корригирующее влияние на аутохтонные когнитивные нарушения.

#### **ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ТЕРАПИИ АТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ (НА ПРИМЕРЕ СЕРТИНДОЛА И АРИПИПРАЗОЛА)**

К. К. Яхин, Т. Р. Газизуллин  
(Казань)

Целью исследования являлось выявление предикторов индивидуальной чувствительности к терапии атипичными нейролептиками при параноидной шизофрении в реальных клинических условиях.

Методы: В качестве препаратов выбора применялись сертиндол и арипипразол, которые назначались пациентам с диагнозом параноидной шизофрении эпизодического и непрерывного типа течения по МКБ 10 и использовались в монотерапии как осевые препараты. Лечение проводилось в условиях стационара в РКПБ им. акад. Бехтерева В.М. МЗ РТ. Продолжительность курсовой терапии составляла до 70 дней. Для оценки достоверности применялся непараметрический критерий Стьюдента.

Результаты: Сертиндол получали 68 пациентов, из них 43% (29 человек) составили респондеры (редукция суммарного балла PANSS на 20% и более) и 57% (39 человек) – нонреспондеры (редукция менее 20%). Арипипразол принимали 72 пациента, 56% (40 человек) – респондеры, 44% (32 человека) – нонреспондеры. В сравнительном анализе социально-гигиенических параметров среди общих групп респондеров и нонреспондеров, получавших сертиндол и арипипразол, статистически значимое различие ( $p \leq 0,05$ ) наблюдается по возрасту, длительности заболевания, числу предшествующих госпитализаций, наличию социальной опеки и инвалидности, а также уровню образования. У пациентов-респондеров группы сертиндола, в структуре психопатологической симптоматики достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ) встречается острый параноидный синдром, а у респондеров группы арипипразола – острый параноидный, аффективно-параноидный, галлюцинаторно-параноидный синдромы, тогда как у пациентов-нонреспондеров группы сертиндола достоверно чаще встречаются полиморфно дефицитарные нарушения, а у нонреспондеров группы арипипразола – полиморфный дефицитарный и кататоно-параноидный синдромы. У респондеров группы арипипразола, в сравнении с респондерами группы сертиндола, достоверно чаще наблюдаются аффективно-параноидные нарушения ( $p \leq 0,05$ ), тогда как другие психопатологические нарушения присутствовали с одинаковой частотой ( $p \geq 0,05$ ). Пациенты нонреспондеры в обеих терапевтических группах не имели значимых синдромальных отличий ( $p \geq 0,05$ ).

## СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

### УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТАМИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ

А. М. Абдраязкова, А. Г. Шульга, Т. Н. Кабанова  
(Москва)

Предотвращение агрессии пациентов с психическими расстройствами представляет собой серьезную клиническую задачу, за последние 30 лет количество зарегистрированных случаев насилия в отношении медицинских работников возросло. При этом, молодые специалисты сообщают о случаях агрессии в отношении них только в 50%.

Подавляющее большинство исследований, посвященных выявлению субъективных причин насильственного и агрессивного поведения среди пациентов, указывают на то, что в сознании пациентов основной причиной агрессии является поведение персонала, рассматриваемое ими как провокативное, неуважительное или насильственное.

На повышение общего уровня безопасности благотворно влияют готовность персонала предоставлять отчеты относительно проблем, допущенных ошибок и промахов; атмосфера доверия в коллективе; уважение к опыту и способностям персонала, работающего в условиях риска агрессии; способность и готовность к обучению и внедрению полученных навыков и знаний в повседневную практику (этот пункт предполагает и возможность разбора случаев под супервизией).

При выборе мер вмешательства пациентов помимо учета общей ситуации в отделении, клинические особенности имеющегося у пациента психического расстройства, важным является обученность персонала техникам разрешения. Техники деэскалации более эффективны в качестве ранних вмешательств. В условиях высокого риска и напряжения они неприменимы.

Удачное использование методов деэскалации требует тренировки и хорошего понимания состояния агрессии и управления ею. Выделяют три основных черты деэскалации: оценка текущей ситуации, вербальная и невербальная коммуникация, главной целью которых будет установление контакта, и применение тактик нацеленных на решение проблемы.

Несмотря на практическую актуальность проблемы, методология управления конфликтами в психиатрических стационарах, в том числе, осуществляющих принудительное лечение, является недостаточно разработанной. Отсутствуют отечественные разработки комплексной стратегии предотвращения агрессивного поведения пациентов, проведено недостаточное количество исследований и отсутствуют данные о современном состоянии проблемы.

### МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ

А. Ф. Аболонин  
(Томск)

Эффективность системы профилактики противоправного поведения у несовершеннолетних (ФЗ № 120), невысока: за 5 лет удельный вес противоправных деяний совершаемых несовершеннолетними снизился на 3,8%, количество деяний совершаемых учащимися снизилось на 1,4% за 5 лет (Аналитические отчеты МВД РФ 2005–2009 гг.).

Нами предложена модель профилактики девиантного поведения и реабилитации несовершеннолетних правонарушителей на базе летнего лагеря. Основой её служит создание среды, в которой прежние навыки и ценности неприменимы. Учитывая психологические особенности этих подростков – агрессивность, склонность к риску, зависимость от окружения использовались медико-психологические методы, наиболее подходящие для данной группы. (Егоров А.Ю. 2007). Особенностью терапевтической среды являлось преобладание деятельности, выполняемой совместными усилиями. Для налаживания социального взаимодействия использовалось преодоление экстремальных ситуаций: сплавы по реке, скалолазание, марш-броски, стрельбы, ролевые игры с обучением выживанию. В результате, происходила переориентация на социально-приемлимые виды аддикций. Снижения агрессивности достигалось методом открытого разрешения конфликтов и физических упражнений. Психологические проблемы разрешались созданием терапевтических групп. Выделялась категория “риска” с которой проводилась индивидуальная психокоррекционная работа.

Модель профилактики девиантного поведения и реабилитации для несовершеннолетних правонарушителей показала себя, эффективной (до 30% подростков были переориентированы на посещение спортивных и военно-патриотических клубов), и может являться базовой для построения систем профилактики противоправного поведения подростков в различных регионах.

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

С. В. Абрамов, В. Б. Голланд  
(Москва)

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение (АПНЛ) у психиатра было введено УК РФ в 1997 г. (ст.

99, 100 УК РФ) с целью сохранения во время принудительного лечения (ПЛ) пациентами привычного образа жизни, работоспособности, контактов с близкими и обеспечения возможности, при необходимости, своевременного изменения этой меры на более строгую меру медицинского характера. Это в целом должно способствовать более качественной социальной адаптации больных, препятствовать возникновению так называемого “госпитализма”, а также своевременному предупреждению повторных ООД психически больных.

В государственной отчётности данные о пациентах находящихся на АПНЛ впервые появились в 1998 г., а с 2006 г. показатели, включённые в отчётность расширились и стали касаться также укрупнённых нозологических групп, данных об изменении вида ПЛ, причин прекращения АПНЛ, количестве госпитализаций и совершённых в течение отчётного года больными ООД.

На 01.01.2010 г. в стране на АПНЛ находилось 6728 больных. Только за один 2009 г. их число увеличилось на 5,7%. Удельный вес больных, состоящих на АПНЛ, в общем числе больных, находящихся на ПЛ, составил на начало 2010 г. 27,8% (в 1999 г. этот показатель был значительно меньше – 10,7%). Отмеченный рост лишний раз свидетельствует, о возрастающем значении АПНЛ в системе профилактики ООД.

Наиболее существенными количественными показателями, характеризующими эффективность проведения АПНЛ, являются такие показатели как число больных, находящихся в стационаре во время АПНЛ, к числу всех больных, находящихся на АПНЛ, а также число больных, которым в течение года было изменено АПНЛ на более строгую принудительную меру медицинского характера. Эти показатели отражают “позитивный” характер динамики АПНЛ на территории или в психиатрическом учреждении. В то же время увеличение числа больных, совершивших новое ООД в течение отчётного года, отражает “негативные” тенденции в организации АПНЛ на данной территории.

Показатель удельного веса больных, находящихся в стационаре во время АПНЛ, к числу всех больных состоящих на АПНЛ по стране в течение 2006–2009 гг. – 8,7%–9,8%, свидетельствует об интенсивности ведения своевременной профилактической работы среди этой группы психически больных без изменения вида принудительного лечения.

Число изменений АПНЛ в отчётном году на более строгую принудительную меру медицинского характера в 2009 г. показало 408 больных, а их удельный вес к числу больных, находившихся на АПНЛ в течение года в 2006–2009 гг. был на уровне 3,6–4,4%. Изменение величины этого показателя, с одной стороны, свидетельствует о своевременном реагировании врачей ПНД на несоблюдение режима АПНЛ, а, с другой стороны, может отражать и негативные тенденции, влияющие на возрастание общественной опасности данного контингента больных.

Увеличение числа больных, совершивших новое ООД за отчётный год, напротив, указывает на неудовлетворительное наблюдение пациентов, которым назначено АПНЛ. В 2009 г. таких больных по стране было 533, или 5,4% к числу больных в течение года находившихся на АПНЛ. Этот показатель значительно уменьшился по сравнению с 2006–2007 гг. (10,4–11,7%). В 2008 г. он был равен 8,2%.

Сравнение позитивных и негативных показателей показывает преобладание первых (своевременная госпитализация и изменение АПНЛ) по сравнению с показателем величины повторных ООД, что в свою очередь говорит о качественном осуществлении АПНЛ и о его конкретных возможностях.

Изучение этих показателей в динамике за последние годы и в разрезе территорий, а также отдельных психиатрических учреждений, позволит оценить целесообразность назначения судом АПНЛ и эффективность деятельности психиатрических служб по предупреждению ООД психически больных.

### ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АГРЕССИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ

И. А. Аксаков, А. К. Зиньковский  
(Тверь)

Цель – изучение социальной агрессии и ее судебно-психиатрических аспектов у военнослужащих по призыву (ВСП) Тверского региона. Обследовано 393 ВСП, проживающих в Тверском регионе и совершивших ООД по месту службы с 1994 по 2008 гг., с помощью “Базисной карты для клинико-эпидемиологических этнокультуральных исследований”, предложенной ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. Анализ показал, что во время службы отклонения в нормативном поведении встречались в форме аутоагрессии у 160 (40,71%), из которых парасуицид совершили 131 (33,33%), а у 29 (7,37%) были различные формы членовредительства. Агрессия к сослуживцам своего призыва у 50 (12,72%), к сослуживцам не своего призыва – 25 (6,36%), к офицерам своей части – 21 (5,34%), к гражданским лицам – 33 (8,40%) человек. Самовольное оставление части отмечалось у 142 (36,13%). У 218 (55,47%) ненормативное поведение проявилось уже на 1-ом году службы. При этом у 125 (31,81%) уже до 6 месяцев, а у 93 (23,66%) – до 12 месяцев службы. У 55 (14%) – на 2-ом году службы: у 35 (8,91%) – до 18 месяцев и лишь у 20 (5,09%) – до 24 месяцев. Все ВСП были признаны психически здоровыми перед призывом. Однако в силу наступившей психической дезадаптации во время прохождения военной службы, обследованные ВСП были комиссованы в военных госпиталях или в психиатрических больницах по месту службы и затем откомандированы по месту жительства. Комиссованные психически больные до настоящего времени не находятся под диспансерным наблюдением в ПНД по месту их жительства. Будучи по суще-

ству без преемственности в оказании им психиатрической помощи, они декомпенсируются, совершают ООД, попадая в психиатрические больницы. Результаты исследования показали необходимость оптимизации психиатрической помощи ВСП и совершенствование межведомственной нормативно-правовой базы.

#### **УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНАЯ ДЕЕСПОСОБНОСТЬ В ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКЕ**

Г. Ю. Алексеева, Т. Н. Керова, Т. А. Сазонова,  
Т. В. Шулакова

(Омск)

Из постановления Конституционного Суда РФ от 20.11.2007 г. №13-П "По делу о проверке конституционности ряда положений статей 402, 433, 437, 438, 439, 441, 444 и 445 УПК РФ в связи с жалобами граждан С.Г. Абламского, О.Б. Лобашова и В.К. Матвеевой" лица, признанные невменяемыми, в отношении которых осуществляется производство о применении принудительных мер медицинского характера, могут лично знакомиться с материалами уголовного дела, участвовать в судебном заседании при его рассмотрении, заявлять ходатайства, отводы, представлять доказательства, задавать вопросы свидетелям. Участились случаи запросов из судов с целью уточнения возможности участия пациентов в судебном разбирательстве. При решении вопроса об УПД проводится оценка способностей воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать показания, самостоятельно защищать свои права и законные интересы. Следует учитывать случаи, когда подэкспертный способен правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания, но не способен самостоятельно защищать свои права и законные интересы. Проанализировано 47 экспертных случаев невменяемых и 21 случай ограничено вменяемых лиц, в отношении которых решался вопрос об УПД (УПНД). 93% невменяемых признано УПНД, однако в 7% случаев рекомендовалось считать невменяемых ограниченно УПД. Из ограниченно вменяемых 18% признано ограниченно УПД, остальные – УПД. Ограниченно процессуально дееспособным участие защитника обязательно с момента предъявления обвинения, отказ от защитника может быть не принят следствием и судом (принудительная защита). Понимание сути уголовно-процессуальной дееспособности и уголовно-процессуальной недееспособности имеет практическое значение, поскольку вопросы об УПД (УПНД) ставятся судебными органами не только в отношении подозреваемых или обвиняемых в совершении общественно опасных действий, но и свидетелей, потерпевших, т.е. значительно круга лиц, вовлеченных в уголовный процесс. Решение психиатров об УПНД пациента без опоры на теоретический смысл понятия и аргументации своей позиции может быть расценено судебными органами как препятствие следственным действиям.

#### **ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

В. Д. Бадмаева, Е. Г. Дозорцева,  
Е. В. Макушкин

(Москва)

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) является наиболее адекватным видом судебно-психиатрического освидетельствования несовершеннолетних. В последние годы их число постоянно увеличивается. В ГНЦССП им. В.П.Сербского доля КСППЭ среди стационарных судебных экспертиз несовершеннолетних составляла в 1995 г. 56,9%, в 2003 – 86,4%, в 2009 – 98,3%.

Часто вопросы суда к экспертам опираются на норму ч. 3 ст.20 УК РФ. Вместе с тем, в масштабах страны единообразие в проведении такого рода экспертиз нет. Это нередко становится одной из причин назначения в отношении несовершеннолетнего повторной КСППЭ. Анализ показывает, что первичными экспертизами не всегда учитываются возрастная динамика психических расстройств, а также уровень и качество психического развития подростка.

Экспертная практика последних лет свидетельствует, что в связи с появлением в российском законодательстве новой нормы (статья 156 УК РФ) судебными органами стали назначаться экспертизы детям, жертвам жесткого обращения, т.е. физического и психологического насилия. Это особо сложный и трудоемкий вид экспертизы, что связано со спецификой правонарушения и возрастом жертвы (дети от нескольких месяцев до 3–4 лет). Он требует участия экспертов разных специальностей, включая педиатра, дифференцированного подхода к ребенку, знания его возрастных особенностей, а в целом – разработки четкой методологической базы проведения таких экспертиз.

Выше отмечены лишь отдельные проблемные аспекты КСППЭ несовершеннолетних. Вместе с тем, представляется важным соблюдение основных принципов КСППЭ несовершеннолетних: комплексность обследования с привлечением широкого круга специалистов в других областях медицины (эндокринолога, невролога, сексолога и пр.), приоритетность стационарных экспертиз при обследовании несовершеннолетних обвиняемых, полнота исследований и обоснованность выводов экспертизы, что позволяет оптимизировать работу экспертов и повысить качество экспертных заключений.

#### **ДОЛИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В КАЗАХСТАНЕ, В 1998–2007 ГГ.**

Л. Е. Базарбаева

(Алматы, Казахстан)

За 1998–2007 гг. доля больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия (ООД) и прошедших амбулаторную судебно-психиатрическую экспер-

тизу (СПЭ), снижена с 3,2 до 2%, а стационарную СПЭ, – напротив, возросла с 0,2 до 4,3%. Доля больных шизофренией, совершивших ООД, в указанный период, составил 3,7–4,8%, соответственно международным данным. Доля больных шизофренией среди признанных невменяемыми больных снижена с 69,9 до 43,9%, что отмечено и в других странах СНГ.

### ДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ ЛИЦ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А. В. Баранов  
(Тамбов)

Профилактика ООД лиц с тяжелыми психическими расстройствами является одной из важнейших задач общей и судебной психиатрии. Начало развития профилактики преступности душевнобольных было положено еще в дореволюционной России (1801 г.) Организация стационарной и внебольничной профилактики ООД постоянно совершенствуется и развивается. В настоящее время существует четко организованная и научно-обоснованная система профилактики ООД, однако их число в РФ относительно стабильное (10–12 тыс. ежегодно). Маркерами эффективности профилактики являются динамические показатели уровня ООД. В рамках работы комиссии по профилактике ООД в Тамбовской области на протяжении 10 лет (с 2000 г.) систематически анализируются параметры, отражающие эффективность профилактики ООД (динамика, повторность, структура контингента больных, причины). Полученные данные свидетельствуют о наличии закономерности, которая заключается в динамическом волнообразном колебании числа ООД (рост-снижение) в течении 3–4-х летнего периода. При этом ожидаемой прямой зависимости с макросоциальными факторами не обнаружено. Такую динамику ежегодно определяет больные, которые наблюдались у психиатра (диспансерный учёт /консультативная помощь) и совершали ООД впервые. Наряду с чем колебания уровня повторных ООД (из числа больных АДН) менее значимы и общей динамики не определяют. Что ещё раз подтверждает необходимость пристального внимания к своевременному выявлению общественно опасных тенденций в общей массе больных ещё до совершения ими правонарушений.

### ЛЕЧЕНИЕ АНТИАНДРОГЕНАМИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ

И. А. Басинская, Г. Е. Введенский  
(Орел)

В настоящее время лица, совершившие сексуальные деликты, не получают адекватной терапии в виду методической неразработанности применения антиандрогено-

нов: не установлены четкие психиатрические показания и противопоказания, остаются неясными сроки и длительность лечения.

**Цель исследования:** разработка методики применения антиандрогенов в принудительном лечении психически больных – сексуальных правонарушителей.

**Объект исследования:** 80 мужчин, совершивших противоправные сексуальные деяния и находящиеся на принудительном лечении в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

**Методы:** клинико-психопатологический, эндокринологический (определение тестостерона, ФСГ, пролактина в крови). Средняя доза андроккура составила 300 мг в/м раз в две недели.

**Результаты:** снижение уровня тестостерона наблюдалось у 61 больного (76,3%), однако положительная клиническая динамика отмечалась только у 52 (65%) больных, у 19 больных (23,8%), в том числе у всех пациентов с апатико-абулическим синдромом, а также у подавляющего числа больных с умственной отсталостью и психопатоподобным синдромом улучшения не отмечалось. Психические расстройства в виде депрессивных состояний, беспокойства, эмоциональной подавленности, раздражительности, чувства внутреннего напряжения наблюдались у 12 пациентов (15%) к концу третьего месяца приема, а явления психической заторможенности отмечены у 8 больных (10%). Увеличение массы тела отмечались у 18 (22,5%) больных, а гинекомастия – у 7 пациентов (8,75%).

**Выводы:** апато-абулический синдром и психопатоподобные состояния при умственной отсталости являются противопоказаниями к терапии антиандрогенами.

### ВОПРОСЫ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С АГРЕССИВНЫМИ ФОРМАМИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОГО ПОВЕДЕНИЯ

И. В. Белоус, А. Ю. Березанцев  
(Москва)

Первичная и вторичная профилактика общественно опасных деяний лиц с психическими расстройствами является одной из первостепенных задач общей и судебной психиатрии. Для выявления клинико-психопатологических и социально-демографических особенностей пациентов, значимых в аспекте задач психосоциальной реабилитации были обследованы 160 больных шизофренией, наблюдающихся в условиях психоневрологического диспансера. Из них 110 пациентов ранее совершили противоправные действия и к ним применялись те или иные меры медицинского характера, после отмены которых им было установлено активное диспансерное наблюдение (АДН). Группу сравнения составили 50 пациентов из групп динамического диспансерного наблюдения. Был выявлен комплекс клинико-психопатологических и социально-психологических характеристик,



связанных с параметрами качества жизни и социальной адаптации больных. У больных состоящих на АДН достоверно чаще отмечались выраженная параноидная и психопатоподобная симптоматика со склонностью к злоупотреблению психоактивными веществами с непрерывным типом течения процесса и явлениями нарастающего социального дрейфа, с тенденциями к формированию устойчивых форм агрессивного поведения, что приводило к частым недобровольным госпитализациям. Для них была характерна выраженная дезадаптация на семейном и профессиональном уровне, отмечался низкий комплаенс с частым прерыванием терапии при неадекватно-позитивном варианте субъективной оценки качества жизни. Задачи психосоциальной реабилитации подобных больных представляется комплексной и многоуровневой проблемой, включающей, помимо собственно медикаментозной терапии, выработку и поддержание мотивации больных направленной на лечение, социальную поддержку, трудовую и семейную терапию, тренинг коммуникативных навыков.

#### **КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ АГРЕССИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Н. В. Букреев, В. Г. Булыгина, А. Г. Шульга  
(Москва)

Случаи внутрибольничной агрессии в психиатрических стационарах, осуществляющих ПЛ, не могут объясняться за счет действия лишь одного фактора, в качестве которого чаще всего рассматривается психопатология пациента. Внутрибольничная агрессия является результатом действия различных клинических, социологических и психологических факторов, и связана с личностями всех участников ситуации (членов персонала, других пациентов, родственников), особенностями их взаимодействия, а также с организационными факторами.

Среди демографических переменных следует рассматривать: количество предыдущих госпитализаций, их общую продолжительность, агрессивное поведение и злоупотребление наркотиками/алкоголем в анамнезе, применение оружия, а также совершение опасных импульсивных поступков в прошлом, отрицание заведомо совершенных ранее опасных поступков и их тяжесть. Среди клинических переменных: нежелательные явления психотерапии; императивные галлюцинации, бредовые идеи преследования или воздействия, направленные на конкретных лиц, импульсивность в структуре кататонического синдрома либо при грубых дефицитарных расстройствах, нарушения сознания, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, дисфории, гневливость при маниакальном возбуждении, ажитация, возбуждение, открытую враждебность или подозрительность. В качестве ситуационных факторов риска следует рассмат-

ривать: степень социальной поддержки, проблемы в коммуникации, непосредственную доступность потенциального оружия, потенциальной жертвы, ограничения в условиях содержания, установки персонала, контакты с высоким риском, наркотики/стимулянты.

Проблема внутрибольничной агрессии касается не одного только рассматриваемого вне контекста пациента или отдельного члена персонала, а, напротив, носит междисциплинарный характер и является общей проблемой организации учреждений психиатрического профиля.

#### **ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ В СТАЦИОНАРЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ПЛ)**

В. С. Воронин, Ю. Т. Каганович, В. Г. Булыгина  
(Москва)

Практика принудительного лечения требует расширения психодиагностических задач и изменение их приоритетности. Особое значение приобретают динамическое патопсихологическое и нейропсихологическое исследования, необходимые для верификации клинических решений об изменении тактики психотерапии и правомерности перехода к следующему этапу ПЛ. Целесообразность проведения нейропсихологического исследования состояния обусловлена тем, что подавляющее большинство больных имеют в анамнезе органически неполноценную почву и резистентны к лечению.

Ключевыми компонентами психодиагностической работы во время всех этапов ПЛ является выявление высоко рискованных больных, включающее оценку риска внутрибольничной агрессии, выявление скрытых лидеров и организации групповых неповиновений и побегов. Важным также является направленное экспериментально-психологическое исследование больных, совершивших сексуальные правонарушения, или иные ООД, но имеющих парафилии, к примеру, доля которых составляет не менее 5%.

При непосредственном участии психолога формулируется функциональный диагноз, фокусом которого является определение степени общественной опасности. Смещение акцента с использования традиционных психодиагностических средств на анализ истории жизни и криминальной истории больных представляется важным, поскольку интервенции психологов должны базироваться на четком понимании того, какие факторы влияют на антисоциальное и агрессивное поведение больных. С периодичностью раз в полгода оценивается характер динамики состояния больного, его стабильность, эффективность реабилитационных мероприятий, "успехи" больного в овладении различными социальными навыками. И на основании комплексного анализа динамических факторов оценивается степень общественной опасности.

Таким образом, практика ПЛ предполагает проведение более широкого спектра психодиагностических исследований, чем при решении судебно-экспертных задач.

**ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК ОДНО  
НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ,  
НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ  
ЛЕЧЕНИИ**

А. К. Гажа, О. С. Ерошина  
(Тамбов)

На сегодняшний день трудовая терапия психически больных, находящихся на принудительном лечении, является неотъемлемой частью процесса психосоциальной реабилитации, так как сроки пребывания в стационаре достаточно длительные и за это время происходит значительная утрата тех трудовых навыков, которые пациенты имели до поступления в стационар.

В настоящее время на базе психиатрического стационара специализированного типа ОГУЗ "Тамбовская психиатрическая больница" реализуется проект "Трудовая реабилитация пациентов, совершивших общественно-опасные деяния, как профилактика совершения повторных правонарушений", целью которого является восстановление трудовых навыков у пациентов, совершивших общественно-опасное деяние, для дальнейшего трудоустройства и успешного функционирования в обществе после выписки из стационара". В проекте 2010 года включились в трудовой процесс 88,4% (2009 году – 69,2%) от общего числа пациентов стационара. И 85,7% (в 2009 году – 53,8%) случаев пациенты справляются с порученной работой хорошо и отлично.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что трудовая мотивация пациентов имеет достаточно высокий уровень. Данный факт говорит о необходимости возрождения трудовой терапии, как одного из ведущих и эффективных направлений психосоциальной реабилитации.

**ПРИМЕНЕНИЕ ПАЛИПЕРИДОНА ПРИ  
ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ В УСЛОВИЯХ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА**

Н. А. Гайдова, В. Б. Позднякова  
(Москва)

Психиатрическая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы имеет более чем столетний опыт лечения психически больных, "особо опасных преступников... неизлечимых и опасных для общества" (Положение о больнице 1907 г). Правильная организация и эффективность принудительного лечения имеют важное общественное и государственное значение, т.к. кроме лечения больных предполагают ограждение общества от их общественно опасных действий (ООД). В основе последних лежат глубинные психопатологические механизмы, по этому, одним из патогенетических направлений профилактики ООД является лечение самого психопатологического процесса.

Целью настоящей работы явилось обобщение двухлетнего опыта применения палиперидона (инвега) у больных шизофренией, совершивших ООД. Нами наблю-

дались 23 пациента, мужчины в возрасте от 20 до 55 лет, с длительностью болезни от 5 до 30 лет. Средняя длительность пребывания в стационаре составляла 5,3 года. Ведущими синдромами у этих больных были параноидный, галлюцинаторно-бредовой и выраженный эмоционально-волевой дефект. У всех пациентов отмечалась резистентность к ранее проводимой терапии традиционными нейролептиками, что явилось причиной их перевода на прием препарата инвега в дозах от 6 до 12 мг/сутки. У части пациентов препарат сочетался с приемом антидепрессантов и нормотимиков, у части с приемом нейролептиков седативного действия.

Применение палиперидона в практике принудительного лечения показало, что он активно воздействует на продуктивную психопатологическую симптоматику, купирует психомоторное возбуждение со склонностью к пароксизмальному течению, эффективен у пациентов с выраженной негативной симптоматикой, способствует снижению уровня агрессивности, появлению позитивных установок на проводимую терапию. Инвега с успехом может применяться для длительной поддерживающей терапии, являясь препаратом выбора для профилактики общественно опасных действий пациентов, страдающих шизофренией.

**СТАТИСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ  
ФОРМИРОВАНИЯ ГРУППЫ АКТИВНОГО  
ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (АДН)**

В. Б. Голланд, Л. А. Яхимович  
(Москва)

В задачу АДН в соответствии с приказом МЗ РФ и МВД РФ № 133/269 от 30.04.97г. входит профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных, осуществляемая путем своевременного выявления потенциально опасных пациентов, а также проведения внебольничной курации после отмены принудительного лечения (ПЛ). Эффективной деятельностью по предупреждению ООД лиц с психическими расстройствами способствуют как правильное формирование группы АДН, так и качественное проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.

Следует отметить, что за последние 20 лет удельный вес больных, состоящих в России на АДН, по отношению к общему количеству лиц, числящихся в ПНД, увеличился почти в 1,5 раза. Данный факт обусловлен как уменьшением за это время всего контингента диспансерно наблюдаемых больных в 1,4 раза, так и увеличением почти в 1,2 раза количества поставленных на АДН в связи с привлечением к уголовной ответственности.

При оценке результативности профилактической работы амбулаторной психиатрической службы обычно используется показатель частоты совершения деликтов больными, состоящими на учете.

В этом плане немаловажное значение имеет правильность формирования группы АДН. Статистически это оп-

ределяется с помощью вычисления удельного веса пациентов, которые совершили в течение жизни ООД и находятся на АДН, по отношению ко всему контингенту поставленных на АДН. В 2009 г. этот показатель по России был равен 81,0%. В то же время так называемая “группа риска” (больные, которые были на АДН и не совершили ООД, однако представляют потенциальную социальную опасность) составила 19,0%. Согласно нашему опыту, на сегодняшний день такая “группа риска” должна быть не меньше 15% и не больше 60%. Как следует из отчетов регионов за 2009 г., в 8 регионах России (Адыгейская, Кабардино-Балкарская Республики, Республики Бурятия, Тыва и Саха, Вологодская и Калининградская области, а также г. Санкт-Петербург) в “группе риска” не было ни одного больного. В то же время в 4 регионах удельный вес пациентов, находящихся на АДН и не совершавших ООД, был более 60%: Псковская область (62,0%), Калужская область (74,1%), Республика Дагестан (80,0%), Сахалинская область (81,6%). Все это указывает на необходимость дальнейшей проверки и оценки полученных статистических данных по отдельным психиатрическим учреждениям.

Изучение отчетных документов также показало, что зачастую ПНД не имеют никаких сведений о больных, которым назначено ПЛ в стационарных условиях, и поэтому последние своевременно не попадают в поле зрения участкового психиатра, остаются не включенными в группу АДН, тем самым лишаются возможности получать требующуюся психиатрическую помощь. Так, на начало 2010 г. из 17,5 тысяч пациентов, находившихся на ПЛ в стационаре, на АДН были поставлены лишь 5,6 тысяч, т.е. почти о 12 тысячах стационарных больных ПНД не были поставлены в известность.

Из вышесказанного следует, что для правильного формирования группы АДН требуются более дифференцированный подход при подборе больных, а также соблюдение надлежащей преемственности между отдельными звеньями медицинской службы, что позволит повысить качество профилактической работы в отношении психически больных с социально опасным поведением.

#### **ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ НАД ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ**

Л. С. Гордеев, Ю. Г. Новиков, А. К. Зиньковский  
(Тверь)

Целью данного исследования является анализ случаев сексуального насилия по отношению к несовершеннолетним за 2000–2009 гг. Были исследованы статистические данные по сексуальным деликтам, совершенным в Тверском регионе за 2000–2009 гг., а также данные судебно-психиатрических экспертиз, проведенных в ТОКПБ №1 им. М.П. Литвинова (Зиньковский А.К., Новиков Ю.Г., Аксаков И.А.). За указанный период было совершено 1761 сексуальное преступление (СП), в том числе 1495 СП

(84,8%) против лиц, старше 18 лет, а 267 (15,2%) – против лиц, не достигших 18 лет. Второй возрастной контингент был проанализирован за 2 периода: 1-й – 2000–2005 гг., 2-й – 2006–2008 гг. За 1-й период было совершено 133 (49,8%) СП, за 2-й – 134 (50,2%). При этом если за 1-й период среди всех СП (1096) доля СП 2-й группы составила 12,1%, то за 2-й период среди всех СП (665) доля отмеченных деликтов составила 20,2%. Также были проанализированы 76 случаев судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ), проведенных в ТОКПБ №1 им. М.П. Литвинова. В 4-х случаях были проведены комплексные СПЭ. Среди сексуальных насильников несовершеннолетних и малолетних лиц только двое были признаны невменяемыми (оба с диагнозом умственная отсталость). При этом преступников-педофилов характеризует нарушение половой идентичности. Необходимо учитывать, что нарушение половой идентичности складывается из трех взаимодействующих компонентов: поведенческого, когнитивного и аффективно-волевого. Все вышесказанное ставит новые задачи, как в плане правового регулирования, так и в плане решения комплекса социально-медицинских и судебно-психиатрических проблем по предупреждению СН, а также по предикции СН у лиц, совершающих противоправные сексуальные действия.

#### **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ОБВИНЯЕМЫХ**

В. В. Горинов, А. С. Баева  
(Москва)

Актуальной проблемой судебной психиатрии является разработка критериев оценок расстройств личности (РЛ) с учетом положений ст. 21 УК РФ (невменяемость).

Обследовано 40 подэкспертных с параноидным, шизоидным и смешанным типами РЛ, в отношении которых принималось решение о невозможности во время совершения агрессивных деликтов осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими.

У половины подэкспертных констатировалось ситуационное развитие, когда подозрительность, склонность к формированию сверхценных идей значительно усугублялись, сопровождалась выраженными депрессивными расстройствами, стойкой дезадаптацией, нарушением критических и прогностических способностей. У 25% подэкспертных диагностировалось патологическое (конституциональное) развитие личности. Бредовые идеи ревности, сутяжничества были систематизированными, сопровождалась чрезмерной эмоциональной охваченностью и насыщенностью, развивались по типу “саморазвития” с утратой содержания переживания с психогенией. У 17,5% подэкспертных решение основывалось на констатации в период правонарушения “острой реакции на стресс” с эмоциональной охваченностью, нарушением сознания, утратой способности адекватно воспринимать окружающую обстановку, общей дезориентировкой.

Таким образом, основной предпосылкой неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими является констатация реакций психотического уровня или патологического развития с наличием патологических сверхценных либо бредовых идей интерпретативного характера, трансформирующихся в паранойяльную систему.

### ХАРАКТЕРИСТИКА АМБУЛАТОРНОГО КОНТИНГЕНТА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ

Е. А. Демешева  
(Москва)

**Цель исследования:** изучение особенностей контингента пациентов, совершивших общественно опасные деяния (ООД) и проходивших амбулаторное принудительное наблюдение и лечение (АПНЛ).

**Материалы и методы:** когортное исследование включило 545 больных, проживавших на участке ПНД № 5 г. Москвы в 2009 г. Используются клиничко-психопатологический, статистический методы.

**Результаты:** доля пациентов, совершивших ООД – 2,0% от находящихся на активном диспансерном наблюдении. Из них пациенты с шизофренией (F20-25) составили 63,6%, с органическим расстройством личности – 18,2%, с умственной отсталостью и расстройством личности – по 9,1%. ООД, совершённые по негативно-личностным механизмам составили более 90% правонарушений. По продуктивно-психотическому механизму совершено 9,1% ООД. Подавляющее количество ООД приходится на преступления против жизни и здоровья (причинение вреда здоровью, убийство) – 35,7%; на преступления против собственности (кражи, грабёж, разбой) и против общественной безопасности – по 21,4% всех ООД. Правонарушение против здоровья населения (сбыт наркотических средств) – 14,3%, сексуальные правонарушения – 7,2%. Повторные и многократные ООД совершили 45,5% пациентов; 36,4% пациентов совершили ООД, предусмотренные 2 и более статьями особенной части УК РФ.

**Выводы:** высокий риск повторных ООД и большая доля правонарушений, совершённых против жизни и здоровья, делают необходимым дальнейшее совершенствование АПНЛ, мер профилактики ООД и реабилитации данной категории больных.

### ПРОФИЛЬ АГРЕССИВНОСТИ У ПОДЭКСПЕРТНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ООД (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)

О. М. Дерябина, Д. А. Кузнецов  
(Москва)

Судебный профиль мужчин значительно отличается от профиля женщин. Отмечаются убедительные гендерные

различия в распространенности некоторых расстройств, а также в их клинической картине и лечении.

У пациентов с тяжелыми психическими расстройствами отмечаются половые различия в проявлениях агрессивного поведения. Более того, психопатологическая симптоматика и психосоциальные факторы риска по-разному влияют на такое поведение у мужчин и женщин. Это имеет большое значение для прогнозирования и дифференцированного лечения агрессивного поведения.

Сплошным методом были обследованы все подэкспертные, находящиеся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского в 2008 году. Выборка составила 113 испытуемых из них 27 женщин и 86 мужчин. В дальнейшем из анализа были исключены лица, возраст которых был моложе 20 и старше 50 лет.

Фиксировались социально-демографические данные и клиничко-психопатологические данные, из психологических методов анализировался тест Басса-Дарки, являющийся наиболее авторитетным методом оценки уровня агрессивности и обладающий высокими психометрическими свойствами.

Анализ результатов выявил, что все женщины не имели в анамнезе криминальной истории и совершали настоящее правонарушение значительно чаще, чем мужчины в трезвом состоянии. Среди мужчин значимо было больше лиц с наследственной отягощенностью, страдающих алкоголизмом, занятых неквалифицированным трудом. В анамнезе у женщин значимо было меньше госпитализаций в психиатрические больницы. Использование Т-критерия Стьюдента выявило статистически значимые различия между мужчинами и женщинами только по показателям физической и косвенной агрессии по данным мет. Басса-Дарки.

### РЕФОРМИРОВАНИЕ УГОЛОВНО- ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РОССИИ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОСУЖДЕННЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

А. В. Диденко  
(Томск)

Реформирование уголовно-исполнительной системы России предполагает дифференциацию процесса исполнения уголовного наказания, усиление воспитательной направленности труда, общеобразовательного и профессионального обучения, “педагогизацию” и “психологизацию” воспитательного процесса, приведение условий содержания для лиц, заключенных под стражу и осужденных в соответствие с требованиями Минимальных стандартных правил обращения с заключенными и положениями Уголовно-исполнительного кодекса Российской Федерации, а также повышение эффективности медицинского обеспечения лиц, находящихся в местах лишения свободы. В этой связи проблема психосоци-

альной реабилитации осужденных с психическими расстройствами требует своего незамедлительного решения. Опыт реализации комплексной исправительной программы для осужденных с расстройствами личности, сочетающей в себе лечебно-реабилитационные подходы, позволяет не только улучшить состояние психического здоровья лиц отбывающих наказания, повысить качество оказания медицинской помощи, но и увеличить вероятность разрыва преступного цикла, сокращения количества совершаемых преступлений в местах лишения свободы и после отбывания наказания. Реализация реабилитационных программ в учреждениях УИС требует создания штата специалистов в области психиатрии, реабилитологии, медицинской (клинической) психологии и социальной работы, а также финансового и материально-технического обеспечения лечебно-реабилитационного процесса. Исследование показало необходимость системного взаимодействия пенитенциарной службы психического здоровья с гражданским здравоохранением, учреждениями социальной защиты, для обеспечения этапности и преемственности реабилитационных мер в отношении лиц с психическими расстройствами после освобождения от отбывания наказания.

#### **КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

А. С. Дмитриев, И. Н. Винникова, Н. В. Лазько,  
А. В. Оспанова  
(Москва)

Цель: совершенствование лечебно-реабилитационных мероприятий у больных шизофренией на этапах амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (АПНЛ).

Обследовано 97 мужчин в возрасте от 18 до 54 лет, страдающих шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, которым на основании определения суда была изменена стационарная принудительная мера медицинского характера на АПНЛ. Исследование проводилось в ПНД города Москвы (2003–2009 гг.).

Изучение динамики психического состояния пациентов показало, что период перехода от стационарного к амбулаторному принудительному лечению является индивидуально значимой психотравмирующей ситуацией, на фоне которой возникают клинически очерченные формы психогенных наслоений (невротические реакции, заострения психопатоподобных расстройств). Разработка лечебно-реабилитационных программ в условиях АПНЛ строится в три этапа: адаптационный, плановой дифференцированной курации и завершающий. Задачей первого этапа является снижение влияния дезадаптирующих факторов. Больным проводится поддерживающая ПФТ, рекомендованная при выписке из стационара. Наряду с этим уточняются социально значимые вопросы,

совместно с психологом и социальным работником структурируются пути и последовательность их решения. Среди психотерапевтических методов работы наиболее эффективной в этот период является семейная психотерапия. Длительность данного этапа составляет в среднем 3–4 недели. На втором этапе схему лечения корректируют в зависимости от характера и выраженности психогенных включений. В последующем присоединяют психокоррекционные мероприятия (тренинги, индивидуальные и групповые занятия). По мере адаптации больных к внебольничным условиям, оказывается помощь в трудоустройстве, а при наличии группы инвалидности – работы в ЛТМ. В случаях аутохтонных изменений психического состояния пациентов проводится коррекция ПФТ, при необходимости больные направляются в стационар на общих основаниях. Продолжительность второго этапа АПНЛ составляет от 5 до 18 месяцев (в среднем  $8,36 \pm 4,1$  мес.). Третий этап АПНЛ предполагает проведение подготовительных мероприятий к отмене принудительных мер. Он включает в себя разъяснительную психотерапию, психокоррекционные мероприятия и поддерживающую ПФТ.

Таким образом, поэтапный, комплексный подход к осуществлению лечебно-реабилитационных мероприятий в условиях АПНЛ способствует совершенствованию мер по профилактике общественно опасных действий больных шизофренией.

#### **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ ЖЕРТВАМ ПРЕСТУПЛЕНИЙ**

Е. Г. Дозорцева, В. Д. Бадмаева  
(Москва)

Защита и охрана детей от любых форм насилия, жестокости и эксплуатации являются приоритетными и закреплены во многих международных нормах и стандартах. Вместе с тем существующее российское законодательство не регламентирует оказание детям, потерпевшим от преступлений, медико-психологической помощи, в которой они нуждаются. Кроме того, в процессе судебного-следственного разбирательства такие дети могут получать дополнительную психическую травму в ходе проводимых с ними следственных действий.

В ГНЦССП им. В.П. Сербского накоплен опыт оказания помощи малолетним и несовершеннолетним пострадавшим от преступлений и перенесшим психическую травматизацию.

Обобщенный анализ проблемы показывает, что ребенок, ставший жертвой преступления, не только нуждается в медико-реабилитационной помощи, но и должен быть защищен от ретравматизации в ходе предварительного следствия и судебного разбирательства. Это требует специальной организации работы с несовершеннолетним потерпевшим с опорой на следующие принципы:

- Целостность подхода. Реабилитационная помощь и профессиональное сопровождение требуются несовершеннолетнему, пострадавшему от преступления, на всех этапах от начала возбуждения уголовного дела до принятия судебного решения, а при необходимости – и после завершения судебного процесса.
- Системность в оказании помощи. Реабилитационная медико-психологическая помощь должна оказываться как самому несовершеннолетнему, так и его ближайшему семейному окружению.
- Последовательность и преемственность. Оптимально оказание помощи одними и теми же специалистами на всем протяжении сопровождения и реабилитационной работы.
- Максимальный учет возрастных и индивидуальных особенностей несовершеннолетнего, характеристик его психического состояния.
- Комплексность. При оказании помощи необходимо гибкое взаимодействие между специалистами медицинского и психологического профиля, их системная работа с представителями правоохранительных органов и органов юстиции.
- Профессионализм. Специалисты, работающие с ребенком и его семьей, должны иметь специальную подготовку и владеть специальными методами. Оптимальным является рассмотрение уголовных дел, в которых фигурируют несовершеннолетние потерпевшие, в специализированных судах по делам несовершеннолетних.

#### **ГРУППОВЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ, СОВЕРШЕННЫЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ С ГОМО ОБЪЕКТОМ**

И. В. Дьякова  
(Краснодар)

Групповые сексуальные правонарушения, совершенные подростками с гомо-или гетеро объектом приобретают все большую распространенность в последние годы. Их реализацию отличает особый цинизм и жестокость, а также – “модная” тенденция иметь “крутое” видео сцен агрессии (с их слов, лучше сексуальной).

В группе 23-х обследованных в возрасте от 14 до 17 лет невменяемыми было признано 43%, ограниченно вменяемыми – 57%. Во всех случаях гомосексуальных деликтов (21%) был выставлен диагноз органического расстройства личности. В 52% случаев был отмечен инфантильно-грацильный вариант конституции, пороки развития уро-генитального аппарата – в 39% случаев. “Криминальная” наследственность выявлена у всех испытуемых. 91% совершали ранее ООД, но не привлекались к уголовной ответственности. В подавляющем большинстве случаев (91%) подэкспертные постоянно

носили с собой специальные инструменты для агрессии (чаще – ножи, реже – кастеты или пр.).

В половине случаев, при экспертном сексолого-психологическом обследовании указанной группы подростков выявлялись парафильные тенденции и элементы поведения (выбор ненормативного сексуального объекта, сексуальной активности в деликте, реже – до него; сексуальные фантазии с извращенным сюжетом). При этом диагноз парафилии не одному обследуемому при проведении СПЭ выставлен не был, учитывая их несовершеннолетний возраст и незавершенность психосексуального развития.

В подавляющем большинстве случаев (91%) случаев структура деликта по активности была садистическая. В 26% случаев было совершено убийство по время (или после) полового акта. В половине случаев осуществлялись символические сексуальные действия. В таком же проценте случаев был продиагностирован псевдопарафильный синдром по объекту, и в несколько большем количестве случаев – псевдопарафильный синдром по активности.

Таким образом, в рассмотренных случаях вероятен прогноз, что патологическое сексуальное поведение является проявлением формирующейся парафилии, несовершеннолетние, совершившие групповые гомосексуальные ООД, представляют повышенную группу риска рецидивности сексуальных деликтов.

#### **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Н. В. Дьякова, Л. Е. Пищикова, И. П. Мамонова  
(Москва)

Использование познаний в области нейропсихологии значительно расширяет возможности теоретического и практического исследования психической деятельности человека, улучшает качество доказательной базы экспертных решений. Кроме того, актуальность нейропсихологических исследований постоянно возрастает в связи с известными демографическими тенденциями современного мира – значительным увеличением численности пожилых групп населения и, как следствие этого, роста количества, как соматических, так и психически больных лиц позднего возраста. Применение традиционной схемы обследования, разработанной школой А.Р.Лурия, и адаптированной для пожилых больных (Корсакова Н.К. и соавт., 1992; Рощина И.Ф., 1996), позволяет существенно расширить возможности выявления и оценки высших корковых функций уже на относительно ранних этапах заболевания. Адаптивно-регуляторная теория старения, предложенная Корсаковой Н.К. (1998), имеет большое значение для практики комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, в особенности в гражданском процессе. Так, при экспертном установле-

нии дееспособности, а также делеспособности лиц пожилого и старческого возраста с психической патологией, кроме описания нейропсихологических синдромов, большое внимание уделяется выявлению их компенсаторных возможностей. Такой подход используется как при очном обследовании подэкспертных, так и при посмертных комплексных психолого-психиатрических экспертизах лиц с органическими поражениями головного мозга. Группой геронтопсихиатрических исследований Центра им. В.П.Сербского разработан и успешно используется комплекс нейропсихологических методик, позволяющих в совместной с психиатрами и неврологами диагностической деятельности решать судебно-экспертные задачи. Эти методики направлены на выявление состояния высших психических функций, которые позволяют человеку адекватно воспринимать окружающую действительность в аспекте межличностных отношений, понимать, критически оценивать отдельные события, строить между ними логические связи, прогнозировать их последствия, осуществлять волевой контроль над своими поступками. Кроме того, ряд предложенных методик позволяет обнаружить у подэкспертных бредовые переживания и конфабуляторные включения, которые могут не выявляться при клинической беседе, но проецируются в тонких нейропсихологических тестах. Таким образом, привлечение нейропсихологических методов в судебную экспертную практику является современным перспективным подходом к объективному решению диагностических и экспертных вопросов.

#### **КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НАРУШЕНИЙ РЕЖИМА В СТАЦИОНАРЕ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ**

Ю. Т. Каганович, В. С. Воронин, Д. А. Кузнецов  
(Москва)

Одним из ведущих критериев изменения или отмены меры медицинского характера служит способность больного следовать режимным требованиям, отсюда актуальна проблема выявления клиничко-социальных детерминант их нарушения. Это опосредованно помогает врачу выявить потенциальную опасность совершения агрессивного деликта, как в стационаре, так и после выписки.

С целью сопоставления клиничко-социальных предикторов нарушения режима содержания больными, проходящими принудительное лечение (ПЛ) в условиях психиатрического стационара специализированного и общего типа в психиатрической больнице №5 Д.З. г. Москвы, с особенностями их поведения в стационаре было обследовано 47 больных мужчин случайной выборки. Диагноз шизофрения (F-20) во время СПЭК был установлен 41,6% из них, органическое психическое расстройство (F-02/06) – 30,2%, умственная отсталость (F-70,71,73) – в 4,7% случаев. В случае наличия в анамнезе у больных

повторных ООД в хронологическом порядке была проанализирована динамика изменения их тяжести, при этом тенденция к утяжелению не выявлена. Корыстные с насилием и агрессивно-насильственные ООД против личности отмечались в прошлом в 16,3% и 32,6% случаев соответственно, в настоящем – в 27% и 16,3% случаев.

Преморбидные особенности обследованных больных в 37,2% случаев квалифицировались психиатрами как возбудимые и в 37,2% – как эмоционально неустойчивые. Половина пациентов воспитывались до 16 лет в полной семье, 11,6% – с одним из родителей и 7% проживали в детском доме. В случае проживания в семье, в 25,6% отношения с отцом были враждебные, с физическим и моральным насилием со стороны последнего. Сексуальное насилие в детстве было перенесено от чужих лиц в 11,6%. Неоднократное грубое физическое насилие в детстве в виде избиения и истязания испытывало на себе 25,6% больных. У 14% в анамнезе были однократные суицидальные попытки различного генеза. Объекты агрессивных действий пациентов были неоднородны: в 37,2% случаев агрессия была направлена против родственников, в стольких же процентах на ближайшее окружение, почти в 60% на третьих лиц. Так, в 27,9% случаев жертвой ООД был отец, в 11,6% – супруга пациента.

Находясь на ПЛ, в отношении медперсонала и окружающих пациентов 32,6% больных проявляли вербальную агрессию и 18,6% физическую. Четверть пациентов исследуемой группы нарушала режим содержания в первые 6 месяцев пребывания в стационаре, а 37,2% нарушали его в течение всего срока. При этом у 23,3% обследованных преобладали корыстные намерения в отношении дефектных больных, 7% стремились к отрицательному лидерству в среде асоциальных пациентов.

Различающиеся клиничко-социальные предикторы выявлены у пациентов стремящихся к отрицательному лидерству среди дефектных и отдельно среди асоциальных больных, в результате однофакторного и дискриминантного анализов.

Больных, проявивших физическую агрессию в анамнезе, статистически значимо отличали враждебные условия воспитания в семье, аутоагрессия, как средство избегания страдания, агрессивная направленность ООД на отца. Такие пациенты негативно относились к ситуации нахождения на принудительном лечении, к самому лечению и медперсоналу, и среди них не было лиц, стремящихся к лидерству среди асоциальных больных. Пациенты, демонстрировавшие вербальную агрессию в стационаре, в семье воспитывались с гиперопекой, и они чаще привлекались за тяжкие деликты против личности.

Чётко разработанных мер профилактики агрессивного поведения больных в стационаре в известной нам специальной литературе мы не встретили.

### ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Б. А. Казаковцев, Д. А. Малкин, Н. В. Букреев  
(Москва)

Известно, что доля психически больных лиц, совершающих общественно опасные действия (ООД), в общей численности контингента психически больных в процентном выражении практически не отличается от доли лиц, совершающих преступления, в общей популяции. Вместе с тем психически больные лица чаще совершают ООД, которые с точки зрения уголовного законодательства могут оцениваться как преступления, направленные против личности. В целом по стране психически больными лицами совершается 12,6% от общего числа гомицидов.

В связи со значительным вкладом подобного рода ООД в увеличение общих показателей смертности от внешних причин возникает необходимость научного обоснования подходов к повышению эффективности действующей в стране системы профилактики повторных ООД, совершаемых психически больными лицами. В частности, в целях профилактики повторных ООД, относящихся к категории тяжких и особо тяжких, требуется более широкое использования учреждениями, осуществляющими по решению суда стационарное и амбулаторное принудительное лечение, современных технологий оказания психиатрической помощи, включая медикаментозную терапию, психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию.

С использованием анализа социально-демографических, медико-географических, криминологических, клинических, биографических и иных характеристик отделом судебно-психиатрической профилактики ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского проводится изучение факторов риска повторных особо опасных для общества ООД, совершаемых бывшими пациентами психиатрических больниц специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН).

На основе полученных данных предполагается разработать критерии эффективности комплекса профилактических мер, предпринимаемых в процессе взаимодействия федеральных ПБСТИН и региональных стационаров специализированного типа, стационаров общего типа и кабинетов активного диспансерного наблюдения в отношении пациентов, выписываемых из ПБСТИН.

### КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА АКТИВНОМ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

И. А. Кальченко, И. Р. Семин  
(Томск)

На 1 января 2008 года в диспансерном отделении Томской областной клинической психиатрической боль-

ницы на активном диспансерном наблюдении (АДН) находилось 230 пациентов, проживающих в Томске. Это были больные, совершившие общественно опасные действия (ООД) и после признания их невменяемыми прошедшие принудительное стационарное лечение – 98 человек (1 группа), а также взятые на АДН по инициативе врачей диспансера – 132 человека (2 группа).

Соотношение больных мужского и женского пола в 1 и 2 группах больных достоверно различалось: в 1 группе было всего 15,3% пациенток женского пола, а во 2 – 30,3% ( $p < 0,01$ ).

При изучении нозологической структуры психических расстройств у пациентов 1 и 2 групп, было установлено, что 75,7% страдают расстройствами шизофренического спектра (все формы шизофрении и шизоаффективные расстройства), которые составили 79,6% в 1 группе, и 73,5% во 2. Больные с умственной отсталостью (УО) составили 10,2% в 1 группе и 9,8% во 2. Психические расстройства в связи с эпилепсией диагностированы у 9,1% пациентов в 1 группе и у 7,4% во 2. Расстройства личности составили 2,0% в 1 группе и 5,3% во 2. В единичных случаях встречались органическое бредовое и биполярное аффективное расстройство. Более половины (51,0%) пациентов 1 группы не наблюдались психиатрами до совершения ООД, во 2 группе только 1,5% больных не наблюдались психиатрами до постановки на АДН ( $p < 0,001$ ).

Анализ семейного положения психически больных, находящихся на АДН, показал, что в обеих группах преобладали больные, не имеющие собственной семьи: в 1 группе они составили 84,7%, во 2 группе – 85,0%.

Оказалось, что в первой группе более 90%, а во второй более 80% больных имеют группу инвалидности, однако 65,3% в 1 и 72,3% во 2 группе временно или постоянно работают, как правило, без оформления трудовых отношений, что приводит к своеобразной эксплуатации пациентов и увеличивает риск повторных ООД.

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАРАФИЛИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

М. Ю. Каменсков  
(Москва)

Психофизиологический метод диагностики парафилий как способ параклинической верификации клинического диагноза неоднократно рассматривался в литературе [Хавкин А.Ю., 2003; Каменсков М.Ю., 2008]. Вопрос о влиянии психических расстройств, в частности – шизофренического спектра, на результаты тестирования на полиграфе остается открытым. С целью изучения этого аспекта были обследованы 31 человек, страдающих шизофренией и совершивших сексуальные правонарушения. Выделены: 1-ая группа – больные, страдающие шизофренией и имеющие диагноз парафилии, 2-ая группа – больные шизофренией без парафилий. Обследуе-



мым при психофизиологическом тестировании предъявлялись эротические визуальные стимулы. У лиц первой группы отсутствие реакций на стимулы, релевантные парафилии, или же появление реакций на те стимулы, которые не нашли отражения в клинической картине парафилий, обусловлены астеническим дефектом и психопатоподобными состояниями соответственно. У лиц второй группы появление реакций на проверочные стимулы (при учете, что в норме у лиц без парафилий реакции на них должны отсутствовать), оказалось связанным с апатическим и психопатоподобным дефектом, в структуре которых отмечались негативистичность, импульсивность, ригидность, нарушениями внимания; наличием аффективно-параноидного синдрома; явлениями бредовой ипохондрии, сочетающимися с сенестопатиями. Таким образом, при интерпретации данных, полученных в ходе тестирования, необходимо учитывать феноменологические составляющие психического расстройства, которые существенным образом влияют на физиологическую реактивность больного, страдающего шизофренией.

#### **КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА (КСПЭ) ПО ДЕЛАМ О КОМПЕНСАЦИИ МОРАЛЬНОГО ВРЕДА**

Л. Ю. Камнева, Е. Е. Гущина  
(Тамбов)

Потребности и задачи современного правового государства определили появление новых видов комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, среди которых новым является экспертиза по делам о компенсации морального вреда, однако в настоящее время на практике они назначаются крайне редко. Компенсация морального вреда регулируется ст.151 ГК РФ. Гражданский Кодекс РФ под моральным вредом подразумевает физические и нравственные страдания, возникающие, в результате нарушенных личных неимущественных прав гражданина. Предметом КСПЭ по делам о компенсации морального вреда является определение обусловленных физическими и нравственными страданиями нарушений психического состояния пострадавшего лица, а также изменений его индивидуально-психологических, личностных свойств. Основными задачами судебной экспертизы по делам о компенсации морального вреда с участием психологов и психиатров являются: определение психического состояния подэкспертного; установление степени выраженности изменений психического состояния; определение динамических особенностей изменения психического состояния (стойкость или обратимость, длительность); установление причинно-следственной связи между причинением вреда (психотравмирующим воздействием) и возникновением и развитием психического расстройства. Внедрение в практику проведения подобных экспертиз требует

дальнейшей разработки проблемы, учета целостного, комплексного подхода к оценке морального вреда.

#### **ОСОБЕННОСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ЖЕНЩИН С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ АГРЕССИВНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ ПРОТИВ ЛИЧНОСТИ**

М. А. Качаева, В. В. Русина  
(Москва)

Анализ психических расстройств у женщин выявил особую роль послеродового и климактерически-инволюционного периодов, систематического злоупотребления алкоголем в генезе появления или обострения психопатологической симптоматики и декомпенсаций состояний. Наиболее криминогенными являются психопатический и психопатоподобный синдромы в структуре различных нозологических форм. Среди механизмов реализации агрессии у женщин с конституциональными и органическими расстройствами личности преобладал механизм по типу психопатической реакции, также характерный для женщин с синдромом зависимости от алкоголя, усугублявшийся свойственным им морально-этическим снижением, при этом ситуации риска активно создавались самими женщинами. Механизм недостаточного интеллектуального осмысления был ведущим у женщин с умственной отсталостью.

Среди социальных характеристик особую значимость имела отягощенная алкоголизмом родителей наследственность, ведущая к воспитанию женщин в условиях отрицательного микросоциального окружения, хронической психогении, жестокого обращения и насилия, что препятствовало или затрудняло выработку приемлемых форм разрешения интерперсональных конфликтов и способствовало усвоению ими искаженных паттернов поведения; а также асоциальное окружение с криминальным опытом и злоупотреблением ПАВ.

Таким образом, экспертное решение в отношении данного контингента должно выноситься на основе с одной стороны системного подхода к анализу соотношения синдромальных, личностных и ситуационных факторов, а с другой – дифференцированного подхода с учетом специфического для женщин комплекса психогенно травмирующих переживаний.

Исследование поддерживается грантом РГНФ № 10-06-00942а.

#### **АНТРОПОГЕННОЕ ЗАВИСИМОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ**

Ф. В. Кондратьев  
(Москва)

Слово “зомбирование” уже давно стало привычным. Все знают, что оно обозначает, однако ему нередко придается мистический оттенок, что не позволяет ввести его в лек-

сикон научной терминологии. В судебно-психиатрической практике случаи, когда на личность оказывается психологическое воздействие, и она становится зависимой от воли индукторов, довольно много. В состоянии зависимости совершаются опасные действия (в том числе террористические акции шахидов), или же ей причиняется существенный моральный или физический ущерб. В МКБ-10 в рубрике F60.7 приводится феноменология “зависимого расстройства личности”, однако указывается её постоянство и возникновение с детства. Вместе с тем существуют приводящие и временные состояния с феноменологией зависимости. Они достаточно полно описаны у адептов так называемых тоталитарных сект, у которых в условиях внешней социальной изоляции при одновременном постоянном групповом суггестирующем “обожествлении” своего лидера формируется зависимость от его воли по всем признакам F60.7. Все это приводит к искажению смыслового восприятия окружающей действительности, предопределяет искаженное целеполагание с лишением способности как к отдаленному, так и ближайшему прогнозу последствий собственных действий. Важно, что при этом теряется правильное понимание смыслов происходящего, роли и позиции своего Я в нем и, как следствие этого возможность адекватных поведенческих действий. В отличие от перманентных расстройств, данных в рубрике F60.7, временный и обратимый характер аналогичных расстройств, возникающих в результате психологического прессинга, целесообразно называть антропогенной зависимостью и ввести соответствующую рубрику в новую МКБ. Разработка судебно-экспертных оценок этих состояний становится все более актуальной.

**ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ  
ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ПЛ)  
В РОССИИ**

В. П. Котов, М. М. Мальцева, В. Б. Голланд  
(Москва)

Число больных, находящихся на всех видах ПЛ в связи с совершенными ими общественно опасными деяниями (ООД), в России за последние 10 лет увеличилось почти в 1,5 раза (с 16346 больных в 1999 г. до 24186 в 2009 г.). Это увеличение в значительной мере связано с существенным ростом числа дней пребывания психически больных на ПЛ (с 504,7 дня в 1999г. до 771,5 дня в 2009 г., или на 52,9%), а также с накоплением больных на впервые введенном в 1997 г. амбулаторном ПЛ.

На начало 2010 г. стационарное ПЛ проводилось в 112 отделениях специализированного типа (6582 койки), а также на 5440 койках в психиатрических больницах специализированного типа с интенсивным наблюдением (ПБСТИН). Кроме этого, 6,8 тысячи психически больных находилось на ПЛ в психиатрических стационарах общего типа.

В течение последних 10 лет наблюдается выраженное изменение соотношения количества больных, нахо-

дящихся на различных видах ПЛ. Как положительное явление следует оценить значительное увеличение удельного веса больных, находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении (АПНЛ), с 9,8% в 1999 г. до 27,8% в 2009 г., а также на ПЛ в отделениях специализированного типа, с 21,0% в 1999 г. до 25,0% в 2009г. Вместе с тем за этот же период отмечено уменьшение доли больных, находящихся на ПЛ в ПБСТИН (с 29,0% в 1999 г. до 19,0% в 2009 г.) и в психиатрических стационарах общего типа (с 41,1% в 1999г. до 28,2% в 2010 г.).

Начиная с 2006г. проводится сбор достаточно полной информации о ПЛ. Анализ данных, полученных при обработке отчётной формы № 36-ПЛ “Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся на активном диспансерном наблюдении и принудительном лечении в 20\_\_ г.”, в сопоставлении со статистическими показателями судебно-психиатрической экспертизы говорит о том, что в течение последних 4 лет (2006–2009 гг.) число ООД, совершенных психически больными (невменяемыми), остается относительно стабильным (в 2009 г. – 12309). Важным показателем является удельный вес больных поступивших на ПЛ повторно за время болезни. В течение последних четырёх лет этот показатель фактически не менялся (в 2009 г. – 31,0%).

Несмотря на отмеченное увеличение за последние 10 лет продолжительности ПЛ, показатель повторного совершения ООД менее чем через год после прекращения предыдущего ПЛ, увеличился за это время с 4,2% (от числа больных, которым в течение года было судом прекращено ПЛ) в 1999 г. до 7,3% в 2009 г. или на 3,1 пункта, что говорит о необходимости более активного диспансерного наблюдения за больными окончившими ПЛ.

**РАССОГЛАСОВАНИЯ В ОЦЕНКАХ  
ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ  
СИМПТОМОВ ЧЛЕНАМИ  
ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ,  
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ПРИНУДИТЕЛЬНОЕ  
ЛЕЧЕНИЕ**

М. А. Котова, Т. А. Кабанова  
(Орел, Москва)

Понимание причин рассогласования в оценках одной и той же феноменологии на примере одних и тех же больных специалистами, занятыми в реабилитационном процессе представляется крайне важным. Определение вклада специальных знаний, опыта работы, личностных особенностей профессионалов в точность диагностики позволит корректировать профессиональные суждения и в отношении степени опасности больных, и в отношении необходимых терапевтических и психокоррекционных вмешательств.

Психологами и психиатрами, работающими в одном реабилитационном отделении были заполнены разделы

но проверочные листы в отношении 40 испытуемых (20 больных шизофренией и 20 – с органическим расстройством личности сложного генеза), находящихся на принудительном лечении в Орловской ПБСТИН.

В оценке больных шизофренией наименьшие расхождения между психиатрами и психологами были в отношении степени выраженности замкнутости и соматических проблем. По остальным шкалам – у психиатров наблюдалась тенденция оценивать выраженность имеющихся проблем выше, чем это делали психологи. При этом среднее расхождение при оценке тревожности было 4,4 балла, а при оценке агрессии – 15,7. При описании большинства больных органическим расстройством личности психологи оценивали выше, чем психиатры уровень имеющихся проблем у пациентов. Наибольшее расхождение, как по модулю, так и по валентности (переоценка и недооценка) были по шкале агрессия, среднее расхождение равнялось 6 баллам.

Таким образом, наибольшие расхождения в оценках вне зависимости от нозологической принадлежности больных были выявлены в отношении шкал “Агрессивное поведение” и “Проблемы со вниманием”. Больше количество рассогласований и по частоте и по модулю отмечалось при оценке больных шизофренией. В то же время, психологи были склонны оценивать имеющиеся эмоциональные и поведенческие проблемы у больных с органическим психическим расстройством как более выраженные, нежели это “видели” психиатры.

### **ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В НЕДОБРОВОЛЬНОМ ПОРЯДКЕ**

Н. Е. Кравченко, С. А. Зикеев  
(Москва)

Изучен 91 случай недобровольной госпитализации подростков с психотическими (49–53,8%) и непсихотическими (42–46,2%) психическими нарушениями. Основным поводом вызова бригад “скорой психиатрической помощи” (СПП) явились ауто и гетероагрессивные проявления (62–68,1%), на втором месте (23–25,3%) – бредовое неагрессивное поведение, обусловленное психотическим состоянием, только 6,6% вызовов определялись другими причинами (бродяжничество и побеги из дома, острый нейрорепитический синдром, состояние опьянения). При непсихотической психической патологии в большинстве случаев (88,1%) именно ауто и гетероагрессия являлись главным основанием для неотложной госпитализации, при этом среди девушек доминировали суицидальные попытки и поведение (70,4%), а среди юношей – гетероагрессия (73,3%). На фоне психотических расстройств агрессия и неагрессивное бредовое поведение как причина вызова СПП и последующей насильственной госпитализации распределялись примерно поровну (53,1% и 46,9% соответственно). Причем для

юношей характерными также являлись гетероагрессивные расстройства, а для девушек – аутоагрессивное поведение. Таким образом, у подростков с психической патологией ведущими поводами для вызова СПП и последующей недобровольной госпитализации оказываются наблюдающиеся как на фоне психотических, так и непсихотических расстройств аутоагрессивные (чаще у девушек) и гетероагрессивные (чаще у юношей) нарушения поведения, зачастую социально обусловленные, что, по-видимому, объясняется влиянием возраста: нестабильностью эмоционального фона, несформированностью зрелых механизмов контроля над импульсами, чувствительностью к воздействию социальных факторов и выраженной зависимостью психологического состояния от социально-средовых влияний.

### **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНТЕГРАЦИИ И ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ КОМПЛЕКСНЫХ СУДЕБНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ**

И. А. Кудрявцев  
(Москва)

Законодательство РФ определяет две основные модели процессуального существования и производства КСППЭ: 1) комплексно-интегративную (“Федеральный закон “О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации”, ст.82 ГПК РФ) и 2) комплексно-кооперативную (ст.201 УПК РФ).

Комплексно-интегративная модель КСППЭ предполагает формулирование интегративных экспертных выводов – результат разной полноты конвергенции специальных познаний экспертов. Методологической основой такой интеграции является наличие между комплекслируемыми базовыми науками области междисциплинарных знаний, допускающей взаимное использование методологических принципов, теоретических положений, методов исследования, терминологического и понятийного аппаратов.

Учёта одного лишь этого объективного фактора (условия), связанного с уровнем развития объединяемых базовых экспертных наук, недостаточно. Формулирование интегративных выводов возможно лишь при достаточном объеме междисциплинарных знаний у экспертов, выполняющих совместную оценку и обобщение результатов, полученных представителями различных экспертных наук. Другими словами, реализация интегративной модели в равной мере определяется содержанием субъективного фактора – полнотой и качеством личной компетенции экспертов, участвующих в КСППЭ.

**Комплексно-кооперативная модель** КСППЭ предполагает, что эксперты разных специальностей участвуют в совместном обсуждении, сопоставлении и взаимной оценке однородных экспертных выводов, самостоятельно сделанных представителями каждой из кооперируемых научных дисциплин, добиваясь их непротиворечивости и взаимной дополнительности. Данная модель

предъявляет менее строгие требования к личной компетенции экспертов. В связи с этим, несмотря на проигрыш в качестве, она более распространена на практике. Расширение числа самых эффективных инновационных комплексно-интегративных экспертных решений требует межведомственного урегулирования вопроса о формах повышения экспертной квалификации и специальной сертификации лиц с расширенной личной экспертной компетенцией, дающей право на производство наиболее эффективных комплексно-интегративных КСППЭ.

**ДИНАМИКА НЕГАТИВНЫХ И ПРОДУКТИВНЫХ  
РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ  
ШИЗОФРЕНИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ  
ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА**

**А. Д. Линчук**  
(Иркутск)

Проведен анализ психопатологического состояния 199 больных, находящихся на принудительном лечении в отделениях специализированного типа, в т.ч. с диагнозами: шизофрения – 72 (36,5%) больных; органическое поражение головного мозга и ЦНС – 48 (24,4%); умственная отсталость – 59 (29,9%); расстройство адаптации – 20 (10,2%) больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры негативных расстройств у 30 больных параноидной шизофренией клинико-психопатологическим методом.

Во всех случаях продуктивными расстройствами на этапе манифестации были бредовые идеи различного содержания, идеаторные автоматизмы в рамках параноидного и аффективно-параноидного синдромов. Доля психотических состояний убывала по мере нарастания кратности ООД.

Изучена структура негативных расстройств, проявляющихся в снижении психической активности, уплощении аффекта, апатией, абулией, пассивно-апатической социальной отгороженностью, сужением круга интересов и когнитивными нарушениями. Аффективные нарушения депрессивного характера маскируют истинный объем негативных расстройств. Анализ динамики психического состояния в процессе психофармакологических, психокоррекционных и психосоциальных воздействий показал, что у больных выявлены особенности динамики заболевания и позволили выделить: 1. Формируется устойчивая терапевтическая психопатоподобная ремиссия. 2. Изменения эмоционально-волевой и интеллектуально-мнестической составляющей личности формирует псевдоорганический дефект, проявляющийся угасанием эмоциональных реакций, равнодушием, безразличием к окружающему, парадоксальностью, неадекватностью эмоциональных реакций. 3. Неустойчивость социальной адаптации.

**ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ  
В СУДЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ**

**Н. Е. Лысенко**  
(Москва)

Преимущества использования психофизиологического подхода в рамках психологического исследования в судебной экспертизе могут заключаться в его большей объективности, которая обусловлена трудностью произвольного контроля физиологических реакций.

Современный уровень развития психофизиологии и психологии индивидуальных различий позволяет дифференцированно выявлять личностные особенности, и их механизмы, на основании которых можно делать адекватные прогнозы поведения.

Согласно Закону о государственной экспертизе эксперт может применять методы, которые не несут вреда подэкспертному и не ограничивают его свобод как гражданина РФ, позволяющие проводить исследование объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности (см. ст.ст.8 и 35 ФЗ№73).

Целью настоящего исследования является создание адекватного задачам судебно-психологической экспертизы инструмента диагностики индивидуально-психологических особенностей и predispositions тех или иных форм поведения. В рамках исследования производится измерение фоновых показателей, таких как сердечный ритм, артериальное давление и реактивность сердечного ритма. Мы сознательно избегаем регистрации физиологических показателей с помощью полиграфа, потому что по нашему мнению психологу-эксперту следует применять простые методы, не требующие серьезной технической подготовки и доступные легкой интерпретации.

Исследование позволит выделить психофизиологические характеристики лиц, подвергающихся судебной психолого-психиатрической экспертизе, а также определить наиболее информативные и простые в применении методы, адекватные задачам судебно-психологической экспертизы.

**ПРОБЛЕМНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ  
ВОПРОСЫ СТАЦИОНАРНОЙ СУДЕБНО-  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ СЛУЖБЫ**

**Е. В. Макушкин, А. Р. Мохонько**  
(Москва)

Основополагающие нормы организации государственных судебно-экспертных учреждений (СЭУ) содержатся в Федеральном законе "О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ". В соответствии с требованиями ст. 11 этого Закона функции государственных СЭУ в судебной психиатрии возлагаются на специализированные отделения судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) психиатрических учреждений (ПУ) субъектов РФ, наличие которых дает право ПУ на получение лицензии на производство судебно-психиатрической экспертной деятельности.

К настоящему времени амбулаторные отделения СПЭ развернуты и осуществляют деятельность во всех субъектах РФ. Что касается стационарных освидетельствований, возможность их производства также должна быть обеспечена во всех регионах. Однако, по данным на 01.01.10 г., стационарные отделения организованы только в 56 территориях. С учетом недофинансирования в последние годы крайне осложнилась деятельность стационарных отделений СПЭ для лиц, содержащихся под стражей ("стражных" отделений), функционирующих лишь в 33 субъектах РФ. Существует также проблема недостаточной урегулированности вопросов организации охраны и обеспечения безопасности указанных отделений СПЭ. Эти вопросы на местах остаются нерешенными, хотя законодательные основы для их решения имеются (ч.1 ст.33 Закона). В Федеральном законе охрана и обеспечение безопасности "стражных" отделений должны обеспечиваться теми органами, на которые возложено обеспечение безопасности и охрана мест содержания под стражей. В последние годы, несмотря на большую потребность в стационарной СПЭ для лиц, содержащихся под стражей, не открылось ни одно "стражное" отделение. В настоящее время в течение 3-х лет пустуют целенаправленно построенные для проведения стационарной СПЭ корпуса в Тюменской и Пензенской областях. Более того, нерешенность вопросов охраны "стражных" отделений привела к их закрытию в Воронежской, Ростовской и Томской областях. Под угрозой закрытия указанных отделений в Оренбургской, Волгоградской и Костромской областях. Уже сейчас сложившаяся ситуация создает серьезные трудности в первую очередь в деятельности органов следствия и суда.

Из функционирующих 33 "стражных" отделений 7 расположены на территории следственных изоляторов, что является вынужденным нарушением действующего законодательства.

12 "стражных" отделений функционируют в качестве межобластных. Опыт их работы оправдал свое название – осуществление стационарной СПЭ лицам, содержащимся под стражей, в т.ч. для территорий, где соответствующих условий нет. Учитывая актуальность этой проблемы, Центр им. В.П. Сербского подготовил и направил в Минздравсоцразвития России проект соответствующего Приказа, направленного на урегулирование межрегиональных организационных проблем СПЭ.

Учитывая остроту и государственную значимость проблемы организации стационарной судебно-психиатрической экспертной службы, требуется безотлагательное рассмотрение и разрешение этого вопроса не только на межведомственном, но и на государственном уровне. Мониторинг судебно-психиатрической экспертной деятельности в ГНЦССП им. В.П.Сербского осуществляется системно и непрерывно.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА ОСУЖДЕННЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В СТАЦИОНАРНОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Д. А. Малкин

(Москва)

Обследовано 160 осужденных женщин и мужчин, проходивших стационарное лечение в психиатрической больнице уголовно-исполнительной системы. Для всех обследуемых было характерно: низкий преморбидный семейный социальный статус, отягощенная алкоголизмом и наркоманией наследственность, недостаток профессионализации, неблагоприятный личный семейный и трудовой анамнез, многочисленные соматические вредности (травмы, хроническая интоксикация ПАВ, нерациональный питательный рацион и т.д.). Для контингента осужденных женщин было характерно: осуждение за преступления против личности, подростковый или молодой возраст, проживание в сельской местности, отягощенная психическими расстройствами наследственность, неоднократные аутоагрессивные действия в течение жизни, попадание в места лишения свободы и психиатрическую больницу впервые, дезадаптация в исправительном учреждении с самого начала отбывания наказания, агрессивные действия по отношению к другим осужденным и сотрудникам учреждения, нанесение себе самопорезов и попытки удушения, что чаще всего является поводом для стационарирования в ПБ, отсутствие самообращения за помощью, более длительные сроки госпитализации в ПБ (почти на треть) по сравнению с мужчинами, преобладание расстройств личности (чаще истеро-возбудимых) над органическими психическими расстройствами, и непсихотических состояний над психотическими по сравнению с мужчинами. Для контингента осужденных мужчин было характерно: осуждение за имущественные преступления, наличие длительных и особо длительных сроков лишения свободы, повторность и неоднократность привлечения к уголовной ответственности и отбывания наказания, наличие криминального опыта, проживание в городе, низкий микросоциальный статус в криминальной субкультуре, аутоагрессивные действия в исправительном учреждении в виде нанесения самопорезов и объявления голодовок, шантажное поведение и оппозиция действиям администрации исправительного учреждения, чаще самообращение к психиатру за помощью, повторность госпитализаций в ПБ, преобладание органических психических расстройств над расстройствами личности, преобладание эндоформной симптоматики в психогенных расстройствах, и психотических состояний над непсихотическими по сравнению с женщинами.

**ЗНАЧЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ  
ДИАГНОСТИКИ ПРИ СУДЕБНО-  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ДЕМЕНЦИЙ  
ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

И. П. Мамонова, Л. Е. Пищикова, Н. В. Дьякова  
(Москва)

Нарастание в группе лиц пожилого и старческого возраста полиморбидной, в том числе и психической патологии, обуславливает их дезадаптивное поведение, способствует уязвимости и виктимности в различных юридически значимых ситуациях. Это приводит к увеличению числа проводимых в отношении них судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), как в уголовном, так и в гражданском процессе. При этом юридически значимый период (совершение общественно опасного деяния, заключение сделки, оформление завещания и т.д.) и СПЭ могут быть разделены длительным интервалом времени, в течение которого психическое состояние пожилого подэкспертного может претерпеть отрицательную динамику. Это может быть связано с влиянием различных социальных, биологических, соматоневрологических, ситуационных психотравмирующих факторов декомпенсации (в том числе и проведения СПЭ). Объективное и профессиональное отражение психического состояния пожилого человека специалистами неврологами на доэкспертном этапе в медицинской документации (карты поликлиник, стационаров) может иметь для последующей СПЭ определяющее значение. Однако вопрос о возможности участия невролога в диагностике и лечении психических расстройств, в том числе и деменций позднего возраста, в настоящее время трактуется неоднозначно. Согласно Закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 2 июля 1992г. (ст. 20 ч.2) “установление диагноза психического заболевания... является исключительным правом врача-психиатра.”. В соответствии с ч.3 Закона “заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер...” Следовательно, врач невролог не лишается права на “предварительную” диагностику психического расстройства, с учетом установления психиатром впоследствии “окончательного” диагноза. Кроме этого, класс G00-G99 МКБ-10 “Болезни нервной системы” также позволяет неврологам оценить психические расстройства (например состояния деменции), возникающие при различных сосудистых и дегенеративных заболеваниях. При этом описание психического состояния (высших психических функций), является не только компетенцией врача невролога, но и входит в обязательную стандартную схему обследования неврологического пациента. Таким образом, междисциплинарное взаимодействие неврологов и психиатров в выявлении психической патологии позднего возраста на превентивном (доэкспертном) этапе необходимо для своевременного диагностирования и лечения ослабляющих процессов, а также дачи достоверного и доказательного экспертного заключения.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ АФФЕКТА У  
ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ,  
НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИМИ ВМЕНЯЕМОСТИ**

М. В. Морозова, О. Ф. Савина  
(Москва)

В последние годы наблюдается гиподиагностика аффекта. Одной из причин такого положения является сложность квалификации состояния аффекта у лиц с психическими расстройствами, которым не диагностируется аффект, поскольку динамика их деятельности и протекания эмоциональных реакций в момент криминала отличается от традиционной. Анализ экспертной практики позволяет выделить следующие типы видоизмененного течения аффекта и трансформации его феноменологии в зависимости от патологической почвы субъекта деликта. У лиц с изменениями в структуре психической деятельности “эпилептоидного спектра” отмечаются: брутальность агрессивных действий, повышенное моторное возбуждение, множественные стереотипии в момент аффективного пика; пролонгированность стадии взрыва, а иногда и ее двухфазность; глубокие нарушения восприятия и сознания, выраженная амнезия, захватывающая не только момент криминала, но предшествующие и последующие события. Постаффективная стадия характеризуется отсроченным возникновением психической и физической астении либо, наоборот, глубокими истощением и сном. У подэкспертных с наличием возбудимого радикала наблюдаются как разрядки возбуждения по типу аффекта на незначительную фрустрацию, так и кумулятивные механизмы развития преаффективной фазы, при этом в момент взрыва дизрегуляция деятельности более выражена, чем у психической нормы, а возбуждение сохраняется и в постаффективный период. У лиц с последствиями боевого ПТСР возможна сложная организация деятельности в момент аффективного взрыва со сменой действий и эффекты мобилизации в постаффективной фазе, что определяется сформированными у них автоматизмами.

Таким образом, при экспертной оценке эмоционального состояния в момент деликта необходимо учитывать наличие патологической почвы и ее специфику.

**К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ОБЩЕСТВЕННО  
ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ПСИХИЧЕСКИ  
БОЛЬНЫХ**

А. Р. Мохонько, Л. А. Муганцева  
(Москва)

Общий объем экспертной работы, выполненный судебно-психиатрическими экспертными учреждениями (СПЭУ) РФ, составил в 2009 г. почти 190 тыс. освидетельствований, в том числе 136,7 тыс. по уголовным делам (75,1%). Из числа лиц, привлеченных к уголовной ответственности, на судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) в 2009 г. направлено 10,3%. Значение этого показателя с 2004 г. достаточно стабильно (9,6–10,3%).

За 10-летний период общее число лиц, направленных на СПЭ в связи с совершением правонарушений, снизилось. В значительной степени это связано с уменьшением числа лиц, привлекаемых к уголовной ответственности. Следует отметить, что отмечаемое снижение на 7,5% направленных на СПЭ подэкспертных связано только с уменьшением на 23,3% психически здоровых лиц. Число лиц с психическими расстройствами за этот же период увеличилось на 9,7% и составило 90 тыс. (65,6%): у каждого третьего (33,9%) диагностирована умственная отсталость, у каждого четвертого (26,1%) – органические психические расстройства, у 6,2% – шизофрения, у 10,8% – алкоголизм и наркомания.

Соотношение числа направленных на СПЭ лиц с психическими расстройствами с числом зарегистрированных больных в ПНД с 2005 г. достаточно стабильно (12,9–13,3 подэкспертных с психическими расстройствами на 1000 зарегистрированных в ПНД). Наиболее высок этот показатель у лиц с умственной отсталостью – 32,0 на 1000 состоящих на учете.

Невменяемыми были признаны 11740 подэкспертных (8,6% из числа прошедших СПЭ). Из числа лиц, привлеченных к уголовной ответственности, невменяемые составили 1%. Значение данного показателя стабильно с 2004 г. (0,9–1,1%).

Нозологический состав невменяемых: больные шизофренией составили 42,3%, лица с умственной отсталостью – 29,0%, с органическими психическими расстройствами – 22,9%. На 1000 зарегистрированных больных шизофренией невменяемые составили 8,7, по другим нозологическим формам (органические психические расстройства, умственная отсталость) значение этого показателя значительно ниже (соответственно 1,9 и 3,6).

Состав невменяемых по характеру общественно опасных действий: 41,7% – имущественные правонарушения, 17,9% тяжкие правонарушения (убийства, тяжкие телесные повреждения), 16,6% – хулиганские действия, 2,5% – сексуальные правонарушения. Сопоставление числа лиц, привлеченных к уголовной ответственности, с признанными невменяемыми: 39,0% составили невменяемые из числа привлеченных к уголовной ответственности за хулиганские действия; 12,0% из числа совершивших тяжкие правонарушения, 4,9% – из числа совершивших сексуальные правонарушения, только 1,3% составили невменяемые из числа привлеченных к уголовной ответственности за совершение имущественных правонарушений.

Показатели деятельности СПЭУ свидетельствуют об определенной стабильности ее работы в целом по РФ: направление на СПЭ, вид проведения освидетельствований, характер экспертных решений. Однако по отдельным регионам остаются значительные экспертно-диагностические расхождения при вынесении экспертных заключений, что требует специального анализа.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ**

А. Р. Назырова

(Санкт-Петербург)

Стационарное принудительное лечение проводится для больных, совершивших общественно-опасные деяния, по определению суда, и представляющих особую опасность для общества, и нуждающихся в больничном содержании и лечении в условиях строгого наблюдения. Изучение психосоциальных факторов адаптации больных, проходящих принудительное лечение, является важной научной задачей, решение которой может способствовать лучшей адаптации таких пациентов в условиях принудительного лечения, а также их последующей ресоциализации после выписки.

Институтом им. В.М. Бехтерева совместно с Санкт-Петербургская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением (главный врач В.Д. Стяжкин) начато комплексное исследование адаптивного поведения больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении, с учетом биопсихосоциальных факторов определяющих структуру и степень их социальной адаптации.

Проведенное исследование будет способствовать прогнозу адаптации больных в условиях принудительного лечения, а также позволит разработать программы их дифференцированной реабилитации, психотерапии и психологической интервенции. Кроме того изучение адаптации пациентов с параноидной формой шизофрении к условиям принудительного лечения внесет свой вклад, как в проблему исследования адаптации человека, так и в систему представлений о механизмах защитно-совладающего (приспособительного) поведения пациентов пеницициарного учреждения.

Полученные предварительные данные показывают, что у изучаемых больных наблюдается несколько типов адаптации в условиях стационарного лечения, которые определяются сочетанием ведущих видов психологических защит, копинг-стратегий, особенности жизнестойкости, агрессивности и тревожности, что определяет различные стратегии психологической поддержки и психотерапии.

## **КОМПЛЕКСНАЯ СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПО СЕЙЕЙНЫМ СПОРАМ О ВОСПИТАНИИ ИЛИ МЕСТЕ ПРОЖИВАНИЯ РЕБЕНКА ПРИ РАЗДЕЛЬНОМ ПРОЖИВАНИИ РОДИТЕЛЕЙ**

С. И. Низкин, Е. Ю. Казакова, Н. А. Белевитина

(Тамбов)

В настоящее время в нашей области, так же как и в целом по РФ, наблюдается увеличение гражданских экс-

пертиз по делам об определении места жительства ребенка и условий его воспитания при разводе родителей. Так, в Тамбовской психиатрической больнице в 2009 году подобного рода дел было 7% от общего количества экспертиз по гражданским делам. Трудности при проведении нами подобных экспертиз заключались в основном, в том, что экспертные вопросы ставились только в отношении детей, родителям экспертиза не назначалась. Однако, в таких семьях нарушаются внутрисемейные коммуникативные отношения и бывшие супруги не могут самостоятельно и адекватно выйти из создавшейся ситуации, что и служит причиной обращения в суд. Поэтому, в половине случаев эксперты, проявляя инициативу, обращались в судебные органы с ходатайством о назначении экспертизы и в отношении родителей. Одной из главной задач исследования ребенка в рамках данной экспертизы, является оценка его психологического отношения к каждому из родителей. Такая необходимость обусловлена тем, что при передаче ребенка на воспитание к родителю, которого он отвергает, так и отказ ему в праве на воспитание тем родителем, к которому он привязан, могут оказать серьезное психотравмирующее воздействие в любом возрасте. Поэтому, задачей экспертизы является установление комплекса клинично-психологических особенностей родителей и ребенка, их поведение, их взаимоотношения, на основе анализа которых и получается целостная психологическая картина семейной ситуации. Таким образом, заключение комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по делам о спорах между раздельно проживающими родителями о месте жительства детей может выступать прямым доказательством по делу и оценивается судом при разрешении спора в совокупности с другими доказательствами.

#### **ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО СОЗНАНИЯ ЛИЦ, СОВЕРШИВШИХ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПЛЕНИЯ**

М. В. Новикова-Грунд, Д. К. Саламова  
(Москва)

Одним из психологических методов исследования индивидуальной семантики субъекта является текстовая методика (ТМ), предложенная М.В. Новиковой-Грунд (2006).

Субъекту предлагается написать небольшой связный текст на специально выбранную тему, а сама тема формулируется по нескольким правилам. После этого, человеку предлагается представить своего антипода, и написать текст на ту же самую тему от лица антипода. Создавая образ своего антипода, автор обращается к собственному опыту и к собственным представлениям о себе и выбирает наиболее значимые собственные черты. Таким образом, в ТМ содержится провокация к представлению об образе другого, как о подобном себе.

В конфликте, прямо или косвенно задающем структуру текста в текстовой методике, выявляются одни и те же составляющие – экзистенциальные проблемы смерти, одиночества, свободы и идентичности.

Использование текстовой методике для исследования лиц, совершивших сексуальные деликты, представляется актуальным. В качестве ключевых объектов исследования с помощью ТМ выбираются образ Я, образ другого и их взаимодействие в картине мира и место деликта в этой картине мира. С высокой степенью достоверности можно выделить сюжетные схемы, характерные для рассказов лиц с разными вариантами парафилий или лиц, совершивших сексуальные деликты, но без диагностированной парафилии. Можно получить информацию о том, как во внутренней картине отражены базовые смыслы: невозможность принять прошлое, настоящее или будущее, или восприятие себя как пассивной фигуры, которой манипулируют другие люди, или ощущение своего “несуществования”, или представление о себе только как о части группы, или уверенность в том, что другие люди вообще не существуют, или переживание себя отделенным от других, или чувствование угрозы, исходящей изнутри или снаружи.

#### **ЗАВИСИМОСТЬ ВЫЯВЛЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С НАЛИЧИЕМ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ПОДВЕРЖЕННЫХ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ**

И. С. Петрова  
(Иркутск)

Задача: изучение видов суицидального поведения с выявленными психическими расстройствами у подэкспертных в условиях амбулаторного отделения судебно – психиатрической экспертизы (СПЭ).

Метод: клинично-психопатологический в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния и экспериментально-психологического исследования (“пиктограмма”, тест Эббингауза, тест Розенцвейга, ММРІ, субтест Векслера).

Результаты: в течение последних 6 месяцев обследовано 150 подэкспертных. Из них 134 мужчин и 16 женщин в возрасте от 16 до 56 лет в условиях амбулаторного отделения СПЭ. В ходе обследования было выявлено 33 чел. с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа, 20 – первичным органическим расстройством личности, 17 чел. – с легкой умственной отсталостью, 16 – вторичным органическим расстройством личности, 7 чел. – с чертами эмоционально-волевой неустойчивости в рамках личностных особенностей, 4 – социализированным расстройством поведения, 4 чел. – с наркотической зависимостью от опиоидов, 3 – легким когнитивным расстройством, 2 чел. – с алкогольной зависимостью, 1 чел. – с органическим эмоционально-лабильным расстройством, 1 – с шубооб-



разной параноидной шизофренией в стадии ремиссии, 42 чел. оказались психически здоровыми. Из этих же подэкспертных было обследовано 24 чел. с различными вариантами суицидального поведения: демонстративно-шантажный суицид – нанесение самопорезов в область предплечья острым предметом (14 чел. с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа, 2 – первичным органическим расстройством личности, 1 чел. с легкой умственной отсталостью и 4, которые были признаны психически здоровыми); действия, имеющие цель намеренного прекращения жизни отмечены у 1 чел. с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа и 1 – психически здорового; 1 чел. с наркотической зависимостью от опиоидов совершил аутоагрессивные действия, не связанные с суицидальным поведением.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало, что суицидальное поведение среди подэкспертных, обследуемых в условиях амбулаторного отделения СПЭ, более характерно для лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа. При этом преобладал демонстративно-шантажный вариант суицида.

#### **ОСОБЕННОСТИ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ**

Л. Е. Пищикова, И. П. Мамонова, Н. В. Дьякова  
(Москва)

Социальные аспекты жизни лиц пожилого и старческого возраста часто ставят их в роль подэкспертных в гражданском и уголовном процессах (делкоспособность при купле-продаже недвижимости, оформлении договоров дарения и завещаний, различные противоправные действия). Основной задачей экспертной оценки лиц пожилого и старческого возраста является определение степени выраженности психических нарушений для определения способности подэкспертного в юридически значимый период понимать значение своих действий и руководить ими. В ГНЦССП им. В.П. Сербского проводятся как экспертизы живых лиц данной категории, так и посмертные экспертизы. При этом следует подчеркнуть роль качества записи врачей в медицинской документации, осуществляющих диагностику, наблюдение и лечение лиц пожилого и старческого возраста. Особое значение при этом имеют сведения о когнитивных нарушениях, дающие возможность врачу-эксперту однозначно оценить способность подэкспертного понимать и оценивать свои действия. Следует учитывать, что у этих пациентов в качестве наблюдающих и лечащих врачей выступают врачи-терапевты, неврологи в качестве периодических консультантов, и очень редко психиатры. Именно к врачам-неврологам пожилые пациенты обращаются с жалобами на ослабление памяти, нарушение

сна, снижение настроения. Депрессивные состояния у данной категории лиц требуют как медикаментозной коррекции, так и психотерапевтических бесед у психотерапевта или психолога, так как эти состояния изменяют когнитивные функции в худшую сторону. Консультативная запись невролога должна кроме двигательных нарушений обязательно содержать оценку высших психических функций (сведения о нарушениях памяти, речи; возможность ориентироваться в личности, времени, местонахождении; нарушения внимания; возможность понимать обращенную речь, прочитанную и понять прочитанный текст самим пожилым человеком, или понять прочитанный ему вслух текст и т.д.). При необходимости в рамках общепринятого описания высших психических функций необходимо привлечение психолога и использование дополнительного тестирования для уточнения глубины когнитивного дефекта. Эти данные важны при проведении экспертизы живых лиц, так как время юридически значимого периода и экспертизы могут быть разделены месяцами и годами, в течение которых состояние пациента может претерпеть как положительную, так и отрицательную динамику. Особенно важны записи о когнитивных нарушениях при посмертных экспертизах, так как именно на их основе эксперт может сделать вывод о делкоспособности подэкспертного. Крайне важно ввести в правило оформления различных сделок оценку психического состояния пожилого человека не только нотариусом в день сделки, а именно врачом, что должно сопровождаться записью в первичной медицинской документации. Так как в случае судебных претензий наследников возникает множество свидетелей, поддерживающих различные стороны и оценивающие человека как “ничего не понимающего”, так и “понимающего все”.

#### **АНАЛИЗ ТРУДОЗАТРАТ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АМБУЛАТОРНЫХ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ГРАЖДАНСКИМ ДЕЛАМ В ОТНОШЕНИИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Б. Е. Потемкин, М. В. Жмудь, В. С. Ленская,  
А. П. Сиденкова  
(Екатеринбург)

Особенностью судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе является высокая доля граждан старше 60 лет среди всего контингента подэкспертных. С целью стандартизации и рационализации работы экспертной службы проведено исследование трудозатрат судебно-психиатрических экспертов при проведении амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам за период 2008 года, проведен хронометраж рабочего времени экспертов с учетом протокола ведения больных при СПЭ. Методом случайной выборки

была составлена группа из 100 подэкспертных, лица старше 60 лет были представлены в 65% анализированных случаев. Среди очных экспертиз граждане старше 60 лет составили 45%, их доля при проведении экспертиз для решения вопросов сделкоспособности – 57%. При проведении заочных и посмертных экспертиз более 90% составляли подэкспертные пожилого возраста. По всей совокупности выборки выявлено, что достоверно большие ( $p < 0,05$ ) временные затраты были присущи “Однородной очной повторной амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе”, “Комплексной очной повторной судебной психолого-психиатрической экспертизе по делу о признании сделок и иных юридических действий недействительными”, “Заочной (посмертной) судебно-психиатрической экспертизе по делу о признании сделок и иных юридических действий недействительными”. При проведении экспертиз в отношении граждан старших возрастных групп достоверно большие временные затраты приходились на работы, связанные с подготовкой к работе комиссии: изучение материалов дела и их анализ врачом докладчиком, изучение медицинских документов и их анализ докладчиком. При этом временные затраты непосредственно в процессе работы комиссии экспертов были достоверно ниже. Таким образом, при выполнении различных видов амбулаторных экспертиз имелись различия в структуре трудозатрат экспертов, качество ведения медицинской документации, знания эксперта в области геронтопсихиатрии играли решающее значение при вынесении заключения.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТНОЙ  
ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ  
У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ  
НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ  
ОПАСНЫХ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ  
СРЕДЫ**

Г. М. Румянцева, О. В. Чинкина  
(Москва)

Современный этап развития постиндустриального общества отличается возникновением новых видов угроз здоровью человека и такого рода модификацией относительно уже известных, адаптация к которым крайне затруднена. К ним можно отнести: угрозу возникновения эпидемий ранее неизвестных инфекций; терроризм с использованием средств массового поражения от ионизирующей радиации до воздействий другой физической природы, химического и бактериологического факторов; техногенные аварии, локальные войны или стихийное разрушение потенциально опасных объектов с высвобождением указанных факторов. Во всех случаях происходит потеря контроля над опасностью, которую создал сам человек.

Эти угрозы обладают свойствами, благодаря которым отрицательные последствия для психического здоровья вовлеченных и нанесенный ущерб могут во много раз

перекрывать по глубине и массовому охвату пострадавших собственно биологическое действие. При этом сами психические расстройства у пострадавших всегда являются результатом одновременного воздействия внешней вредности и психогенного пути развития, соотношение которых определяется характеристиками конкретного экстремального события.

Своевременное и научно-обоснованное определение статуса пострадавшего и адекватная помощь предполагают экспертное решение вопроса о связи развившихся заболеваний с факторами имевшего место воздействия и оценку нанесенного вреда. При этом существенным является разграничение вреда здоровью и морального вреда.

Существует мнение, согласно которому к моральному вреду относятся психические изменения как непатологического характера, так и болезненные психические нарушения пограничного круга и даже тяжелые психические расстройства. Такая позиция не может считаться адекватной, поскольку в основе психических нарушений всегда лежат функциональные или органические изменения органов и систем, и, следовательно, психические расстройства – это всегда вред здоровью.

В указанных случаях возникает необходимость в комплексном экологическом психолого-психиатрическом исследовании, которое предполагает наличие у экспертов психиатров и психологов знаний биологических эффектов вредных факторов и отличительных особенностей развивающихся психических расстройств, что требует создания для них специальных образовательных программ.

**ПСИХОТЕРАПИЯ И СУДЕБНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА  
КАК ПСИХОТЕХНИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ**

Ф. С. Сафуанов  
(Москва)

На современном этапе можно выделить две тенденции развития профессиональной деятельности медицинских психологов. Во-первых – повсеместное внедрение психологии в практику: психология становится необходимым звеном лечебно-реабилитационного процесса. Во-вторых, медицинская психология дифференцируется по сферам приложения в практике: в России даже на уровне ведомственной регуляции выделены два направления более узкой специализации – психотерапия и судебная экспертиза. С позиций системного подхода, реализующегося во взаимопроникновении науки и практики, можно выделить три дискурса. Академическая психология метафорически символизирует “дискурс истины”, практическая психология – “дискурс благодеяния”. Вне поля внимания исследователей часто остается так называемый “профанный дискурс”, воплощающий потребности заказчика психологических услуг – от нужд государственных разветвленных структур до проблем

одиноким пациентом. С точки зрения потребителя психологических услуг, он сталкивается с многообразием “экспертных” в широком смысле слова знаний. И философия, и религия, и наука, и медицина, и практики, основанные на прагматическом мышлении, и практическая мудрость обывателя – все они равноправно ответственны за разрешение экзистенциальных проблем человека.

“Классическая” наука противопоставляет субъекта и объект познания. В судебной экспертизе и в психотерапии сегодня объектом исследования начинает выступать не только и не столько психика человека, сколько средства взаимодействия с психикой – от экспертной диагностики до психотерапевтического воздействия. В судебной экспертизе это обстоятельство выступает как критерии судебно-психологических экспертных оценок тех или иных психических явлений – аффект, вменяемость, дееспособность и т.д., в психотерапии – это психотерапевтический метод как центральный предмет (Василюк Ф.Е.). И судебно-экспертная практика психолога, и психотерапия, и психологическое консультирование – выступают как воплощение психотехники, в том смысле, как ее понимал Л.С. Выготский. Поэтому теорией судебной экспертизы выступает судебно-психологическая экспертология. С теорией психотерапии несколько сложнее: интегральная психотерапевтическая теория на сегодняшний день является неким идеалом, а в реальности практика эклектична, а каждый метод психотерапии имеет свою теорию. В целом, клинично-психологическая практика на сегодняшний день уже не реализует классический тип научной деятельности с противопоставлением субъекта и объекта познания, а соответствует следующей ступени познания – “неклассическому типу научной рациональности” (Степин В.С.). Судебно-психологическая экспертная деятельность и психотерапия имеют много общего и их можно рассматривать как психотехнические системы. В то же время мы видим и достаточно значимые отличия, определяющие насущные проблемы, которые еще не нашли своего окончательного решения. Судебная экспертиза уже оформилась как четкое взаимодействие дискурса “благодеяния” и “профанного” дискурса: дискурс заказчика, в качестве которых выступают суд или следственные органы, отделен от объекта исследования – психики человека. В психотерапии или психологическом консультировании, напротив, этот дискурс слитен. Заказчик и объект исследования, объект воздействия – один и тот же человек, и это порождает те проблемы, которые практически невозможно решить рационально, раз и навсегда. Взаимодействие психолога с органом или лицом, назначающим судебную экспертизу, оформлено четко и прозрачно: любой этап взаимодействия прописан в законе, в ведомственных подзаконных правовых актах. Взаимодействие психотерапевта с клиентом – более свободная от инструктивных материалов сфера.

Представляется, что рассматриваемые области практической деятельности медицинского психолога могут приобрести статус “постнеклассической” науки, учитывающей соотносительность получаемых знаний о психике со структурой специальных психологических знаний, при соответствующей ориентации научных исследований и внедрения принципов Болонского процесса в систему высшего и постдипломного образования.

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОСУЖДЕННЫХ С ЛИЧНОСТНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

В. Я. Семке, А. В. Диденко

(Томск)

Использование методов психосоциальной терапии и реабилитации при исправлении осужденных, отбывающих уголовные наказания в местах лишения свободы является новым, и перспективным направлением уголовно-исполнительной политики России в отношении лиц с психическими расстройствами. По мнению специалистов исполняющих уголовные наказания эта работа должна носить этапный характер и захватывать не только период пребывания в исправительном учреждении, но и постпенитенциарный период, а также интегрироваться в т.н. индивидуальную исправительную программу. На основании данных исследования, проведенного на материале изучения 400 осужденных с личностной патологией, отбывающих наказания в местах лишения свободы представлена многокомпонентная система воздействия на личность осужденного, с учетом ряда условий:

- тщательный отбор и диагностика с выделением ведущих личностных особенностей и социально-когнитивных навыков необходимых для будущего изменения поведения;
- работа с группами высокого риска совершения повторных преступлений, фокусировка и воздействие на индивидуальные динамические риск-факторы как промежуточные цели в работе с осужденными;
- использование стратегий социально-когнитивного обучения, весьма динамичных в зависимости от мотивации осужденного к терапии, психического состояния, этно-культуральных особенностей;
- использование сообществ осужденных (терапевтических общин) в исправительных учреждениях, а также волонтеров, обладающих ключевыми навыками, помогающими наладить устойчивый межличностный контакт с участниками исправительной программы.

Акценты в психосоциальной реабилитации осужденных делаются на повышении адаптивности личности, через формирование навыков самопознания, социального взаимодействия, проблемно-решающего поведения и совладания с трудностями.

**О ТЕНДЕНЦИЯХ АМБУЛАТОРНОГО  
ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
И ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕСТВЕННО  
ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ  
НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИНУДИТЕЛЬНОМ  
ЛЕЧЕНИИ, В УСЛОВИЯХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ  
Г. КРАСНОДАРА**

Б. Д. Соломахин, П. В. Ситчихин  
(Краснодар)

За последние 10 лет в г. Краснодаре (население 01.01.2010–855420 чел.) рост числа лиц на активном диспансерном наблюдении (АДН) составил с 327 в 1999 г. до 380 в 2009 г. (2003 г. – 405 больных (б-х), но с улучшением обеспечения лекарствами их число удалось снизить). Наблюдается увеличение назначения судами амб. принудительного лечения (АПНЛ) при отсутствии расширения сети внебольничной психиатрии: 2000 г. – 27 чел., 2004 г. – 54 чел., 2009 г. – 76 чел. Сразу АПНЛ было определено 20,8% б-х (из них по виду общественно опасных действий (ООД): действия против собственности граждан – 46,7%, общественного порядка – 33,3%, жизни и здоровья – 20,0%).

По ООД все б-е АПНЛ распределились: действия против жизни и здоровья – 48,7%, собственности граждан – 31,6%, общественного порядка – 15,8%, сбыт наркотиков – 3,9%. Для сравнения 5 лет назад: 25,6%, 48,7% и 7,7% соответственно.

Мужчины на АПНЛ – 90,8%, женщины – 9,2%. Характер ООД среди +: действия против жизни и здоровья – 57,1%, далее по 14,3% против собственности, общественного порядка и сбыт наркотиков. По нозологиям среди + (100% – 2 гр.): F20 – 85,7%, F07 – 14,3%. Характер ООД среди мужчин: действия против жизни и здоровья – 46,4%, собственности – 33,3%, общественного порядка – 17,4%, сбыт наркотиков – 2,9%. По нозологиям среди > на АПНЛ (инвалиды 2гр. – 68,1%, 3 гр. – 8,7%, без инвалидности – 23,2%): F07 – 46,4%, F20 – 34,8%, F06.2 – 8,7%, F06.3 – 4,3%, F70 – 4,3%, F31.7 – 1,5%. Среднее количество дней принудительного лечения – 1368,7/6-го, на АПНЛ – 739,9/6-го.

За 5 лет процент > на АПНЛ увеличился с 86,0% до 90,8%; процент граждан обоего пола без инвалидности уменьшился с 42,8% до 23,2%, а инвалидов 3 гр. возрос с 2,4% до 8,7%; возросла доля б-х F07 с 35,0% до 46,4% и F06.2 с 2,0% до 8,7%.

После проведения комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий процент больных, совершивших ООД в течение года, состоящих под наблюдением психиатров города удалось снизить: 2000 г. – 4,6%, 2004 г. – 1,03%, 2009 г. – 0,53%.

Считаем необходимым привлечение внимания к проблеме роста числа больных на АПНЛ И АДН, а также необходимости сохранения возможности бесплатного лечения данных больных в случае их отказа от обеспе-

чения бесплатными лекарственными средствами (набора социальных услуг).

**ФАКТОРЫ РИСКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ  
ДЕЙСТВИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Д. А. Старичков, А. А. Овчинников,  
О. А. Смолякова  
(Новосибирск)

Раннее выявление факторов высокого риска общественно опасного поведения больных шизофренией, методы его превенции и терапии до настоящего времени остаются актуальной проблемой общей и судебной психиатрии, в силу высоких показателей совершения ими преступленных деяний. При анализе патогенетической обусловленности девиантной активности при шизофрении можно выделить факторы риска асоциального поведения на различных этапах развития шизофренического процесса (преморбид, психоз, ремиссия):

1. Преморбидные особенности больных шизофренией. Например, тревожные состояния (с нередкими импульсивными поступками и эксплозивными реакциями), сверхценные идеи (в виде аутистических агрессивно-садистских фантазий), нарушения влечений (дромомания, пиромания, злоупотребление психоактивными веществами, склонность к парафилиям и сексуальным перверсиям), эпизоды нелепого необъяснимого поведения, общий личностный инфантилизм и незрелость волевых функций, недоразвитие способности к прогнозированию последствий своих действий.
2. Клинические особенности психотических обострений заболевания (галлюцинаторно-бредовая симптоматика, грубые диссоциативные нарушения, резкое снижение критических способностей, аутистически обусловленное поведение, тревожно-аффективные и дисфорические состояния).
3. Психосоциальные последствия шизофрении: снижение возможностей социальной адаптации, стигматизация, снижение возможностей завершения образования, профессиональной занятости, снижение уровня жизни, социальная изоляция с бездеятельностью и снижением социальной активности, низкий уровень семейной адаптации, злоупотребление психоактивными веществами (как варианты стратегий совладания с резидуальной симптоматикой).

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ  
ОСУЖДЕННЫХ В ВОЗРАСТЕ ДО 25 ЛЕТ ПО  
ДАНЫМ СЛЕДСТВЕННОГО ИЗОЛЯТОРА  
Г. ЯКУТСКА**

Р. С. Тазлова, Е. В. Жукова  
(Якутск)

Задачей исследования являлось определить социально-психологический профиль осужденных в возрасте до

25 лет. Исследования велись на специальном контингенте следственного изолятора г. Якутска.

Из общего количества осужденных в 2009 году почти каждый второй в возрасте до 25 лет. Подавляющее большинство мужчины (93%), женщины составляют небольшой процент (7%). По национальности якуты и русские представлены в равном соотношении, другие национальности составляют незначительный процент (0,5%).

При исследовании психологического профиля оказалось, что каждый четвертый страдает наркологическими или психическими расстройствами. По диагнозу осужденные распределились следующим образом: наркомания (28,1%), умственная отсталость (24,7%), хронический алкоголизм (13,3%), расстройства личности и наркомания (9,4%), другие нозологические формы представлены единичными случаями.

По социальному статусу большинство не работают или имеют временную работу. Из общего числа специального контингента с психическими нарушениями самый высокий показатель преступлений в сфере экономики, далее идут преступления против личности и здоровья населения. Контингент с наркологическими заболеваниями имеет самый высокий показатель преступлений против здоровья населения, затем в сфере экономики и против личности.

В заключение следует, что значительное влияние на состояние преступности среди юношеского возраста оказывают факторы, связанные с социально-экономическим и нравственным состоянием общества.

#### **К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ДЕКОМПЕНСАЦИЙ У ОБВИНЯЕМЫХ С ОПР И КОМОРБИДНОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Г. В. Тарасова, В. В. Вандыш  
(Москва)

С целью определения типовых в судебно-следственной ситуации моделей динамики, оптимизации экспертной оценки клинко-катамнестическим методом обследованы 121 обвиняемый, страдающий органическим психическим расстройством (ОПР) с коморбидной хронической сердечно-сосудистой патологией.

**Результаты исследования.** В зависимости от структуры сдвига (в пределах ОПР / соматического заболевания) выделены 3 соответствующих варианта динамики: 1) изменение преимущественно психического состояния (как правило, неблагоприятная динамика ОПР) – 28 набл. (23,2%), с независимым характером психосоматических соотношений. Сосудистый фактор играл патопластическую роль, определяя особенности клинической картины – повышение удельного веса соматизированных психических расстройств. Основная экспертная проблема состояла в оценке тяжести декомпенсации и прогноза (способность предстать перед судом), в меньшей степени – в ретроспективной оценке психического состояния (на момент правонарушения; выводы о вменяе-

мости) с учетом возникшей декомпенсации; 2) изменение как психического, так и соматического состояния (также преимущественно неблагоприятное) – 55 набл. (45,4%), с отчетливым субординированным (зависимым) характером психосоматических соотношений. Соматическая патология играла уже патогенетическую роль; при тех же проблемах экспертной оценки очевидным (неблагоприятным) представлялся прогноз декомпенсаций; 3) с изменением (ухудшением) преимущественно соматического состояния (38 набл., 31,4%), независимыми психосоматическими соотношениями, когда усугубление соматического заболевания не сопровождалось ухудшением психического состояния (благоприятный вариант динамики).

#### **ПРИНЦИПЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОСОБОЙ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Г. М. Усов, А. С. Гаврилова, Т. В. Саутина  
(Омск)

С целью разработки лечебно-реабилитационных программ для больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, нами было обследовано 118 пациентов мужского пола, находящихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа БУЗ Омской области “Клиническая психиатрическая больница им Н.Н. Солодникова”. Средний возраст в изучаемой выборке составил  $32,4 \pm 6,2$  года. Данная когорта пациентов в полной мере соответствует понятию “особая степень общественной опасности” (Усов Г.М., 2007) по критериям тяжести и кратности совершенных общественно опасных деяний (ООД).

Результаты исследования показали, что становление особой степени общественной опасности имело сложный генез и определялось взаимодействием неблагоприятных клинических и социальных факторов. Из клинических переменных ведущая роль принадлежала психопатологическому синдрому, который определял механизм ООД. Среди социальных факторов наибольшее значение имели негативное влияние ближайшего окружения, отсутствие стабильного источника доходов, а также совершение правонарушений в преморбидном периоде. С целью повышения социальной адаптации во время принудительного лечения все пациенты наряду с дифференцированной психофармакотерапией были охвачены комплексом психосоциальных мероприятий. Это позволило добиться значительного улучшения состояния больных, достижения стойких ремиссий с уменьшением выраженности дефицитарной симптоматики, а также минимизации негативного влияния среды.

Таким образом, особая степень общественной опасности больных шизофренией формируется в результате взаимодействия комплекса клинических и социальных факторов. Исходя из этого, принудительное лечение данного контингента больных целесообразно осуществ-

лять с использованием комплекса методов: психофармакотерапии и психосоциальной реабилитации. Разработанные дифференцированные программы позволяют эффективно осуществлять вторичную профилактику ООД за счет улучшения психического состояния и редукции степени общественной опасности.

### РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОСОЗНАНИИ БОЛЕЗНИ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ООД

Ж. Г. Устьянина  
(Кемерово)

В отношении 130 психически больных, находящихся на лечении в Кемеровской ОКПБ наряду с лечебной работой проводилась клиничко-психологическая оценка динамики различных переменных, характеризующих успешность реабилитационной работы. В первую очередь интересовало влияние психотерапевтических занятий на появление осознанного отношения к болезни, приверженности лечению и снижение внутрибольничной агрессии.

Из обследованных – 60 человек находились на принудительном лечении и участвовали в терапевтических занятиях, 40 человек – находилось в том же отделении, но не принимали участие в психотерапевтических занятиях. 30 психически больных, не совершивших ООД, – группа сравнения, также не принимали участие в психотерапевтических группах.

Опыт работы группы показал, что у больных, занимающихся в течение 2–3 мес. в группе отмечается снижение агрессивных тенденций в поведении. Больные активнее включаются в трудовые процессы внутри отделения, помогают медицинскому персоналу и т.п. В группе сравнения, психически больных, не совершивших ООД, значимо было больше лиц, которые имели проблемные отношения в отделении. Конфликтные отношения и постоянные нарушения режима значимо чаще отмечались среди больных, находящихся на ПЛ, но не участвующих в психотерапевтических группах. Больным, участвующим в психотерапии была свойственна активная позиция в отделении, они не нарушали режим в отделении, не общались с асоциальными больными. Среди таких больных значимо было больше лиц, у которых появлялось полное осознание болезни. В то время как среди совершивших ООД больных, не участвующих в психотерапии, значимо больше было лиц, у которых было двойственное отношение к болезни и совсем не было частичного признания психического заболевания.

Анализ только поведенческих критериев динамики, обусловленной, в том числе и психотерапевтической работой с больными, подтверждает практическую выгоду ее внедрения в практику работы отделений, осуществляющих принудительное лечение.

### ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ (ПЛ), В УЧРЕЖДЕНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

А. Е. Филатов, А. К. Гажа  
(Тамбов)

В январе 2010 года создана реабилитационная программа для пациентов находящихся на ПЛ, по механизму ООД по В.П. Котову, рассчитанная на длительное время. Принципы ПСР: 1) оказание бригадной помощи; 2) этапность; 3) участие микро-социального окружения. **Первый этап ПСР** – адаптивно-диагностический – вводный. Продолжительность до 1 месяца. Осуществляется первичное консультирование специалистами: психиатр выводит “формулу” ООД, психолог определяет личностные факторы и соц. специалист определяет ситуационные факторы ООД. Пациент находится в статусе “новичка”, с обязательным выполнением всех налагаемых этим статусом требований. По результатам обследования лишь у 90% преобладает дефицитарные расстройства и изменения личности и лишь 10% составляют пациенты с продуктивно-психотическим механизмом ООД. **Второй этап** – интенсивные лечебно-реабилитационные мероприятия – этап активных изменений, включение их в полный объем ПСР. Продолжительность от 3х месяцев. Построенный на системе коллективного взаимодействия и включающий в себя: медико-биологический аспект (лечебные мероприятия). Психологический аспект (коррекция). И социальный аспект (коррекцию социальных ситуаций). Все методические занятия включают в себя начальный курс формирования общих понятий и представлений, подготовленных на 30Ж. **Третий этап** – стабилизация достигнутого эффекта – то, что сформировано, реализуется практически на протяжении от 6 месяцев. **И четвертый** – заключительный (подготовка к выписке) – завершающий. Выход из программы, возвращения в социум. Продолжительность до 4 месяцев. В конце каждого этапа, пациент предоставляется на комиссию (БПСК) с контролем полученного результата, где ему определяется потенциал (низкий, средний и высокий) на основе: 1) РП организма (консультации психиатра); 2) РП личности (консультации психолога); 3) РП микро-социума (консультация соц. специалиста). На основе БПСК решается вопрос о переводе пациента на следующий этап ПСР с включением и составления ИРТП по В.П.Котову.

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Н. К. Харитоновна, Е. В. Королева,  
О. Ю. Тюлькина  
(Москва)

Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у лиц позднего возраста в гражданском про-

цессе представляет значительные сложности в связи с особенностями и определенной атипичностью психопатологических проявлений. Лица пожилого и старческого возраста более подвержены воздействию протрагированных (одиночество, беспомощность, зависимость от посторонних лиц) и острых (болезнь и смерть близких родственников, потеря человека, осуществлявшего уход, резкое изменение жизненного стереотипа, смена места проживания) стрессовых факторов, при которых возникают различные формы реакции на психогению. У большинства больных отмечалось усугубление психопатологических расстройств, присоединение аффективных и тревожных синдромов, сопровождавшихся выраженным нарушением адаптационных возможностей, критической оценки своего состояния и сложившейся ситуации. Именно такими лицами чаще всего заключаются немотивированные имущественные сделки в ущерб себе. Медицинский критерий неадекватности у лиц позднего возраста был представлен совокупностью психопатологических расстройств: интеллектуально-мнестических, личностных, эмоциональных, волевых и аффективных. Особое внимание уделялось оценке личностных и социальных характеристик, ухудшение которых в период сделки могут как провоцировать обострение психического расстройства, так и быть его следствием. Личностный аспект способности понимать значение своих действий и руководить ими оценивался посредством анализа деятельности по совершению сделки, т.е. учитывались мотивы при ее заключении, критичность, способность к прогнозированию. Категория критичности являлась опосредующим звеном в установлении характера влияния медицинского критерия на юридический, включала в себя оценку всей ситуации в целом, ее прогноз, осознание последствий для себя и других, своей роли в ней, а также осознанный контроль выполняемой деятельности, выражающийся в постоянном самоконтроле и самопроверке. Таким образом, при оценке способности лица понимать значение своих действий и руководить ими у пожилых лиц важнейшим экспертным доказательством являлась оценка деятельности по заключению сделки, в частности, мотивов ее заключения, способности действовать в соответствии с личностными смыслами и в своих законных интересах, возможности регулировать свое поведение и осуществлять контроль при ее заключении. В отношении таких больных личностно-мотивационный аспект вынесения экспертного заключения изучен недостаточно, зачастую личностные расстройства рассматриваются в категории эмоционально-волевых и, в меньшей степени, когнитивных. Вместе с тем нарушение личностно-мотивационной составляющей сказывалось в целом на снижении критичности, что предполагало невозможность адекватного формирования цели сделки, нарушение понимания целостной картины межличностных отношений и социального содержания заключаемой сделки, отсутствие возможности выбора из различных вариантов юридически значимых деяний,

снижение прогностических функций. Также утрачивалась адекватная оценка своего социального положения и возможностей, особенностей взаимоотношения участников сделки, своей роли в сложившейся ситуации и учет этих факторов при установлении условий сделки.

Таким образом, экспертологический подход к вынесению экспертного заключения о способности лиц позднего возраста с органическими психическими расстройствами понимать значение своих действий и руководить ими (делкоспособности) основывается на оценке выраженности психопатологических расстройств и их влияния на юридический критерий неадекватности, с учетом динамических показателей психических расстройств, присущих данному контингенту больных.

### СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УБИЙСТВ, СОВЕРШЕННЫХ В ЧУВАШИИ (ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ 1999–2008 ГГ.)

А.Б. Цымбалова, А.В. Голенков  
(Чебоксары)

Психиатрический аспект убийств в Чувашии недостаточно изучен. В уточнении нуждается исследование региональной специфики этого особого опасного деяния.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 1185 амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) лиц, совершивших убийства, в 1999–2008 гг. Мужчин было 1036 (87,4%), женщин – 149 (12,6%) в возрасте 14–82 года (средний – 33,2±13,5). Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью корреляционного анализа.

**Результаты.** Имели те или иные психические расстройства (ПР) 65,6%, психически здоровыми были 34,4%; признаны невменяемыми 3,5%. Алкогольная зависимость квалифицирована у 28,4%, личностные расстройства – у 22,1%, умственная отсталость – у 9,9%, органические ПР – у 9,3%, шизофрения – у 3,9%, деменции и эпилепсия – по 0,5%, наркомании – у 0,4%. Стационарная СПЭ рекомендовано 162 чел. (13,7%).

Убили двух и более лиц 19,2%, привлекались к ответственности по нескольким уголовным статьям – 11,8%. Проживали в городе 57,9%, в сельской местности – 42,1%. В зрелом возрасте было 86,4% испытуемых, в подростковом – 8,8%, в пожилом – 4,8%.

Невменяемыми чаще признавались больные шизофренией, эпилепсией и умственной отсталостью, а вменяемыми – с алкогольной зависимостью и личностными расстройствами; ст. 22 УК РФ рекомендовалась подэкспертным с умственной отсталостью и органическими ПР. Больные шизофренией, совершившие убийства, чаще проживали в сельской местности, принадлежали к более возрастной группе, привлекались к ответственности по одной статье УК РФ. Лица с алкогольной зависимостью и личностными расстройствами чаще проживали в городе, имели совокупность преступлений, включая

убийство двух и более лиц. Умственно отсталые характеризовались психопатоподобным поведением, злоупотребляли алкоголем; имеющие органические ПР были самой возрастной группой.

За анализируемые 10 лет в республике достоверно увеличилось число подэкспертных с ПР, совершивших убийство, в том числе с алкогольной зависимостью, умственной отсталостью и личностными расстройствами, находящихся в старшей возрастной группе и привлекающихся к ответственности по двум и более статьям УК РФ.

#### **АСПЕКТЫ КЛАССИФИКАЦИИ УГОЛОВНЫХ ДЕЛ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**

Д. С. Чижова  
(Москва)

В последнее время в рамках уголовных дел все чаще рассматривается проблема психологических воздействий, затрагивающие различные сферы жизнедеятельности общества в целом и отдельных ее членов, при этом наблюдается увеличение количества судебно-психологических экспертиз (СПЭ), связанных с выявлением психологического воздействия на личность при совершении преступлений, а также в процессе расследования уголовных дел.

При рассмотрении особенностей СПЭ психологического воздействия нами были определены основные категории, которые обосновывают классификацию уголовных дел, изучаемых экспертом-психологом: 1 категория – Установление факта, наличия либо отсутствия психического воздействия; 2 категория – Установление факта, наличия либо отсутствия у подэкспертного признаков повышенной склонности к внушаемости, данный аспект психологического воздействия решается не отдельной экспертизой, а чаще всего входит в другие виды СПЭ; 3 категория – Установление факта, наличия либо отсутствия способности личности оказывать воздействие на других людей.

В каждой категории нами были определены основные направления экспертиз изучающих особенности исследования психологических воздействий:

1 категория включает в себя такие направления, как: – исследование фонограмм и видеозаписей допросов и иных следственных действий для установления факта психического воздействия на подэкспертного со стороны следователя или третьих лиц, о котором он сообщает; – исследование личности обвиняемого, находящегося в силу своих характерологических и индивидуально-психологических особенностей под психическим давлением соучастника преступления и как следствие этого совершение преступления либо изменение/отказ от своих показаний; – исследование материалов различных организаций, деятельность которых имеет признаки деятельности финансовых пирамид;

2 категория включается в следующие виды экспертиз: – СПЭ потерпевших по фактам сексуального насилия; – СПЭ личности обвиняемого; – СПЭ свидетелей и потерпевших;

3 категория изучает возможности: – оказания личностью воздействия на людей из своего непосредственного окружения; – оказания психологического воздействия на людей не входящих в его социальное окружение.

#### **КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОМУ ПОВЕДЕНИЮ ПОДРОСТКОВ-ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Ю. В. Шадура, В. С. Воронин  
(Москва)

Выявление различий клинико-социальных комплексов криминального поведения подростков, могут послужить для прогнозирования и предупреждения ООД, а также помогут дифференцировать методы профилактики и повысить эффективность этих мер.

С целью выполнения поставленной задачи были обследованы 61 пациент, находившиеся на принудительном лечении в МПБ №5, совершившие в подростковом возрасте разные по степени тяжести правонарушения, которым были установлены диагнозы шизофренического спектра. Информация была собрана с помощью специально разработанной “Индивидуальной карты обследования подростка”.

В 83% (51) случаев был установлен диагноз F 20.XX, в том числе недифференцированная шизофрения, шизофрения параноидная, гебефреническая шизофрения. В остальных случаях 17% (10) диагноз F 21.XX псевдошизопатоподобная шизофрения, шизотипическое расстройство, шизотипическое расстройство на органически неполноценной почве.

В результате проведенного исследования были выявлены следующие клинические, социальные, возрастные и личностные факторы, способствующие общественно опасному поведению подростков-правонарушителей.

1. Наследственная отягощенность отмечена в 70,5% случаев.
2. Патология беременности отмечена в 34,3%, патология родов – 40% случаев.
3. В дошкольном возрасте выявлены экзогенно-органические факторы в 44% случаев, инфекционные заболевания с осложнениями выявлены в 31% случаев.
4. В препубертатном периоде отмечены ведущие синдромы: с преобладанием эмоционально-волевых расстройств – 30%, криминализацией поведения 21%, почти в половине случаев выражено аффективное поведение, особенно эмоциональная неустойчивость 23% случаев.



5. В пубертатном возрасте выявлен гебоидный синдром в 29% случаев.
6. По сезонному распределению ООД: 30% ООД приходится на осень, 26,2% – весна, 24,5% – зима, 16% – лето.
7. Настоящее ООД было первым у 65,5% (40) исследуемых, вторым 10% (6), третьим и больше 24,6% (15)
8. Характеристика правонарушений. Правонарушения против личности отмечены в 48,4% (32) наблюдений, имущественные – 38%(25), угон транспортного средства – 7,5% (5), хулиганство 4,5% (3).
9. Специфика правонарушений. Единолично правонарушения были совершены в 60,6% (40), в группе сверстников – 24,2% (16). По своей инициативе, единолично ООД несовершеннолетними были совершены в 66,6% (44) наблюдений, в 9%(6) действовал единолично, но под влиянием других; в 7,5% (5) подросток являлся инициатором, лидером в группе; в 13,6% (9) наблюдений – исполнителем в группе.
10. Характеристика пострадавших от ООД. Среди пострадавших случайные и посторонние составили 49,3% (30), знакомые – 23% (14), члены семьи – 13% (8), друзья – 3,2% (2.) Таким образом, можно констатировать направленность вектора криминальной активности против малознакомых лиц.
11. В аспекте психопатологии ООД распределены следующим образом: импульсивные действия 37,7% (23), дисфорическая агрессивность 16% (6), бредовая месть 14,7% (9), реализация бредовых проектов 6,5% (4); косвенная бредовая мотивация 6,5% (4), состояния помрачнения сознания 6,5% (4). Также представлены негативно личностные аспекты как повышенная внушаемость и подчиняемость 5% (3), извращенность и расторможенность влечений 2 случая, эмоциональная бесконтрольность 2 случая, интеллектуальная недостаточность 1 случай.

Таким образом, можно отметить, что в генезе ООД наряду с клиническими проявлениями в рамках различных нозологических форм существенную роль играют возрастно-половые особенности больных, уровень их образования, специфика трудовой деятельности, семейно-бытовые условия, алкоголизация и другие экзогенно-органические влияния, наконец, реально-бытовая ситуация, в которой оказался пациент.

### **СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ (СЭВ) У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Е. Я. Щукина, В. Г. Булыгина

(Москва)

Содержание работы специалистов, занятых в реабилитации лиц с выраженными психическими расстройствами, совершившими ООД, характеризуется хронической напряженной психоэмоциональной деятельностью, необходимостью подкреплять эмоциями разные аспекты общения. Среди триггеров СЭВ следует отметить также повышенную ответственность за исполняемые функции и операции, работу в режиме внешнего и внутреннего контроля, нравственную и юридическую ответственность.

Указанные особенности подчеркивают необходимость разработки мер профилактики СЭВ у данной группы специалистов. Это связано и с тем, что штаты психиатрических стационаров такого профиля недоукомплектованы высокопрофессиональными кадрами и стратегия ресурсосбережения крайне важна.

Было обследовано 76 психиатров и 35 психологов, работающих в судебной психиатрии. Из них 74% женщин и 26% мужчин, средний возраст обследованных врачей составил 43 года, стаж работы колебался от 17 до 18 лет. У 19% лиц были продиагностированы психосоматические и психовегетативные нарушения. Каждому обследованному примерно 7 раз в год приходилось сталкиваться с вызывающе-агрессивным или “агрессивно-раскалывающим поведением” пациентов. Чуть реже опрошенные были свидетелями случаев демонстративного суицида (5–6 случаев в год) и законченного суицида пациента (1–2 случая в год).

В качестве адекватной формы профилактической работы, позволяющей соблюдать профессиональные и этические требования при работе с коллегами, являются тренинги. Среди личностных факторов, способствующих возникновению СЭВ у специалистов, занятых в реабилитационном процессе немаловажная роль принадлежала алекситимии и тревожности, ригидности, эмоциональной сдержанности.

Опыт проведения тренингов с сотрудниками ФГУ “ГНЦ ССП Росздрава”, и медперсоналам ПБСТИН, направленных на повышение стрессоустойчивости, уверенности в себе, дифференцирование эмоциональных состояний как собственных, так и воспринимаемых, показал их эффективность в плане уменьшения уровня эмоционального напряжения на рабочем месте.

## ПРОБЛЕМЫ НАРКОЛОГИИ И ОРГАНИЗАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

### НАРУШЕНИЕ ВНИМАНИЯ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИХ ДЕТЕЙ

А. А. Абакумова, Ю. Л. Арзуманов,  
И. Н. Тверицкая, А. И. Каменская  
(Москва)

Цель данного исследования – поиск психофизиологических маркеров для выявления лиц, склонных к злоупотреблению психоактивными веществами. Были изучены нейрофизиологические механизмы избирательного дифференцированного внимания у больных, употребляющих психоактивные вещества, и их детей с использованием специальной парадигмы “odd-ball” в условиях высокой концентрации внимания.

Обследованы здоровые подростки (60) с наследственной отягощенностью алкоголизмом и наркоманией (группа высокого риска заболевания алкоголизмом и наркоманией), подростки из семей без алкогольной и наркотической отягощенности (35) (группа низкого риска заболевания алкоголизмом и наркоманией), а также больные героиновой наркоманией (60) и практически здоровые лица (30).

У подростков с наследственной отягощенностью алкоголизмом и наркоманией, также как и у больных, употребляющих психоактивные вещества, наблюдается нарушение способности выделять значимую информацию на этапе когнитивного анализа звуковых сигналов, о чем в первую очередь свидетельствует отсутствие различий в поздних компонентах вызванного ответа на значимые и незначимые стимулы. Вероятно, у них нарушена функция различения сенсорной информации и нарушен механизм запоминания, кодирования и сравнения поступающей информации с эталоном, хранящимся в памяти.

Выявленные нарушения дифференцированного внимания, редукция поздних волн вызванного ответа коры мозга и правополушарная недостаточность у наркологических больных и их детей, в комплексе с другими биологическими показателями, могут рассматриваться как нейрофизиологические маркеры врожденной индивидуальной предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ.

### ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ И АЛКОГОЛИЗМОМ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

Т. И. Авдеева, А. В. Волков, Д. И. Морозов,  
М. А. Кинкулькина, Н. Н. Иванец  
(Москва)

Хронический гепатит С (ХГС) широко распространен у страдающих зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ). Противовирусная терапия (ПВТ) ХГС нередко осложняется депрессиями. У пациентов с зависимостью от ПАВ развитие депрессии на фоне ПВТ является маркером усиления патологического влечения к ПАВ и повышенного риска рецидива. Рецидив болезни зависимости приводит к отказу от продолжения ПВТ и ухудшению течения ХГС.

Цель исследования – оценка эффективности психофармакотерапии депрессивных нарушений у больных с зависимостью от ПАВ, получающих ПВТ ХГС, а также разработка дифференцированных терапевтических рекомендаций.

Обследовано 35 больных (20 – опийной наркоманией и 15 – алкоголизмом, в ремиссии) с депрессией, развившейся при проведении ПВТ ХГС. Группа сравнения была сформирована из 35 больных ХГС с неотягощенным наркологическим анамнезом и депрессией, развившейся на фоне ПВТ. Все больные получали лечение антидепрессантами (АДП), при необходимости дополнительно использовались препараты других групп. Оценка состояния больных проводилась в течение 12 недель терапии.

Эффективность лечения депрессий у больных ХГС с зависимостью от ПАВ достоверно ниже, чем в группе сравнения (57,1% и 82,9% респондеров). Предикторы лучшего ответа на терапию: женский пол, тревожно-депрессивный синдром, высокая активность ХГС, генотип вируса 1b. Предикторы худшего ответа на терапию: большая тяжесть депрессии и депрессии в анамнезе (в группе сравнения эти предикторы положительны); ПВТ препаратами интерферона пролонгированного действия; депрессивно-дисфорический синдром, психоорганический фон, соматическая патология. Эффект АДП седативного действия (миртазапина, миансерина, амитриптилина) в течение первых 3 недель лечения достоверно выше (быстрее купируются тревога и бессонница). У всех больных ХГС с зависимостью от ПАВ дополнительно к АДП назначались препараты других групп (анти-

психотики, антиконвульсанты) для коррекции идеаторного и поведенческого компонентов патологического влечения (в группе сравнения у большей части больных проводилась эффективная монотерапия АДП).

Психофармакотерапия депрессивных нарушений у больных ХГС с зависимостью от ПАВ эффективна при сочетании седативных АДП с антипсихотиками и антиконвульсантами. Своевременное купирование обострения патологического влечения к ПАВ предотвращает рецидив, позволяет провести ПВТ в полном объеме и улучшает прогноз ХГС.

#### **ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТИПИЧНЫМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ**

Т. В. Агибалова, К. Н. Поплевченко,  
К. А. Романова  
(Москва)

Цель исследования – установление изменений некоторых когнитивных функций у больных опийной наркоманией при лечении атипичными и типичными нейролептиками. После купирования опийного абстинентного синдрома 70 пациентов были обследованы патопсихологически. Установлено нарушение непосредственной и опосредованной памяти, снижение мотивационного компонента памяти и продуктивности, снижение концентрации и объема активного внимания, повышенная отвлекаемость, истощаемость, неустойчивость психической деятельности. При исследовании мышления обнаружено следующее: средние интеллектуальные показатели (в 10% снижение коэффициента интеллекта), снижение уровня обобщения и абстрагирования, примитивность суждений, торпидность, выраженные затруднения в планировании и прогнозировании деятельности, снижение критичности. Больные первой группы (25 человек) получали кветиапин, больные второй группы (25 человек) – рисперидон, больные третьей группы (20 человек) – галоперидол. Повторное обследование проводилось через 14 и 60 дней от начала лечения нейролептиками. У пациентов первой и второй группы, по сравнению с больными третьей группы, наблюдалось достоверное повышение продуктивности памяти, объема активного внимания, работоспособности, уменьшение колебания внимания. Достоверные различия обнаружены по следующим показателям: способность к обобщению, абстрагированию, планированию и прогнозированию деятельности. У больных второй группы, получавших рисперидон, по сравнению с больными первой и третьей группы, достоверно быстрее возрастала критичность мышления. Различий в эффективности купирования патологического влечения к наркотику у больных трех групп не установлено.

#### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ВЫШНЕВОЛОЦКОЙ ЦРБ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2005 ПО 2009 ГГ.**

А. С. Александрова, А. К. Зиньковский  
(Тверь)

Цель исследования – установление динамики распространенности хронического алкоголизма, алкогольных психозов, наркоманий и токсикоманий за период с 2005 по 2009 гг. в г. Вышнем Волочке и Вышневолоцком районе Тверской области. Материалом для исследования послужили данные годовых отчетов наркологической службы Вышневолоцкой ЦРБ за 2005–2009 гг.

Общее количество зарегистрированных больных психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, увеличилось в 1,4 раза.росло число лиц, употребляющих ПАВ, в возрасте от 20 до 39 лет (в 1,3 раза) и от 18 до 19 лет – в 2,7 раз ( $p < 0.01$ ), что составляет 35,2% и 8,8% соответственно. Лиц женского пола – 23% (этот показатель остается стабильным за последние пять лет). Отмечается рост зарегистрированных больных алкоголизмом и наркоманией, показатели к 2009 году увеличились в 1,2 и 1,5 раза соответственно. Наблюдается снижение числа алкогольных психозов к 2009 году в 1,6 раза ( $p < 0.05$ ). Среди возрастных категорий преобладают лица в возрасте от 20 до 39 лет (54%). Отмечено увеличение количества опиоманов в 1,2 раза, злоупотребляющих каннабисом – в 1,3 раза. Число токсикоманов снизилось в 2007 году в 1,4 раза, но к 2009 году показатели вновь выросли до исходных (0,7% от всех употребляющих ПАВ). Преобладают лица в возрасте от 18 до 19 лет (45%) и от 15 до 17 лет (30,8%). Таким образом, по-прежнему наблюдается рост заболеваемости хроническим алкоголизмом и наркоманиями, а также возникновение болезней зависимости у более молодых лиц. Это свидетельствует о необходимости совершенствования организационных основ наркологической службы, а также о расширении медикаментозных и психотерапевтических методов лечения наркологических больных.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛИЗМА У БЕЗДОМНЫХ БОЛЬНЫХ**

В. Б. Альтшулер, А. В. Кашин, С. Л. Кравченко  
(Москва)

Изучались бездомные лица – обитатели Центра социальной адаптации “Люблино”. Обследовано 142 чел., из них мужчин – 116. В этом центре пациенты имеют кров, питание, одежду, получают разные виды благотворительной помощи. Из всех обследованных выявлено 100 больных алкоголизмом (70,4%): 88 мужчин, 12 женщин. Группу сравнения составили 100 больных алкоголизмом, стационарированных в клинику ННЦ наркологии. Бездомные больные алкоголизмом резко контрастируют с

больными группы сравнения преобладанием тяжелых стадий заболевания. Этот контраст особенно заметен на фоне незначительных отличий по другим параметрам. Одним из проявлений большей тяжести алкоголизма у бездомных лиц может служить соматоневрологическая патология, причины возникновения которой связаны не только с продолжительностью болезни и отсутствием своевременного лечения, но с самим образом жизни больных. Доказана большая распространенность токсикогенной симптоматики алкоголизма в основной группе больных, что влияет на клиническое оформление основных синдромов заболевания. Больные основной группы отличаются более высокой скоростью формирования ААС и преобладанием постоянного типа злоупотребления алкоголем, а также истинных запоев. У них более выражена алкогольная деградация при отсутствии явных предпосылок в анамнезе для особо тяжелого течения заболевания. По большинству показателей качества жизни больные основной группы оценивают свои возможности ниже, чем больные группы сравнения; особенно это касается их социального функционирования. В то же время они отличаются высоким уровнем довольства своим психическим состоянием. Все вместе это говорит о преобладании у бездомных больных алкоголизмом беспечности и равнодушия.

**ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ  
ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПОДХОДА  
В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАВИСИМОСТИ  
ОТ АЛКОГОЛЯ И ГАШИША У ПОДРОСТКОВ**

Е. В. Аносова  
(Курск)

В последние десятилетия употребление несовершеннолетними алкоголя и наркотиков стало проблемой, представляющей угрозу здоровью населения и экономике России. Особо актуальным является разработка новых направлений и организационных форм профилактики алкоголизма и наркомании среди подростков. Одним из направлений является повышение компетентности родителей и специалистов, работающих с несовершеннолетними, в вопросах клинической наркологии.

При изучении основных симптомов алкоголизма и гашишной наркомании у подростков использован клинико-психопатологический метод. Патологическое влечение при зависимости от пива и гашиша является сложным психопатологическим синдромом, который включает поведенческие, аффективные, идеаторные, соматовегетативные, сенсорные компоненты. Преобладающими являются многообразные особенности поведения, проявляющиеся в покупке и коллекционировании одежды, аксессуаров, звуков, мелодий, картинок, ассоциирующихся с приемом алкоголя и наркотика, своеобразном развитии творческих способностей (фотографирование конопли, рисование символики наркотика, сочинение стихов и песен о нем), а также изменении интересов и способов

организации досуга (общение с другими потребителями, поиск информации о наркотике и пиве в сети Интернет, инициирование встреч для приема ПАВ). Не менее яркими являются эмоциональные проявления (повышение настроения, активизация жестикуляции, смех, взволнованность при упоминании о ПАВ) и идеаторные расстройства (мысли о ПАВ, обсуждение тем, связанных с употреблением пива и гашиша).

Целесообразно введение информации о клинике формирующейся алкогольной и наркотической зависимости в программы подготовки специалистов, работающих с несовершеннолетними, в первую очередь, педагогов школ и учреждений профессионального образования, психологов, медицинских работников, специалистов по социальной работе. Описание клинических особенностей патологического влечения необходимо использовать в рамках психообразовательного подхода при работе с родителями.

**ПРОЧНОСТЬ НЕОСОЗНАВАЕМЫХ  
АССОЦИАТИВНЫХ СВЯЗЕЙ У БОЛЬНЫХ,  
УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ  
ВЕЩЕСТВА**

Ю. Л. Арзуманов, А. А. Абакумова,  
А. В. Адамова, Е. В. Борисова  
(Москва)

Многочисленные экспериментальные факты показывают, что в динамических изменениях корковой активности важную и необходимую роль играют ассоциативные связи. Реакция коры головного мозга существенным образом меняется, если раздражители подаются в комплексе. При многократно повторяемых последовательно двух раздражителей в коре головного мозга образуются новые временные связи, объединяющие элементы коры в одну функциональную систему. Показан уровень прочности временных связей, выработанных на осознаваемом и неосознаваемом подкреплении у больных, употребляющих психоактивные вещества: при выработке временной связи при помощи неосознаваемого слова происходят значимые изменения потенциала во всех регистрируемых зонах обоих полушарий, причем эти изменения очень стойкие и не угашаются в течение нескольких дней, в течение всего исследования. При выработке временной связи при помощи осознаваемого слова угашение выработанной ассоциативной связи наступало на 4-ый день.

Безусловно, в основе этого процесса лежат нервные механизмы неосознаваемого восприятия внешних раздражителей, что может быть немаловажным при решении клинических и реабилитационных вопросов, а также в разработке путей психотерапевтического воздействия для устранения ассоциативных комплексов, сформированных на неосознаваемом уровне вокруг мотивационной доминанты и способствующих актуализации влечения к наркотическим веществам.

### КЛИНИКО-ГЕНЕАЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУПРУЖЕСКИХ ПАР ИЗ СЕМЕЙ, ГДЕ АЛКОГОЛИЗМОМ СТРАДАЮТ МУЖЧИНЫ

А. Ю. Асанов, Т. М. Рожнова  
(Москва)

В последние годы внимание исследователей привлекли супруги больных алкоголизмом. На основании частого совпадения диагнозов в супружеских парах был установлен феномен ассортативности брака, под которым подразумевается отклонение от панмиксии, т.е. равновероятного вступления в брак. Однако большинство семей, где существуют проблемы, связанные с пьянством, представлены диадой, где мужчина болен алкоголизмом, а его супруга страдает не алкогольной зависимостью, а созависимостью. В России такой тип семей составляет 17%.

Результаты клинико-генеалогического исследования семей такого типа показали, что оба супруга имеют сходную степень наследственной отягощенности алкоголизмом родословных среди родственников обеих степеней родства. Среди родственников I степени родства больного алкоголизмом количество зависимых от алкоголя составляет 35,8%, в число которых входят 72,5% отцов, 58,0% братьев и по 4,2% матерей и сестёр пробандов. Частота больных алкоголизмом среди родственников I степени родства созависимых жён достигает 37,5%. В их число входят 66,7% отцов, 60,5% братьев и по 4,2% матерей и сибсов женского пола. Общее количество зависимых от алкоголя, без учёта пола, среди родственников II степени родства пробанда составляет 19,9%, его созависимой жены – 20,3%. Среди родственников I степени родства обоих супругов алкоголизм встречается в 1,8 раза чаще, чем среди родственников II степени. Кроме того, в родословных обоих супругов отмечается высокая степень корреляции по всем формам потребления алкоголя между всеми видами родственников обеих степеней родства.

Полученные данные свидетельствуют о накоплении случаев алкогольной зависимости среди родственников I степени родства мужчин, больных алкоголизмом, и их жён, страдающих созависимостью, и о наличии генотипической ассортативности браков по факту, степени и характеру распределения наследственной отягощенности алкогольной зависимостью родословных супругов из семей этого типа.

### ВЛИЯНИЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

А. М. Баринин, И. Д. Даренский, И. Б. Гаспер,  
В. В. Чирко, М. В. Дёмина  
(Москва)

Больные героиновой наркоманией бывают жертвами несчастных случаев, связанных со злоупотреблением

наркотиками. Острые отравления наркотиками, бытовые и дорожные травмы могут вызывать полиморфные психические расстройства. С одной стороны, это психические нарушения, обусловленные соматогенными факторами – интоксикацией, гипоксией и полиорганной недостаточностью. С другой, это психогенные нарушения – личностная переработка пациентом перенесенной катастрофы и вызванным ею стрессом (длительное переживание физической беспомощности и балансирования на грани жизни и смерти, отражающиеся на внутренней картине болезни).

Обследовано 200 больных героиновой наркоманией. Установлено, что ведущее место в клинической картине соматогенно-стрессорных психических нарушений занимает астенический синдром, который в последующем течении определяет изменение стержневых синдромов наркомании. Соматогенная астения нивелирует проявления синдрома патологического влечения к наркотикам и препятствует его актуализации. Больные обнаруживают наибольшую мотивацию к лечению. При сглаживании соматогенной астении патологическое влечение обостряется, а абстинентный синдром проявляется в виде “псевдоабстинентных” вегетативно-алгических пароксизмов.

Патогенетическая терапия коморбидных расстройств предусматривает раннее использование антагонистов опиатов, дезинтоксикации, в том числе и экстракорпоральной, эфферентной. Превалирование в клинической картине астено-депрессивной симптоматики обуславливает применение антидепрессантов новых поколений с мощным активирующим, тимолептическим действием и ноотропов в сочетании с индивидуальной психотерапией.

### ВЛИЯНИЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ НА ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЛКОГОЛЮ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Ю. Б. Барыльник, В. Г. Лим, С. Г. Щетинин  
(Саратов)

Широкое применение психотропных препаратов у больных алкоголизмом не всегда безопасно, поскольку существует высокая вероятность развития параллельной зависимости и побочных эффектов. В связи с этим возникает необходимость поиска немедикаментозных средств лечения. Одним из таких методов является транскраниальная электростимуляция (ТЭС).

Цель исследования – оценка влияния ТЭС на патологическое влечение к алкоголю у больных алкогольной энцефалопатией.

Обследовано 72 пациента, разделенных на две группы. В основную группу вошли 48 больных, которым на фоне стандартной терапии применялась ТЭС. Контрольная группа включала 24 больных, которым проводилась терапия, регламентируемая стандартами лечения наркологических больных. Критерием включения в ис-

следование являлся диагноз “алкогольная зависимость, средняя стадия, фаза обострения; алкогольная энцефалопатия”. До начала обследования больных абстинентный синдром был купирован. Во время лечения дважды оценивали изменения степени патологического влечения по методике количественной оценки ПВА.

У пациентов обеих групп до лечения отмечалась высокая степень влечения, средний балл составил 22 по шкале ПВА. У пациентов основной группы уровень ПВА снизился до 4, в контрольной группе – до 8 баллов. Отсутствие влечения к алкоголю по данной методике регистрируется как 0 баллов.

Применение ТЭС-терапии в качестве дополнения к стандартным схемам лечения способствует скорейшей редукции ПВА у больных алкоголизмом с явлениями алкогольной энцефалопатии.

### ТЕРАГЕРЦОВАЯ ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ

Д. Н. Белоглазов, В. Г. Лим  
(Саратов)

В медицинской практике вызывает большой интерес низкоинтенсивные излучения терагерцового диапазона (ТГЧ). ТГЧ лежит на границе между электроникой и фотоникой, в диапазоне от 100 ГГц до 10 ТГц (1 ТГц = 103 ГГц) или в длинах волн от 3 мм до 30 мм.

Пролечено 64 пациента, страдающих алкогольной полиневропатией (АП), с использованием аппарата ТГЧ-терапии “ОРБИТА”. Применялась терагерцовая терапия на частоте  $150 \pm 0,75$  ГГц. Облучались следующие биологические активные точки (БАТ): GI4, GI11, E36, RP6, MC5, TR6, VB20, VB41, F2, F3. При острой и подострой форме заболевания курс лечения составлял 10 процедур с экспозицией на каждую БАТ по 3 минуты (слева и справа). При хронической форме заболевания – 15 процедур с экспозицией на каждую БАТ по 5 минут. Всем больным проведено электронейромиографическое исследование (ЭНМГ). Определялись следующие показатели ЭНМГ: скорость распространения возбуждения (СРВ) в метрах в секунду (м/с); амплитуда М-ответа в милливольтгах (мВ); латентный период (ЛП) в миллисекундах (мс). Для оценки интенсивности болевого синдрома (ИБС) была использована методика объективной оценки ИБС.

По окончании курса ТГЧ-терапии положительный клинический эффект различной степени выраженности наблюдался у 85% больных: уменьшались парестезии, наблюдалось улучшение поверхностных и глубоких видов чувствительности.

Отмечено достоверно значимое улучшение ЭНМГ показателей: (n.medialis: СРВ до лечения – 46,9 м/с, после лечения – 50,2 м/с  $p < 0,05$ , М-ответ до лечения 4,8 мВ, после лечения – 6,1 мВ  $p < 0,05$ , ЛП до лечения – 4,2 мс, после лечения – 3,6 мс  $p < 0,05$ ; n.peroneus: СРВ до лечения – 39,1 м/с, после лечения – 44,2 м/с  $p < 0,05$ , М-

ответ до лечения – 1,2 мВ, после лечения – 2,9 мВ  $p < 0,05$ , ЛП до лечения – 5,6 мс, после лечения – 4,5 мс  $p < 0,05$ ; n.tibialis: СРВ до лечения – 36,9 м/с, после лечения – 43,2 м/с  $p < 0,05$ , М-ответ до лечения – 2,8 мВ, после лечения – 3,7 мВ, ЛП до лечения – 4,6 мс, после лечения – 3,2 мс  $p < 0,05$ ). Коэффициент ИБС при острой форме заболевания до лечения составил 77%, после лечения – 10% ( $p < 0,05$ ); – при подострой форме заболевания до лечения – 68%, после лечения – 12% ( $p < 0,05$ ), – при хронической форме заболевания до лечения – 51%, после лечения – 15% ( $p < 0,05$ ). Во время лечения и в течение шести месяцев после проведенной терапии побочных явлений не зарегистрировано.

Применение терагерцовой терапии больным алкогольной полиневропатией целесообразно, эффективно и требует дальнейшего исследования.

### АКТУАЛЬНЫЕ МОТИВАЦИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ В АСПЕКТЕ КЛИНИКИ И ПСИХОТЕРАПИИ

И. В. Белокрылов, Е. М. Райзман,  
А. Г. Кузнецов, А. О. Каминская  
(Москва)

С целью повышения эффективности психотерапии больных опийной наркоманией изучались особенности функционирования мотивационно-побудительной сферы. Обследовано 75 больных, отличающихся наиболее слабой мотивацией на отказ от приема психоактивных веществ (ПАВ) и обращение за лечением, а также 25 больных с относительно высокой терапевтической мотивированностью. Выделено два параметра болезни, выраженность которых находится в линейной зависимости с интенсивностью мотивов к отказу от психоактивных веществ и лечению, а также к продолжению употребления наркотика: патологическое влечение к наркотику и расстройство самосознания единства Я. Выделение двух психических векторов, определяющих интенсивность наиболее значимых мотивов аддиктивного поведения опийных наркоманов, привело к построению теста количественного определения уровня мотивированности на лечение.

Клинические и личностные особенности пациентов с наиболее низкой мотивацией на лечение следующие: относительно малая продолжительность заболевания до момента обращения за наркологической помощью, безремиссионное течение болезни на данном этапе, преобладание признаков расстройства личности пограничного круга (импульсивный вариант, вариант с наличием отчетливых аффективных фаз в динамике).

Психотерапевтический подход к аддиктивным пациентам, учитывающий особенности их актуальных мотиваций, базировался на анализе внутреннего конфликта, в содержании которого рассматривалось и само участие больного в лечебно-реабилитационном процессе. Важнейший бессознательный аспект этого конфликта зак-

лючается в ненадежности “хорошего внутреннего объекта”, с которым ассоциируются мотивы выздоровления. Эти искажения в сфере объектных отношений преломляются в психотерапевтическом процессе комплексом нарушений, общей характеристикой которых выступает расщепление, а в случаях наибольшей выраженности – диссоциированность психической деятельности пациентов.

Повышения психической интегрированности в качестве важнейшей цели лечения больного опийной наркоманией подчеркивает значение сочетания экспрессивных и эмпатических форм психотерапевтических интервенций, а также групповой психотерапии.

### **ДИНАМИКА ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА ФОНЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕЛЕКАРСТВЕННЫХ МЕТОДОВ**

Л. Н. Бизина

(Санкт-Петербург)

Цель исследования – оценка эффективности нелекарственных методов лечения больных алкоголизмом с депрессивными и тревожными расстройствами.

Обследовано 98 больных алкоголизмом (32 женщины и 66 мужчин) 30–55 лет с длительностью заболевания 7–15 лет. У всех больных отмечался тяжелый алкогольный абстинентный синдром, высокие показатели тревоги и депрессии (психической и соматической). Больные наблюдались в течение 46 суток стационарно и амбулаторно, были разделены на 4 группы. В 1, 2, 3-й группах на фоне психофармакотерапии (ПФТ) использовалась инфракрасная лазеротерапия (ИК-лазер), транскраниальная электростимуляция (ТЭС), биоуправление (БОС). В первой группе (26 человек) больные получали лечение ИК-лазером, методами ТЭС и БОС; во второй группе (22 человека) – ИК-лазером, в третьей (26 человек) – ТЭС, в 4-ой группе (24 человека) – традиционную ПФТ (контрольная группа). Для оценки динамики симптомов тревоги и депрессии использовались анамнестический, клинико-психопатологический, катamnестический, экспериментально-психологический методы.

Эффективное воздействие на психические и соматические симптомы тревоги и депрессии оказывали все применявшиеся методы. В сочетании с традиционной ПФТ они способствовали более быстрой редукции симптомов тревоги и депрессии. ТЭС оказывала в большей мере положительное влияние на психические симптомы тревоги и депрессии, чем другие методы. Отмечено усиление положительных влияний ТЭС и ИК на имевшуюся симптоматику.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Р. В. Бисалиев

(Москва)

Целью исследования являлось изучение и описание особенностей клинко-психопатологической структуры суицидального поведения у больных алкоголизмом.

Обследовано 40 больных с диагнозом “Хронический алкоголизм (зависимость от алкоголя) – средняя стадия, фаза поддерживающего лечения. F10.2.2.2”, 18 (45,0%) мужчин и 22 (55,0%) женщины. Возраст респондентов варьировал от 18 до 60 лет (средний возраст – 37±0,8 лет).

Оценка наблюдавшихся форм суицидального поведения проводилась в соответствии с отечественной классификацией (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980).

Антивитаальные переживания наблюдались у 10,0%. Они характеризовались отсутствием желания жить или желательности близкой смерти. В структуре суицидальных мыслей – у 6 человек (15,0%) отмечались размышления о феномене самоубийства как таковом, раздумья о смысле своего существования. Более конкретные представления о способе и средствах самоубийства содержали суицидальные замыслы, которые наблюдались 17,5% случаев. У 5,0% больных были выявлены суицидальные намерения. При этой форме наблюдался поиск условий прекращения собственной жизни. Иллюстративны данные по суицидальным попыткам, удельный вес которых составил 52,5% (21 человек).

Среди способов самоубийства самоотравления встречались у трети больных (32,5%). С суицидальной целью применялись большие дозы крепких алкогольных напитков, психотропные средства. Самопорезы наблюдались у 10,0%, самоповешения – у 7,5% больных. Падение с высоты фиксировалось в 5,0% наблюдений.

Выделены мотивы суицидального поведения: протест – 6 человек (15,0%), призыв – 4 человека (10,0%), месть – 5 человек (12,5%), самонаказание – 4 человека (10,0%), отказ от существования – 3 человека (7,5%).

Таким образом, суицидальное поведение у больных алкоголизмом представлено клиническим разнообразием его форм. Вместе с тем, суицидальная активность у больных алкоголизмом колеблется в пределах от 5,0% до 52,5%.

Проведенные исследования явились концептуальной основой для определения мишеней психофармакотерапевтического и психотерапевтического воздействия.

### **УРОВЕНЬ СУИЦИДАЛЬНОСТИ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ**

В. Г. Бондарев, Н. Е. Завьялова

(Новокузнецк)

Психическая патология, коморбидная с аддиктивными расстройствами (АР), требует самого пристального вни-

мания как прогностически неблагоприятный микст с высокой вероятностью развития суицидальных тенденций.

Проведен клинико-эпидемиологический анализ случаев завершенных суицидов (ЗС) у психически больных и коморбидно зависимых от психически активных веществ (ПАВ), за период 1990–2009 гг. Из 294 случаев (157 мужчин, 137 женщин) у 53 зарегистрирована первично диагностированная психическая патология, коморбидная с АР. В возрасте 18–30 лет в группе больных с АР совершено 50,9% ЗС, а в группе больных, неотягощенных АР (241 случай) – 26,5%. В возрастной группе 60 лет и старше суициды у лиц с АР – 11,3%, у лиц без АР – 24,8%.

Все случаи ЗС разделены на 4 группы: шизофрения и шизоформные расстройства; органические психические расстройства (в т.ч. эпилепсия, ЧМТ); возрастные инволюционно-сосудистые расстройства; личностные расстройства.

Группа шизофрений – 10 случаев (8 мужчин, 2 женщины) – 18,8% всех ЗС с АР состояли на диспансерном наблюдении, у 9 больных отмечено алкогольное АР и в 1 случае – наркотическая аддикция. Течение болезни было непрерывным. Частые госпитализации в стационар связаны с грубым психопатоподобным поведением на фоне продуктивной симптоматики. Возраст всех суицидентов – от 30 до 60 лет. Это лица преимущественно одинокие, потерявшие семьи и близких.

В группе больных органическими психическими расстройствами – 37 случаев (34 мужчины, 3 женщины). Они наблюдались в основном консультативно – 70,2%, преобладали алкогольные аддикции – 67,5%, доля токсико-наркотических АР – 32,5%. Преобладающий возраст суицидентов – 18–30 лет. Характер АР в этой группе нередко регистрировался посмертно.

По 3 случая ЗС с АР зарегистрированы среди больных инволюционно-сосудистыми и пограничными личностными (аффективными) расстройствами. При инволюционно-сосудистой патологии (возраст 50–70 лет) больные были на диспансерном наблюдении, у них регистрировался алкоголизм. При личностных расстройствах выявлены полинаркотические АР у суицидентов в возрасте до 30 лет, 9,5% от всех ЗС – у лиц с пограничными расстройствами.

Выраженные АР обнаружены почти у пятой части лиц с ЗС, первично страдавших различными психическими расстройствами. Риск возникновения ЗС у зависимых наиболее высок в возрасте от 18 до 30 лет. В возрасте от 60 лет и старше АР встречаются значительно реже.

Обнаружен высокий уровень АР (49,0%) у лиц, состоящих в диспансерной группе наблюдения.

#### **РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

О. Ж. Бузик, Г. Л. Гуревич, А. Р. Саркисян  
(Москва)

В Московском научно-практическом центре наркологии разработана реабилитационная программа для лиц,

страдающих зависимостью от азартных игр с коморбидной патологией. Основная цель программы: полный отказ от азартных игр и психоактивных веществ, качественные позитивные личностные изменения у пациента и его родственников, изменение взаимоотношений с окружающим миром. Программа включает три составляющих: медикаментозную, психотерапевтическую, социальную. Медикаментозная составляющая направлена на купирование патологического влечения к игре и коррекцию сопутствующей психической патологии. Психотерапевтическая часть программы направлена на коррекцию “экзистенциального дефекта”, который является предметом реабилитационной работы. Все построение реабилитационных мероприятий направлено на включение самого больного в лечебно-восстановительный процесс, привлечение его как можно больше к участию в восстановлении тех или иных функций или социальных связей. Социальная составляющая направлена на решение вопросов трудовой и профессиональной реабилитации. Для каждого пациента составляется индивидуальный реабилитационный профиль, в котором учитываются: личностные особенности, коморбидная патология, наличие других зависимостей, уровень мотивации, конкретные актуальные проблемы. Эти особенности являются предметом проработки при индивидуальной психотерапии. Первый этап – стационарный (30 дней). Он строится из тематических лекций, самостоятельной работы (заполнение тестов, выполнение психологических заданий), работы в малых группах и индивидуальных занятий, в которых используются: метод психотерапевтического шунтирования, трансакционный анализ, гештальт-терапия. Групповая работа включает в себя когнитивно-поведенческую терапию. На амбулаторном этапе пациенты два раза в неделю посещают групповые психотерапевтические занятия. Продолжительность амбулаторного этапа не ограничена. Одновременно проводится психотерапевтическая работа с родственниками, направленная на преодоление созависимости.

#### **ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ**

М. М. Буркин, С. В. Горанская  
(Петрозаводск)

Проведено сравнительное исследование аддиктивного поведения 15-летних подростков: в 2002 г. – 754 чел., в 2008 г. – 901 чел. (использован европейский опыт проекта ESPAD). Оказалось, что с 80% до 90% увеличилось количество школьников, которые хотя бы раз в жизни попробовали спиртное. Возросла интенсивность употребления алкоголя: в 2002 г. 1–2 раза в год употреблял алкоголь каждый пятый, в 2008 г. – каждый третий, а число употреблявших свыше 40 раз увеличилось в три раза. Не произошло изменений в количестве подростков, употреблявших алкоголь за последний месяц



(около 60%). По-прежнему состояние опьянения однажды в жизни испытали 70% подростков, за 12 месяцев – каждый второй, за 30 дней – каждый третий. Увеличилось число подростков (с 35% до 58%), которые впервые попробовали алкоголь в возрасте от 14 до 15 лет. Также снизился средний возраст приобщения к табаку, а частота курения возросла: в 2002 г. свыше 40 сигарет за всю свою жизнь выкурили около 30%, а в 2008 г. – свыше 50% респондентов. Всего около 70% подростков за свою жизнь выкурили хотя бы одну сигарету. Курение табака по-прежнему более распространено среди мальчиков. Большинство школьников не пробовали наркотики, а число куривших марихуану или гашиш уменьшилось с 15% до 6%. Таким образом, по-прежнему выявляется значительное число курящих и употребляющих алкоголь школьников, существенно возросла частота табакокурения и потребления алкоголя.

#### **ПАТОГЕННОСТЬ СМОГА ЭНТЕОГЕНОВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМ АБСТИНЕНТНОМ СИНДРОМЕ**

Е. Н. Бычков, Ю. Б. Барыльник,  
А. Т. Староверов, А. Н. Хлебников  
(Саратов)

Изучено действие смога энтеогенов при курении психоактивных смесей листьев шалфея предсказателей, семян гавайской розы, цветков голубого лотоса в сочетании с другими растительными наполнителями при алкогольном абстинентном синдроме (ААС). Наблюдались 14 мужчин в возрасте 19–25 лет, с 5–7-летней зависимостью от алкоголя. ААС продолжительностью до 5 дней проявлялся соматовегетативными и неврологическими симптомами. Пациенты характеризовались конформностью, неустойчивостью, экстравертированностью, импульсивностью, высоким уровнем поиска новизны ощущений. Во время ААС больные несколько раз в сутки через самодельные устройства вдыхали смог тлеющих курительных смесей. Ингаляция смога энтеогенов приводила к трансформации ААС с галлюцинаторным помрачением сознания и соматовегетативными отклонениями, зависящими от состава миксов. Симпатотропный эффект шалфея усугублял вегетопатию, потенцировал проявления психических и патофизиологических расстройств в структуре ААС, вследствие чего больные от него отказывались. Ингаляции смога гавайской розы при ААС вызывали эйфорию, релаксацию, колористические зрительные галлюцинации, дисхроноз и усиление парасимпатических эффектов. Смог смеси с преобладанием голубого лотоса приводил к опиоидоподобному расслаблению, транквилизации, поверхностному сну, побуждая больных к повторению курения. В интоксикации сохранялся перевес периферических парасимпатических эффектов над симпатическими. В постабстинентном состоянии на фоне редуцированного патологического влечения к алкоголю обнаруживалось обострение обсессивного влечения к энтеогенам.

#### **СУБДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ**

Ю. Е. Варфоломеева  
(Москва)

Распространенность депрессии у больных алкоголизмом варьирует от 30 до 65%, что в 2,5–3 раза больше, чем в общей популяции.

Цель исследования – раннее выявление субдепрессивных состояний у больных алкоголизмом во время купирования ААС и назначение адекватной антидепрессивной терапии. Обследовано 32 мужчин в возрасте от 23 до 62 лет, у которых был диагностирован хронический алкоголизм 2 стадии. Исследованию подвергались больные алкоголизмом, у которых наблюдались субдепрессивные расстройства, возникавшие в период существования абстинентного синдрома и сохранявшиеся после его исчезновения. Это неглубокие депрессии продолжительностью до 1 месяца. Отмечалось пониженное настроение, которое, как правило, сочеталось с ощущением безотчетной тревоги, внутренним напряжением, снижением желаний и побуждений к деятельности.

У обследованных, в отличие от пациентов эндогенной депрессией, отсутствовали выраженные суточные колебания настроения, хотя обычно к вечеру депрессивная симптоматика усиливалась, отсутствовали суицидальные тенденции, идеи самоуничтожения и самообвинения, идеаторная и двигательная заторможенность.

Наиболее частыми вариантами субдепрессивных состояний являлись следующие: 1) простое – с преобладанием сниженного настроения и пониженной самооценкой; 2) тревожно-депрессивное – сочетание гипотимии с ощущением внутреннего дискомфорта, ожиданием каких-то неприятностей социального содержания; 3) дисфорическое – наличие помимо сниженного настроения, раздражительности, недовольства окружающим, стремления разрядить свои отрицательные переживания в конфликтах с окружающими. Употребление алкоголя у всех пациентов начиналось со стремления устранить психический дискомфорт (повысить настроение и активность, избавиться от чувства тревоги). Лечение больных алкоголизмом с коморбидными субдепрессивными состояниями начиналось с купирования ААС, т.е. с проведения дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. В терапию сразу включались антидепрессанты, обладающие седативным и анксиолитическим действием, но лишенные серьезных побочных эффектов – в первую очередь холинолитических свойств. Применялись пирлиндол, тианептин, мirtазапин.

#### **ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В НАРКОЛОГИИ**

М. А. Винникова  
(Москва)

В настоящее время наблюдается тенденция увеличения количества психотропных препаратов различных

групп, которые используются в наркологии. Помимо стремительного внедрения препаратов следующего поколения в рамках одной группы лекарственных средств (ЛС), появляются еще и препараты с новыми механизмами действия. Врачу клиницисту бывает сложно сделать правильный выбор ЛС, решить вопросы эквивалентности доз в случае перевода пациента на другой препарат, определить тактику терапии при обострениях заболевания. Все это определяет актуальность клинических исследований, направленных на оптимизацию психофармакологического лечения в наркологической практике.

Цель исследования – определение предпочтительной терапевтической стратегии при формировании комплексной программы лечения пациентов с болезнями зависимости. В результате проведения данного исследования планировалось разработать определенные рекомендации по улучшению и оптимизации подходов к терапии наркологических заболеваний.

Широко обсуждаемым является вопрос использования антипсихотиков в терапии синдрома зависимости. Основная цель применения этой группы препаратов – купирование патологического влечения. В настоящее время все более широко используются атипичные антипсихотики. Несомненно, при обострении заболевания (актуализация синдрома патологического влечения, срыв) тактика терапии определяется с учетом особенностей клинической картины. Предпочтительно увеличение дозы основного психотропного препарата, либо добавление антидепрессанта и/или нормотимика. Для получения терапевтического результата необходимо проводить курсы терапии адекватной длительности. Длительный прием препаратов обусловлен тем, что динамика патологического влечения имеет волнообразный характер, наблюдаются периоды актуализации и утихания симптоматики, особенно в первые 3–4 месяца формирования ремиссии. Поэтому адекватные курсы терапии антипсихотиками, антидепрессантами, нормотимиками позволяют предупредить развитие ранних рецидивов. При достижении стабильного состояния рекомендовано плавное снижение доз лекарственных средств.

Наиболее важной и сложной представляется разработка тактики, направленной на соблюдение режима терапии. В этом случае необходимо использовать не только психофармакотерапию, но и психотерапевтическую коррекцию.

### **РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

И. В. Воеводин, Н. А. Бохан  
(Томск)

Качество реабилитации наркозависимых в значительной степени достигается за счет грамотного организационного подхода ко всем этапам реабилитационного цикла.

Вход в реабилитационную программу может быть как по непосредственному обращению, так и через низкопороговые программы – от программ снижения вреда до амбулаторных курсов реабилитации, в медицинских учреждениях либо экстрамуральных.

Конкретное насыщение реабилитационной программы зависит от ряда факторов, включая фактор предпочтения терапевтом определенных методик. Терапия является динамичным процессом, приоритетность того или иного вида вмешательств задается на каждый конкретный момент. Те виды вмешательств, которые на данный момент менее приоритетны, не следует упускать из виду. Общеизвестной является ведущая роль на реабилитационном этапе психотерапии и вспомогательная – фармакотерапии. Нередки ситуации, когда декомпенсация коморбидной аффективной патологии приводит к нарушениям становления ремиссии, вплоть до выпадения больного из программы, в таких случаях значение фармакотерапии соответственно возрастает.

Ядром реабилитационной программы является формирование антинаркотического потенциала. Ведущую роль играет создание мотивации к изменениям, нормализация эмоционального состояния, повышение адаптивности копинг-стратегий, коррекция иррациональных когнитивных установок, способствующих поддержанию зависимого поведения.

В оценке эффективности программ с позиций доказательной медицины целесообразен отход от критерия продолжительности ремиссии, не используемого в мировой наркологии, и оперирование такими критериями, как удовлетворенность лечением, удержание в программах, самосохраняющий стиль жизни, ее достойное качество, компенсация коморбидной патологии, частота рискованного поведения.

### **АНОНИМНОЕ АНКЕТИРОВАНИЕ УЧАЩИХСЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

А. В. Волков, С. В. Амелина, Н. Е. Фролова,  
Н. А. Шешнина, М. А. Зиновьева

(Ярославль)

Начиная с 2001 года в образовательных учреждениях Ярославской области ежегодно проводится анонимное анкетирование учащихся для выявления употребления психоактивных веществ. За девять лет проанкетировано 32751 подросток, или около 3600 респондентов в год из 70–75 учебных заведений области.

Цель анкетирования – своевременное выявление подростков, склонных к употреблению ПАВ и повышение эффективности деятельности образовательного учреждения по профилактике аддиктивного поведения. Анкета предназначена для опроса подростков в возрасте от 13 до 18 лет: учащихся 8 и 10 классов общеобразовательных школ и учащихся 1-го курса учреждений начального профессионального образования. Объект исследо-

вания – конкретный класс/группа образовательного учреждения. Изучение результатов анкетирования позволяет ранжировать роли специалистов по степени их значимости и выявить приоритетные направления профилактики аддиктивного поведения в конкретном классе/группе. Рекомендации специалистов используются педагогами для планирования последующей прицельной профилактической работы и реализуются совместными усилиями.

Несмотря на тенденцию к снижению, количество учащихся области, которые сообщают об употреблении алкоголя, остается высоким (92,3% в 2001 году, 82,3% в 2009 году). Абсолютное большинство из них – употребляющие слабоалкогольные напитки (88% в 2001 году, 75,7% в 2009 году). В последние 2–3 года наряду с употреблением пива и вина отмечается увеличение числа подростков, предпочитающих энергетические напитки – 77,7%.

Происходит постепенный спад употребления наркотических веществ (11% в 2001 году, 4,7% в 2009 году). За последние 3 года количество употребляющих наркотики не превышало 5% из числа опрошенных. Большинство из числа пробовавших наркотики предпочитают каннабиноиды (около 90%).

Прослеживается тенденция к снижению интереса к табакокурению (с 60% в 2001 году до 46,4% в 2009 году).

Анонимное анкетирование позволяет установить степень вовлеченности несовершеннолетних в употребление ПАВ. Установлены три основные группы по уровню употребления ПАВ: классы с благоприятной или напряженной ситуацией, а также группа риска. В каждой группе проводятся превентивные мероприятия, максимально приближенные к конкретной ситуации.

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

А. Ю. Ермолов, В. С. Володин  
(Воронеж)

Для исследования распространенности курения в студенческой среде случайным образом были отобраны 212 человек (68 мужчин и 144 женщины), в возрасте от 18 до 23 лет, обучающихся в медицинской академии и педагогическом университете г. Воронежа.

Информация собиралась путем анонимного опроса по специально разработанной анкете, которая включала следующие вопросы: возраст выкуривания первой сигареты, характеристика испытываемых ощущений и последствий курения для здоровья, длительность и интенсивность курения, число предшествовавших попыток и предпочтительные методы отказа от курения, особенности личности курильщика и соматический статус.

Установлено, что из 212 студентов продолжали курить 120 человек (40 мужчин и 80 женщин, преимущественно

студентки педуниверситета), что составило 56,6%; не курили – 92 человека (28 мужчин и 64 женщин) или 43,4%. Из некурящих в настоящее время вообще не курили 36 человек (8 мужчин и 28 женщин) (17%). Студенты, продолжающие курить, в 44,6% связывают ухудшение своего здоровья с курением; 55,4% не отмечают ухудшения здоровья. Среди бросивших курить ухудшение своего здоровья связывают с курением только 22,2%, не отмечают ухудшения здоровья – 77,8%. Практически все студенты отмечают у себя наличие тревожного состояния, которое становится менее выраженным после курения.

Исследование дает возможность заключить, что необходима разработка государственной программы по профилактике курения для студентов вузов.

### **АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ**

С. В. Гарганеев, М. И. Рыбалко  
(Барнаул)

У подростков становятся значимыми следующие аддикции, подразумевающие общение: гемблинг, интернет-зависимость, зависимость от общения и зависимость от спиртных напитков малой крепости. Межличностные отношения являются лишь частью аддиктивной среды подростка. Фоном для формирования аддикций является безнравственное поведение, а также коммуникативная некомпетентность общества по отношению к подростку.

Цель работы – систематизация проблем подростков с аддиктивным поведением и демонстрация опыта его превенции и психокоррекции.

Обследование 436 подростков (средний возраст  $15,4 \pm 0,94$  лет) с расстройствами поведения показало рост удельного веса нехимических аддикций. Каждая форма аддикции обнаруживает предпочтительность: каждый последующий круг предпочтительности – частный случай аддиктивных отношений, а предыдущий круг включает их совокупность. Наиболее предпочтительными являются зависимости от общения, от спиртных напитков малой крепости, компьютерная и интернет-зависимость.

Превенция аддикций и оказание помощи подросткам определялись спектром проблемных состояний. Психологические проблемы подростков раскрывались в актуализации ими таких тем, как “Страхи и опасения”, “Чувство вины”, “Отношение к семье”, “Нереализованные возможности”, “Отношение к правилам и законам”; в обсуждении фрустрирующих ситуаций, в прогнозировании поведения, в дифференциации ситуативно-нормативного поведения. Удельный вес проблемных состояний зависит от степени вовлеченности в аддиктивные отношения привычных стереотипов поведения. Прослеживается нарастание психопатизации, уменьшение коэффициента антиципации, появление деструктивных способов разрешения фрустрирующих ситуаций. Предуп-

реждение аддиктивного поведения заключалось во всестороннем информировании подростков о проблемных состояниях, способных реализоваться в зависимость. Предлагались способы конструктивной психокоррекции и когнитивно-поведенческой психотерапии.

#### КЛИНИКА ВИЧ-ЭНЦЕФАЛОПАТИЙ У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

И. Б. Гаспер, В. В. Чирко, М. В. Демина,  
И. Д. Даренский, А. М. Баринов  
(Москва)

Среди психических расстройств, связанных с ВИЧ-инфекцией, ведущее место принадлежит энцефалопатии. Изучено структурное содержание и динамика энцефалопатического синдрома у 75 пациентов (60>, 15+), поступивших на стационарное лечение в клинику ННЦН и НБ №17 в 2002–2008 гг. по поводу коморбидных психоорганических расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголем, опиатами и ВИЧ-инфекцией.

Средний возраст больных –  $32,4 \pm 5,5$  года. Давность сформированной зависимости – не менее 5 лет (алкогольной –  $12,4 \pm 2,3$ , наркотической –  $8,4 \pm 2,1$ ). Давность ВИЧ-инфекции (от момента официально подтвержденного факта наличия антител в организме) – не менее 3 лет (в среднем  $4,1 \pm 1,8$  года). Выделены 4 варианта синдрома: астенический, аффективный, апатический и эйфорический.

Астенический вариант характеризовался стойкими проявлениями повышенной физической и психической истощаемости, раздражительной слабости, гиперестезии, аффективной лабильности. Отмечалась также незначительно выраженные дисмнестические расстройства.

Аффективный вариант характеризовали повышенная эмоционально-аффективная возбудимость, раздражительность, взрывчатость, агрессивность, сочетающиеся со снижением адаптации, психической продуктивности и более глубокими дисмнестическими явлениями.

Апатический вариант отличало прогрессирующее сужение круга интересов, безразличие к окружающему, снижение инициативы, аспонтанность, значительные когнитивные и мнестические выпадения

Эйфорический вариант определялся повышенным фоном настроения с суетливостью, бестолковостью, резким снижением критики к своему состоянию, недержанием аффекта и расстройствами памяти, сочетавшимися с конфабуляторными расстройствами.

#### ОПР, КОМОРБИДНЫЕ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ

М. В. Гиленко, В. В. Вандыш  
(Москва)

Органические психические расстройства (ОПР) в сочетании с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) являются одной из наиболее актуальных диагностических категорий в судебно-психиатрической практике.

По результатам оценки клинико-патогенетических соотношений ОПР, коморбидных с зависимостью от ПАВ, обследовано 90 обвиняемых мужчин стационарной СПЭ; было установлено следующее:

- 1) ОПР, осложненные зависимостью от ПАВ – 64, 71%;
- 2) Состояния зависимости, сформировавшиеся на “органической почве” – 18, 20%;
- 3) ОПР как следствие первичных состояний зависимости от ПАВ – 8, 9%.

Каждая из диагностических категорий характеризовалась совокупностью проблем, требующих учета при экспертизе: 1) специфическая динамика ОПР вследствие патокинетического влияния ПАВ – выраженность деструктивных тенденций органического процесса; разграничение собственно органических и алкогольных психозов; прогноз динамических сдвигов, характерных в судебно-следственной ситуации; 2) модифицирующее влияние ОПР на клинику и динамику состояний зависимости – фактор predisпозиции для ее формирования; атипичность клинической картины интоксикации и психозов; злокачественность зависимости; смена клинико-динамических закономерностей ОПР – резидуальные, затем прогрессивные расстройства; 3) патогенетическое значение ПАВ в становлении психоорганической симптоматики; типовые проблемы экспертной оценки выраженности дефицитарных расстройств у лиц с зависимостью от ПАВ.

Учет отмеченных коморбидных соотношений позволяет выбрать оптимальный алгоритм экспертной оценки и повысить ее качество.

#### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Н. В. Говорин, А. В. Сахаров  
(Чита)

Цель исследования – изучение распространенности наркологической патологии среди пациентов крупной многопрофильной больницы.

Обследовано 916 пациентов, проходивших стационарное лечение в Городской клинической больнице №1 города Читы за 30 календарных дней.

Мужчин среди обследованных было 49,3%, женщин – 50,7%. Средний возраст –  $51,06 \pm 0,60$  лет (от 15 до 89 лет).

Курящими являлись 32,3% пациентов, средний стаж курения –  $21,77 \pm 0,76$  лет. У 0,2% выявлена игровая зависимость. Зависимость от опиоидов выявлена у 0,4% обследованных, употребление каннабиноидов с вредными последствиями – у 0,4%, еще 0,8% больных ранее пробовали наркотические вещества.

Наркологическая патология, вызванная алкоголем, установлена в 25,7% случаев. Употребление алкоголя с

вредными последствиями выявлено у 11,8% больных, синдром зависимости от алкоголя – у 13,9% (в том числе 1 стадия – у 1,8%, 2 стадия – у 11,5%, 3 стадия – у 0,6% обследованных). Среди мужчин употребление алкоголя с вредными последствиями диагностировано в 19,9%, алкогольная зависимость – в 24,3% случаев, среди женщин – в 3,9% и 3,7% случаев соответственно. Это указывает на наличие у 44,2% мужчин и 7,6% женщин соматического стационара наркологической патологии. Максимальные показатели наркологической патологии, связанной с алкоголем, выявлены в токсикологическом центре (70,4%) и ожоговом центре (76,5%), далее идут отделения хирургического профиля (24,5%), затем – терапевтического (17,6%).

На причинную связь стационарного лечения с приемом алкоголя указали 13,1% обследованных. У мужчин такая связь прослеживалась чаще – в 20,4% случаев, у женщин значительно реже – всего в 6,1%.

Полученные данные демонстрируют не только роль алкогольного фактора в ухудшении соматического здоровья населения, но и огромные издержки учреждений.

#### **ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТОДИК АФФЕКТИВНО-СТРЕССОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

А. Г. Гофман, А. С. Меликсетян  
(Москва)

С целью установления эффективности методик опосредованной психотерапии обследовано 100 больных хроническим алкоголизмом (все мужчины) в возрасте от 25 до 60 лет. Во всех случаях диагностирована 2 стадия алкоголизма. Все больные прошли курс противоалкогольного лечения, завершившийся известными методиками (“Торпедо”, Эспераль, “Пролонг”, “Кодирование”) с оговоренными сроками воздержания от употребления алкоголя. Большинство больных дали согласие на лечение по настоянию близких людей и по инициативе врачей. Многие воспринимали любой “завершающий” метод как способ “держаться на испуге, в страхе”, что заставляет воздерживаться от спиртного в течение оговоренного срока. Лишь малая часть соглашалась с тем, что процедура “помогает, служит сдерживающим фактором” и способствует “удержанию” от потребления алкоголя. У третьей части обследованных существовало “недоверие” к завершающим методикам, уверенность в отсутствии эффекта. Они считали, что вместо аверсивных препаратов им вводят воду, физиологический раствор, но, несмотря на это, заканчивали курс лечения одной из завершающих процедур “для успокоения родственников”. Из 100 больных у 52 ремиссия длилась 1 год и более, они удерживались от употребления алкоголя на протяжении всего оговоренного срока воздержания. Часть больных продолжала отказываться от алкоголя и после окончания оговоренного периода воздержания. Установлена статистически достоверная связь между длительностью рецидива и отношением к “ради-

кальной” методике ( $R=-0,42$ ,  $p=0,05$ ). У пациентов, не выдержавших оговоренного срока воздержания, в большинстве случаев возникают более длительные запои, чем до становления ремиссии. Установлена достоверная взаимосвязь между длительностью ремиссии и отношением к заключительной процедуре. Чем короче ремиссия, тем у большего количества больных наступил рецидив. Прием спиртного возобновлялся, несмотря на проведенную “радикальную” методику (в общей группе  $R=-0,69$ ,  $p=0,00$ ; в группе с короткими ремиссиями  $R=-0,70$ ,  $p=0,02$ ). В группе с длительными сроками отказа от алкоголя статистически значимая связь между этими показателями отсутствует.

#### **ЛЕЧЕНИЕ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, В МЕЖДУНАРОДНОМ ИНСТИТУТЕ РЕЗЕРВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЧЕЛОВЕКА**

Г. И. Григорьев, В. А. Мильчакова,  
Д. Г. Григорьева  
(Санкт-Петербург)

В последние годы за рубежом и в России отмечается резкое увеличение числа лиц с аддиктивным поведением и аддиктивными расстройствами личности, что представляет серьезную угрозу национальной безопасности и психическому здоровью населения.

По данным РАН, в России около 700 тыс. человек страдают игроманией. По данным ГНЦ социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского (2007), каждый 20-й россиянин может быть включен в группу риска игровой зависимости.

Проблема игровой аддикции является мультидисциплинарной, различные ее аспекты изучаются и рассматриваются с социальных, медицинских, психологических, политических позиций.

В настоящее время интенсивно разрабатываются социальные программы профилактики игровой зависимости. В рамках психиатрии (наркологии) разрабатываются методы лечения пациентов с игровой зависимостью.

В Международном институте резервных возможностей человека накоплен достаточный опыт лечения зависимых от азартных игр методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока, многолетний опыт применения которого показал его эффективность при алкоголизме, наркомании и табакокурении. Первые пациенты с игровой аддикцией зарегистрированы в 1993 г. К настоящему времени в Институте накоплен определенный опыт по их лечению. Всего за 17 лет наблюдения (с 1993 по 2009 гг.) психотерапевтическая помощь оказана 362 зависимым от игры. Формирование выборки осуществлялось с нарастающей интенсивностью от 3 человек в 1993 г. до 56 человек в 2005 г. В дальнейшем интенсивность обращений уменьшилась и в 2009 году за психотерапевтической помощью по поводу игровой зависимости обратилось лишь 18 человек.

Более половины пациентов находились в возрасте от 20 до 40 лет. Все пациенты с игровой зависимостью, обратившиеся за помощью, считают влечение болезненным, осознают необходимость полного отказа от игры. Многие игроманы понимают необходимость одновременного лечения от других видов зависимости (алкоголизм, наркомании).

### **ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НА ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ПСИХОАКТИВНЫМ ВЕЩЕСТВАМ**

И. А. Грязнева  
(Москва)

Цель исследования – установление взаимосвязи между дезадаптивным поведением подростков и их отношением к психоактивным веществам. Обследовано 50 человек (учащиеся 9–10-х классов, возраст – от 14 до 17 лет, не состоящие на учете в наркодиспансере). В ходе исследования общая выборка испытуемых была поделена на две группы, условно названных “адаптивные” и “дезадаптивные”. В основу выделения групп положены показатели по шкалам методики Е.Д. Тимошенко “Методика первичной диагностики и скрининга детей “группы риска”. Критические баллы, согласно автору, определяют у испытуемого дезадаптивное поведение. Обработка данных методики “Анкета на выявление отношения подростков к ПАВ”, с учетом принадлежности подростков к группе “адаптивных” либо “дезадаптивных”, показала предпочитаемые варианты ответов. Обе группы подростков отмечают рост количества людей, употребляющих наркотики, доступность информации о проблеме наркомании (в качестве основного источника указывалось телевидение). В зависимости от принадлежности к той или иной группе, подростки по-разному оценивают влияние этой информации на личность человека, употребляющего ПАВ, а также факторы, побуждающие молодых людей к употреблению ПАВ. Выявлена корреляция между индексом дезадаптивности подростков (ИДП) и содержанием их ответов по методике “Анкета на выявление отношения подростков к ПАВ”.

### **ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Г. Л. Гуревич, О. Ж. Бузик  
(Москва)

Цель исследования – изучение патологического влечения к азартным играм у больных шизофренией в сравнении с больными игровой зависимостью без коморбидной патологии. Основная группа – 48 пациентов с зависимостью от азартных игр, страдающих параноидной формой шизофрении с приступообразным типом течения, группа сравнения – 30 пациентов с зависимостью от азартных игр без коморбидной патологии. У

больных шизофренией игровая зависимость манифестировала достоверно позже по сравнению с пациентами игровой зависимостью без коморбидной патологии. Осознанное влечение появлялось после первых же эпизодов игры, игровое поведение сразу же становилось систематическим, однако, игровой абстинентный синдром был стертым и характеризовался в основном астено-депрессивными проявлениями. Эти больные редко самостоятельно обращались за медицинской помощью, об игровой зависимости рассказывали только после купирования очередного приступа шизофрении. Структурные особенности синдрома патологического влечения к азартным играм оказались различными в основной и контрольной группах. У больных шизофренией патологическое влечение было менее интенсивным, чаще сопровождалось борьбой мотивов. У части пациентов были выявлены элементы психического (моторного) автоматизма. Игровые “запой” начинались, продолжались и заканчивались вне связи с внешними обстоятельствами. У больных игровой зависимостью без коморбидной патологии начало и окончание игрового “запоя” в большинстве случаев связывалось с внешними провоцирующими факторами. Таким образом, выявлены достоверные различия в клинической картине игровой зависимости, структуре патологического влечения к азартной игре у больных шизофренией и лиц без коморбидной патологии.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА И ДИНАМИКА НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ И РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ ЗА ПЕРИОД С 2005 ПО 2009 ГОДЫ**

М. А. Дальсаев, Р. Ч. Дальсаева  
(Грозный)

Высокий уровень распространенности наркологических заболеваний требует изучения различных факторов, способных влиять на наркологическую ситуацию. Сравнивалась динамика некоторых показателей распространенности заболеваемости в Чеченской республике и в республике Ингушетия.

Цель исследования – установить влияние длительной чрезвычайной ситуации, в которой пребывало население Чеченской республики, на уровень распространенности и структуру наркологических расстройств.

Анализировались отчетные данные за период с 2005 по 2010 годы.

В Чеченской республике до 2008 года показатели растущей заболеваемости наркоманиями и алкоголизмом почти одинаковые. В 2009 году число больных алкоголизмом стало меньше количества выявленных больных наркоманией. Удельный вес больных алкоголизмом в Ингушской республике, выявленных в 2009 году, составил всего 0,4, а в Чеченской республике – 21,0. В Ингушетии не зарегистрировано ни одного алкогольного психоза. В Чеченской республике этот показатель составил

8,2. Самый большой показатель заболеваемости в Ингушетии в 2006 г. составил 4,0 на 100 тысяч человек. Показатель выявляемости наркомании составил по Ингушской республике – 4,02, а по Чеченской республике – 21,0 на 100 тысяч населения. Возрастные характеристики состоящих под наблюдением больных наркоманией совпадают. Большая часть больных в обеих республиках – городские жители. Число стационарно пролеченных больных в Ингушетии, где нет своего стационара, крайне незначительно. В Чеченской республике в 2005 году стационарно пролечен один больной наркоманией и 219 больных алкоголизмом, а в 2009 году – 239 больных наркоманией и 440 больных алкоголизмом. Кадровая обеспеченность амбулаторного звена в Чеченской республике и в Ингушетии примерно одинаковая.

Несмотря на единые социально и религиозно запретные формы зависимого поведения число больных, страдающих наркоманией и, особенно, алкоголизмом, в Чеченской республике существенно больше, чем в Ингушской республике. Это можно объяснить длительным социальным стрессом.

#### **ЭНДОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

И. Д. Даренский, Т. Н. Дудко  
(Москва)

Представления об алкогольной зависимости как об ослабляющей болезни, ведущей к распаду семьи и потере трудоспособности, обычно используется для упрощения антиалкогольной пропаганды. Вместе с тем известно, что соматические осложнения алкогольной болезни в значительной степени зависят от коморбидной соматической патологии.

Цель исследования – изучение влияния иного коморбидного психического заболевания на тяжесть социальной дезадаптации нарколологических больных.

Обследовано 200 больных алкогольной зависимостью в клинике ННЦ наркологии с типичными проявлениями 2 стадии заболевания. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от выраженности социальной дезадаптации. Была выделена группа лиц с опережающей обычными сроками социальной дезадаптацией (100 больных). При обследовании этой группы лиц, помимо симптомов алкогольной зависимости были обнаружены признаки иных психических заболеваний: маниакально-депрессивного психоза (2%), шизофрении (5%), психопатии (25%), органического поражения головного мозга (38%). Оказалось, что большинство больных (70%) с опережающей социальной дезадаптацией страдают коморбидным психическим заболеванием. Некоторые больные ранее наблюдались у психиатра и имели верифицированный диагноз (11%). В то же время больные без выраженных последствий алкогольной зависимости редко (10%) обнаруживают коморбидные расстройства.

Алкогольная зависимость в большинстве случаев не подразумевает тяжелую социальную, семейную и профессиональную дезадаптацию. Опережающая клиническую динамику социальная дезадаптация больных алкогольной зависимостью обычно свидетельствует о наличии коморбидного психического заболевания, в то время как зависимость от алкоголя является симптоматическим его проявлением.

#### **АДДИКТИВНАЯ ТРИАДА – СТЕРЖНЕВЫЕ СИНДРОМЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ**

М. В. Демина, В. В. Чирко, И. Д. Даренский,  
А. М. Баринов  
(Москва)

Современная клиническая наркология нуждается в разработке и внедрении объективных оценок осевых психопатологических синдромов. Разработаны и апробированы шкалы количественных оценок главных психопатологических синдромов нарколологических заболеваний – синдрома патологического влечения, абстинентного и нарушенного сознания болезни.

1. Клиническая шкала определения патологического влечения включает большие и малые диагностические критерии. Для диагностики патологического влечения к ПАВ достаточно трех больших критериев или двух больших и двух малых критериев. Сумма баллов выше 11 свидетельствует о тяжелой степени влечения, 8-11 позволяет диагностировать влечение средней степени выраженности, ниже 8 говорит о влечении легкой степени.
2. Клиническая шкала определения сознания болезни оценивает индивидуальные аффективные, когнитивные и поведенческие компоненты, объединенные в 16 блоков.
3. Клиническая шкала определения симптомов лишения учитывает наиболее важные особенности клинической картины, основные модели поведения и его изменения в динамике. Она включает такие группы синдромов как астенический, соматовегетативный, аффективный и энцефалопатический. В соответствии с этим, определяется и клинический вариант абстинентного синдрома. Всего оценивается 18 групп симптомов с 4-балльной оценкой каждого признака.

Шкалы основаны на использовании клинических критериев, могут учитывать значимость или вес компонентов синдрома и регистрировать его динамику. В отличие от существующих шкал они базируются не на самоотчетах больных, а на объективных клинических признаках. Работа со шкалами не требует специальной подготовки врача психиатра-нарколога и не занимает много времени.

## УЧАСТИЕ ОБЩЕСТВЕННЫХ И РЕЛИГИОЗНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОКАЗАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ЗАВИСИМЫМ ОТ ПАВ

В. К. Доронкин  
(Москва)

В нашей стране сотни негосударственных организаций занимаются оказанием реабилитационной помощи наркологическим больным. Эти организации имеют либо религиозную, чаще всего христианскую направленность, либо используют методику 12-шаговой программы анонимных алкоголиков и наркоманов, в рамках которой формулируется понятие о болезни, о путях выздоровления и нравственных ценностях. Реабилитационную работу в негосударственных центрах проводят либо священнослужители и проповедники из близлежащих конфессиональных общин, либо общественники и так называемые выздоравливающие – “бывшие” зависимые от психоактивных веществ. Десятки тысяч наркологических больных регулярно прибегают к их услугам, несмотря на множество часто обоснованных претензий. Имеются и неоспоримые преимущества этих организаций – их бескорыстность, доступность и эффективность.

При всем многообразии государственных и общественных реабилитационных учреждений, одна из основных проблем заключается в отсутствии координации их деятельности. Отсутствуют общие подходы к оценке эффективности работы реабилитационных центров независимо от их ведомственной или общественной принадлежности, срокам наблюдения и условиям оказания помощи, последовательности, преемственности, легитимности. Необходимо создать условия для реализации правовой основы наркологической помощи, порядка ведения больных с использованием программ не только психосоматического, но и духовного восстановления. Духовно-реабилитационная деятельность (конфессиональная и светская) должна быть смыслом всей наркологической помощи. Только нравственные и мотивационные изменения, проявляющиеся ресоциализацией больных и отказом от употребления психоактивных веществ, могут свидетельствовать о том, что достигнута желаемая цель. Они являются главным критерием эффективности лечебно-реабилитационной помощи, а также определенным залогом стабильности произошедших изменений. Общественные формы реабилитационной помощи – это важнейшее социальное явление, которое необходимо сохранять и совершенствовать.

## МОТИВАЦИОННАЯ РИГИДНОСТЬ – ОДНА ИЗ ПРИЧИН РЕЦИДИВОВ ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Т. Н. Дудко, И. Д. Даренский, Т. В. Адамова  
(Москва)

Цель работы – установление особенностей динамики мотивов, приводящих к срывам и рецидивам заболевания у больных героиновой наркоманией.

Обследовано 78 больных, мужчин – 61 (78,2%), женщин – 17 (21,8%). Возраст: 24 – 32 года (средний – 28,4 года). Продолжительность заболевания – 3–11 лет (средняя – 5,6 года). Уровень реабилитационного потенциала: высокий – у 8 больных, средний – у 59, низкий – у 11 больных. Большинство больных имели семьи (91,3%), работали (69%) или учились (15%). Продолжительность исследования – три года. Срывы и рецидивы заболевания отмечались у 78,6% больных.

По мнению больных, основными пусковыми мотивами срывов и рецидивов заболевания являлись психический дискомфорт, стрессовые ситуации, плохое настроение, личные неудачи, чувство неудовлетворенности, наличие крупных сумм денег, встречи с друзьями, зависимыми от наркотиков, злоупотребление алкоголем.

Получение объективной информации и психологическое тестирование позволили установить, что у большинства пациентов (63%) рецидивы болезни были обусловлены сформировавшейся мотивационной ригидностью. Они не были способны избавиться от присущего им комплекса мотивов, приобретенных за годы потребления наркотиков, и, особенно, в обстоятельствах, требующих гибкости и качественного изменения поведенческих стереотипов, сформированных болезнью. Мотивационная ригидность поддерживалась утратой навыков к систематическому труду и учебе, эмоциональной нестабильностью, дефицитностью когнитивных возможностей и морально-этических качеств. Формирование позитивных мотивов и избавление от негативных, в основном, было характерным для больных с высоким и средним уровнями реабилитационного потенциала. Именно у этого контингента больных отмечались стойкие терапевтические ремиссии.

## ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИЕЙ ВЕНЛАФАКСИНОМ

В. Д. Евсеев  
(Томск)

Цель исследования – определение эффективности антидепрессанта венлафаксина при лечении больных опиоидной наркоманией с сексуальными расстройствами.

Обследовано 18 пациентов мужского пола, средний возраст – 24,5±3 года. Диагностирована опиоидная наркомания с аффективной патологией в виде тревожно-депрессивных проявлений. Лечение венлафаксином начиналось после 10-дневного купирования острых явлений опиоидного АС. Препарат назначали в дозе 150–225 мг в сутки. Динамика состояния определялась с помощью оценочных шкалы депрессии Гамильтона и шкалы тревоги Гамильтона (HARS) в трёх точках: перед началом исследования, спустя 1, 2 и 3 недели. Контрольная группа отсутствовала.

Усреднённый показатель депрессивной симптоматики больных по Шкале HARS до начала лечения венлафаксином соответствовал 24 баллам, что отражает умеренно выраженный уровень депрессии. Наблюдалась посте-



пенная редукция симптомов депрессии в начале 2-ой недели терапии и значительное разрешение депрессии в конце 3-ей недели лечения (количество баллов в конце исследования – 7). Показатели HARS до лечения составляли 21 балл, что соответствует среднему уровню тревоги с тенденцией к повышению. Постепенную редукцию симптомов демонстрировали показатели соматической и психической тревоги (в конце 3-ей недели суммарный средний балл – 5). Полное устранение аффективных нарушений, согласно результатам оценочных шкал, наблюдалось у 63% больных. Таким образом венлафаксин явился высокоэффективным антидепрессантом для устранения тревожно-депрессивной симптоматики постабстинентного периода. После курса антидепрессивной терапии пациентам было предложено заполнить опросник СФМ (сексуальная формула мужская). Средний балл по результатам методики составил  $24 \pm 1,11$ , что в целом отражает частичную, положительную динамику расстройств сексуальных функций, в частности повышение либидо.

#### СИСТЕМА АНАЛИТИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА

А. С. Естегнеев  
(Новороссийск)

Оценка качества и эффективности работы всех звеньев наркологической службы (амбулаторий, стационаров, полустационаров) является приоритетной задачей наркологии. Для ее решения разработан системный лечебно-диагностический комплекс “ЕСТА”, который дает информацию о деятельности наркологических учреждений и пациентах, находящихся под наблюдением, отражает работу всех структурных подразделений наркологического диспансера (НД) г. Новороссийска: регистратуры, амбулаторной службы, наркологического стационара, кабинета медицинского освидетельствования, токсико-химической лаборатории, подразделения платных услуг.

Программный комплекс “ЕСТА” позволяет вести учет граждан, обратившихся в диспансер за справками о состоянии здоровья, контролировать учет граждан, обратившихся самостоятельно или доставленных силовыми структурами для прохождения наркологической экспертизы, осуществлять учет наркологических пациентов по диагнозам согласно МКБ-10. Система позволяет осуществлять учет лабораторных исследований, учет всех видов назначений при лечении и реабилитации наркологических больных и всех видов услуг, предоставляемых НД.

В систему “ЕСТА” введена информация о 10127 пациентах, обратившихся в НД, в том числе состоящих на профилактическом и диспансерном учете – 6173. На 01.06.10 в диспансере снято с учета 256 человек диспансерной группы, взято на диспансерное наблюдение 103 больных. Сформирован запрос по ряду данных –

полу, возрасту, адресу и т.д. Амбулаторная помощь оказана 386 больным, в стационаре – 538 больным. Ремиссии до 1 года – 512 больных, до 2-х лет – 316, до 3-х лет – 612 больных. За 5,5 месяцев 2010 года проведено 2515 медицинских освидетельствований. “Алкогольное опьянение” установлено у 954 человек, диагноз “состояние одурманивания, вызванное употреблением наркотических и токсических веществ” поставлен в 518 случаях.

Системный комплекс “ЕСТА” позволяют собирать и обрабатывать информацию, получаемую от всех наркологических учреждений города, района, края и страны в целом и в кратчайшие сроки предоставлять достоверные статистические сведения.

#### СИНДРОМОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ю. Н. Жарков, Б. И. Хватов  
(Москва)

Расстройства сексуальности проявляются при всех видах наркологических заболеваний и могут быть квалифицированы как синдром редукции сексуальности (снижение полового влечения и падение ритма половой жизни, подчинение либидо патологическому влечению, нарушение критики). Обследовано 50 больных опиатной наркоманией, алкоголизмом, кокаинизмом и гашишизмом. Исследовалась взаимосвязь симптомов в структуре синдрома и их иерархия. Выделены доминирующий дезактуализированный и актуальный симптомы. При опиатной наркомании (24 больных) – доминирующий симптом проявлялся снижением полового влечения (результат центрального действия наркотика), актуальный – нарушение критики к сексуальным расстройствам, дезактуализированный – подчинением либидо патологическому влечению к наркотику. При алкогольной зависимости (12 больных) иерархия симптомов была аналогичной. При потреблении каннабиноидов (9 пациентов) доминирующий симптом проявлялся нарушением критики и деформированной системой морально-этических принципов, регулирующих половую жизнь; актуальный – подчинением полового влечения действию наркотика (половые акты совершались “под дозой”); дезактуализированный – снижением либидо и падением ритма половой жизни. Этот симптом развивался постепенно по мере нарастания социальной дезадаптации и разрушения сексуального партнерства. Иерархия симптомов при зависимости от кокаина (5 больных) характеризовалась доминированием подчинения либидо патологическому влечению (половые акты совершались “под дозой”); актуальный – нарушением критики, а дезактуализированный – снижением полового влечения и падением ритма половой жизни. Используемый диагностический подход имеет прикладное значение, позволяя назначать адекватную фармакотерапию, значительно продлевать ремиссии и повышать их качество.

**ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ  
ДИАГНОСТИКА В СИСТЕМЕ  
НАРКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Н. И. Зенцова, Т. Н. Дудко

(Москва)

К недостаткам современной практической наркологии относят ее преимущественную сфокусированность на оказании неотложной помощи, ограничивающейся краткосрочным лечением острых и подострых наркологических расстройств и последующим назначением фармакотерапевтических средств, направленных на предотвращение рецидивов заболеваний. Вопросам психологической диагностики и психокоррекции, как правило, не уделяется должного внимания. В результате нарушаются принципы комплексности и бригадности, что проявляется разобщенностью действий специалистов, участвующих в оказании лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным. Это является одной из причин низкой эффективности лечения. Разработана программа функциональной психологической диагностики (ПФПД) и медико-психосоциальной реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ). ПФПД в системе реабилитации заключается в определении выраженности психических нарушений и уровня психического развития, в изучении динамики личностных особенностей, оценке уровня реабилитационного потенциала, мотивационной готовности к участию в лечебно-реабилитационном процессе и отказу от употребления ПАВ. ПФПД помогает выявить нарушенные и не подвергшиеся разрушению психические функции. Выявляются “мишени” направленного психологического воздействия как на сохраняющиеся и эффективно функционирующие структуры психики, так и на подвергнувшиеся деформации. Кроме того, ПФПД позволяет подобрать строго определенные программы медико-психосоциальной реабилитации и психотерапии, актуализирующие внутренние адаптивные возможности пациентов, формирующие функциональное копинг-поведение и здоровый жизненный стиль, выявить позитивные изменения. Использование программы ПФПД в системе медико-психосоциальной реабилитации существенно повышает эффективность оказания лечебно-реабилитационной помощи.

**СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД  
К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ  
С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ**

А. Л. Игонин, Ю. Б. Шевцова

(Москва)

Комплексный лечебно-реабилитационный процесс, охватывающий больных с зависимостью от ПАВ, предполагает наличие нескольких уровней – амбулаторного, стационарного и реабилитационного. Подразумевается участие в его реализации нескольких специалистов: врача психиатра-нарколога, среднего и младшего медицинско-

го персонала, психотерапевта, психолога, социального работника. Цель лечения – улучшение качества жизни через достижение полноценного, конструктивного образа жизни, основанного на трезвости.

Проведено социально-психолого-психиатрическое динамическое исследование 404 лиц с зависимостью от ПАВ в процессе стационарного и амбулаторного лечения и осуществления реабилитационной программы (катамнез 2 года).

Установлена прямая взаимосвязь клинических проявлений зависимости и степени их выраженности с признаками социальной дезадаптации. Характер патологического влечения к ПАВ, наличие измененных форм интоксикации, тяжесть АС, степень прогрессивности имели прямую корреляционную связь с проявлениями дезадаптации в виде снижения социального статуса, нарушения семейных отношений и трудовой деятельности, разрыва позитивных микросоциальных связей.

К коморбидной патологии, усугубляющей социальную дезадаптацию, относились последствия экзогенно-органического поражения ЦНС, некоторые расстройства личности, аффективные расстройства, реакция на тяжелый стресс. Дополнительно дестабилизировали межличностное взаимодействие агрессивные поведенческие паттерны, обусловленные психопатоподобными изменениями смешанного экзогенно-органического характера и ослаблением личностно-психологических структур, тормозящих агрессию. Отмечена роль интеллектуально-мнестического и морально-этического снижения, а также зависимости от негативного воздействия референтной антисоциальной группы.

Комплексная программа лечебно-реабилитационной помощи наркологическим больным, ориентированная на улучшение социального функционирования, показала более высокую эффективность, чем изолированное медикаментозное или только психотерапевтическое лечение.

**ОПЫТ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ  
ПОДРОСТКОВ Г. УФА**

Д. Х. Калимуллина, В. Л. Юлдашев,

В. Е. Алехин, О. А. Тарасюк

(Уфа)

Наркомания и наркотрафик стали одной из важнейших проблем России в последние годы. Цель исследования – установление распространенности злоупотребления алкоголем, наркотиками и другими ПАВ в молодежной среде.

По данным анкетирования с использованием методики ESPAD, 61% респондентов составили подростки женского и 39% – мужского пола. Увлечения оказались следующими: каждый день играют в компьютерные игры 23,37% подростков, никогда не занимаются спортом, физическими упражнениями – 31,03% респондентов, 10,73% подростков никогда не читают книги (помимо школьной программы) для удовольствия, 15,33% респон-

дентов развлекаются в городе по вечерам (в дискотеке, кафе) или на вечеринке с друзьями.

Способствуют приобщению молодых людей к ПАВ места их отдыха и свободного времяпрепровождения. Приобретение наркотических средств в 27% случаев происходит в местах развлечения молодых людей (бары, дискотеки). 29% молодых людей целенаправленно покупают наркотики дома у торговцев, около 57,4% – в других местах. Злоупотребление пивом угрожает молодому населению нашей республики. Установлено, что 35% респондентов начали пробовать и употреблять пиво до 12 лет, 27% молодых людей ежедневно употребляли пиво (40 и более раз за последние 30 дней). Одна пятая часть респондентов (20%) обнаруживает признаки зависимости от вина: они употребляли его 40 раз за последний месяц. 33,3% респондентов до 16 лет пробовали героин, 27% – амфетамины, “крэк”, кокаин и “экстази”.

Таким образом, злоупотребление психоактивными веществами среди подростков представляет серьезную угрозу для нашего общества. Регулярный мониторинг ситуации, связанный с употреблением ПАВ, позволит правильно определить стратегию и тактику построения профилактических программ.

#### **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМБЛИНГА**

**В. В. Колягин**  
(Иркутск)

Патологическая склонность к азартным играм – (gambling – игра с англ.) имеет прогрессирующее рецидивирующее течение с высокой коморбидностью психосоматических, аффективных, тревожных, личностных расстройств и злоупотребления психоактивными веществами. Депрессия наиболее часто сопутствует гемблингу. Завершенные суициды, суицидальные действия и мысли значительно преобладают среди игроманов. Для коррекции серотониновой медиации в головном мозге, ответственной за депрессивные расстройства, контроль побуждений, обсессивно-компульсивные нарушения назначаются СИОЗС (золофт 50–100 мг; ципралекс по 10–20 мг более полугодом). Антагонист  $\mu$ -опиоидных рецепторов – налтрексон, модулирующий механизм мезолимбических дофаминовых проводящих путей, ответственный за вознаграждение и подкрепление, использован для устранения вознаграждающих и подкрепляющих свойств гемблинга, уменьшения стремления играть, для коррекции импульсивного игрового и суицидального поведения, уменьшения влечения к ПАВ. При необходимости использовали антипсихотик солиан в суточной дозе 300–400 мг. В значительной части случаев гемблинг относится к расстройствам биполярного спектра, что требует назначения наиболее эффективных стабилизаторов настроения первой линии – вальпроаты, особенно хроноформы (депакин-хроно и депакин-хроносфера), дози-

ровка которых может достигать 10–20 мг на кг. Психологические интервенции в виде бихевиоральной и когнитивной психотерапии в комплексе с NLP-техниками могут значительно повысить эффективность фармакотерапии, корректировать дезадаптивное поведение и когнитивные ошибки (вера в везение- шанс и случайность, возможность прогнозировать, контролировать игру и др.), снизить мотивацию к гемблингу.

#### **ФОРМИРОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ЛИЧНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ ИХ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**В. В. Карпец, В. А. Дереча, Г. И. Дереча,  
А. В. Карпец, В. В. Постнов**  
(Оренбург)

Современные психиатрия и наркология становятся всё более общественно ориентированными, что требует разработки и усовершенствования методов личностно- социального восстановления психически (в т.ч. наркологически) больных. В наркологии это тем более важно, что зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) является одним из результатов неадаптивной социализации личности. Эффективность лечения и реабилитации должна измеряться не только отказом от употребления ПАВ, но также качеством жизни больных и уровнем их социального функционирования. Однако смысловая и потребностно-мотивационная сфера личности больных изучается недостаточно. Между тем больные не критически относятся к своему социальному статусу и своей социальной компетентности. В процессе реабилитации психолого-психотерапевтическая коррекция данного самоотношения с использованием показателей теста смысловых жизненных ориентаций, Гиссенского личностного теста (социальная компетентность), методик изучения личностных ценностей (М. Рокич, Ш. Шварц) и самоотношения (МИС) существенно повышает у больных уровень их социального функционирования и тем самым способствует более полным и длительным ремиссиям. Реабилитационный опыт указывает на то, что для получения стойких результатов недостаточно 6 – месячной реконструкции личности. Эта работа должна продолжаться не просто в форме психологической поддержки (в т.ч. в обществах анонимных пациентов), а осуществляться ещё на протяжении 2-3 лет по специальной программе формирования социальной компетентности личности.

#### **МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ**

**А. О. Кибитов**  
(Москва)

Большая часть наркологических больных проявляет значительную устойчивость к стандартной комплексной тера-

пии (терапевтическую резистентность), вновь возвращаясь в стационар для прохождения очередного курса лечения, которое становится все менее эффективным с течением времени. Оценка уровня терапевтической резистентности на сегодняшний день возможна лишь постфактум, на этапе повторной госпитализации больного. Выявление уровня резистентности на раннем этапе развития зависимости может способствовать выработке успешной и адекватной терапевтической тактики и своевременному предотвращению рецидивов. Выявлен ряд молекулярно-генетических маркеров, характерных для разных уровней терапевтической резистентности у больных алкоголизмом. Обследованы в стационаре клиники ННЦ наркологии: 449 больных с диагнозом «зависимость от алкоголя» 2-3 стадии и 274 человека, не имеющие диагностических признаков наркологической патологии (мужчины славянской этнической принадлежности, не родственные между собой). Были изучены полиморфные варианты генов, контролирующих центральную дофаминовую нейромедиацию: дофаминовые рецепторы (типы DRD2 и DRD4), синаптический переносчик дофамина (DAT), ферменты тирозингидроксилаза (TH), дофамин-бета-гидроксилаза (DBH) и катехол-ортометилтрансфераза (COMT). Резистентность оценивалась в баллах и рассчитывалась как сумма количества госпитализаций (включая текущую) пациента и половины от количества амбулаторных обращений (для снижения удельного веса амбулаторной терапии), нормированная к возрасту больного на момент исследования. Больные разделены на группы с высокой и низкой резистентностью. Выявлено, что гаплотип (4/4; SL+4/7; SL) по гену DRD4, аллель A9, генотип 9\9 и гаплотип (9\9; CC) по гену DAT и генотип LL по гену COMT являются высокодостоверными маркерами ( $p < 0,05$  во всех случаях) высокой терапевтической резистентности. В перспективе возможна разработка и клиническая валидизация молекулярно-генетического диагностического комплекса болезней зависимости от ПАВ.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КУПИРОВАНИЮ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА

Т. А. Кожина, И. В. Яшкина  
(Москва)

На основании обследования и лечения 1050 больных разработаны рекомендации, в которых изложены основные принципы и подходы к тактике лечения абстинентных состояний на современном этапе, приводятся методики и режим дозирования как традиционных, так и относительно новых лекарственных препаратов, используемых для купирования основных соматоневрологических и психических расстройств.

Показана эффективность препаратов, обладающих различной направленностью действия. Особый интерес представляет успешное использование новых потенцированных и гомеопатических препаратов, биологических добавок, средств метаболического действия. Среди них

– мексидол, дельтаран, “Анти-Э”, алкогал, цитофлавин, латран. Они имеют особое значение при лечении лиц пожилого возраста и наличии тяжелых соматоневрологических расстройств, т.к. не дают побочных эффектов и не имеют противопоказаний для использования.

Подчеркнуто, что активность мексидола связана не столько с его антиоксидантной активностью, сколько с транквилизирующим эффектом, что миансерин редуцирует не только аффективную, но и неврологическую патологию, а латран, воздействуя на соматическую составляющую, быстро и эффективно устраняет тошноту и рвоту в похмелье.

Показан дифференцированный подход к назначению на современном этапе новых транквилизаторов, антидепрессантов, антипсихотиков, их преимущество по сравнению с использовавшимися ранее препаратами. Это помогает избежать возникновения и нарастания выраженной астенизации, раздражительности, тревоги, а в отдельных случаях развертывания делириозной симптоматики (при использовании трициклических антидепрессантов) и возникновения нейролептического синдрома. Особого внимания заслуживает применение таких препаратов как миансерин, мirtазапин, пирлиндол, тианептин, афобазол, атаракс (гидроксизин), тиаприд. Помимо основного воздействия на аффективную сферу многие из них способствуют более быстрому устранению и других проявлений ААС, таких как нарушения сна, тремор, атаксия, потливость, жажда.

### ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-МНЕСТИЧЕСКОГО СНИЖЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А. В. Козырева  
(Москва)

Обследованы 124 больных алкогольной зависимостью, проходивших стационарное лечение на базе клиники Национального Научного Центра Наркологии Росздрава: 50 мужчин (средний возраст –  $38,65 \pm 10,7$ ) и 74 женщины (средний возраст –  $40,80 \pm 10,8$ ). Нарушения, выявленные с помощью клинко-психопатологического метода, объективизированы экспериментально-психологическими инструментами (кривая запоминания 10-ти слов, тест интеллекта Векслера, личностные тесты ММПІ, Леонгарда-Шмишека, методика “Личностный дифференциал”, шкала самооценки Дембо-Рубинштейн, шкала оценки уровня социального функционирования).

Мнестические функции женщин ухудшаются раньше и в большей степени, чем у мужчин. Кроме ослабления памяти, у женщин больше страдает умение дифференцировать существенное от второстепенного, быстрее снижается объем перцептивного внимания, снижается наблюдательность. У мужчин в большей степени страдают умение строить умозаключения на основе жизненного опыта с опорой на здравый смысл, самостоятельность и

социальную зрелость суждений. В целом обнаружена тенденция к более раннему снижению вербального интеллекта у женщин.

В преморбиде более яркий спектр личностных особенностей отмечен у женщин. Особенно часто были заострены черты эмотивности, тревожности, демонстративности. В связи с хронической алкогольной интоксикацией разнообразие характерологических проявлений у женщин сглаживалось и сводилось к полюсу истероидности. У мужчин алкогольные изменения личности оказались более разнообразными, в большей степени касались повышенной возбудимости, немотивированной эйфоричности, нецеленаправленной активности, или же, напротив, имел место сдвиг к психастеноподобным проявлениям, замкнутости, социальной пассивности. Общий уровень социального функционирования женщин оказался достоверно ниже, чем у мужчин. Установлено значительное снижение уровня критики как у мужчин, так и у женщин (достоверных различий не выявлено).

#### **ФОРМИРОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИХОДСКОГО СВЯЩЕННИКА И ПСИХОТЕРАПЕВТА ПО ЗАЩИТЕ ОТ АЛКОГОЛЬНОЙ УГРОЗЫ**

П. О. Кондратьев  
(Москва)

В России существуют целые регионы, пораженные алкоголизмом. Особенно в тех местах, где нет церквей, не осталось спортивных клубов и площадок. Финансовый кризис, безработица и другие провоцирующие факторы повышают вероятность возникновения психических нарушений. От бесплодных попыток, финансовых затруднений, бесперспективности будущего человек может впасть в депрессию. Начинается все с депрессии, которую пьяница пытается устранить с помощью алкоголя ("способ самолечения"), а заканчивается тяжелыми последствиями, хроническим алкоголизмом. Здесь нужны объединенные усилия православной церкви, в частности священников, и специалистов в области психиатрии и наркологии. Люди, обращаясь к врачам-психиатрам, боятся попасть на учет в ПНД и в результате стигматизации оказаться лишенными социальных прав. Пациентов, находящихся в первой стадии алкоголизма, достаточно много, но обращаемость их из-за отсутствия критики, диссимуляции, психиатрофобии, самостигматизации невелика, не говоря уж об обращаемости родственников, часто созависимых.

Важен первый шаг и работа "телефона доверия", за который отвечает церковный социальный работник, владеющий навыками православной психотерапии. Специалист, находящийся при храме, не поставит пациента на учет, не лишит социальных прав. Дальнейшее медикаментозное и психотерапевтическое лечение непродуктивно без постоянного общения с духовником, который может терпеливо напоминать больному алкоголизмом,

что это – болезнь, и она пройдет, помогая критически отнестись к болезни, осознать её, интегрировать, пользоваться в необходимых случаях помощью врача.

Об эффективности такого взаимодействия врача и священника свидетельствует опыт работы с людьми, страдающими различными психическими заболеваниями. В ГПИ «Со-действие» на базе прихода храма святой великомученицы Ирины с 2007 г. реализуется программа лечения пациентов, страдающих алкоголизмом и другими психическими заболеваниями, проводится прием больных, окормляемых настоятелем, и пациентов по предварительной записи. Многие из обратившихся к нам в институт за помощью в настоящее время не употребляют алкогольные напитки. Около четверти из них одновременно прекращают табакокурение, хотя первоначально такой цели перед собой не ставят. Потом с благодарностью идут молиться Богу за то, что Он дал им возможность избавиться от печальной участи алкоголика.

В настоящее время очень важен продуктивный альянс приходских священников и врачей для возвращения доверия к профессиональной медицине, с одной стороны, и повышения эффективности лечения психических расстройств, с другой.

#### **АНАЛИЗ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОПИОМАНИЕЙ**

С. В. Котов  
(Москва)

Изучались дезадаптивные паттерны поведения (предписания в концепции трансакционного направления психотерапии), сформированные в детском возрасте у больных, зависимых от опиатов. Обследовано 24 мужчины, зависимые от опиатов, с помощью шкалы предписаний Pearl Drego (1983). У 22 больных выявлено предписание "Не чувствуй", средний балл – 32,16; у 11 человек это предписание ведущее. У большинства обследованных запрещающие предписания превалируют над разрешающими. У 3 пациентов все предписания были запрещающие, у них зависимость от опиатов протекала без ремиссий. Предписание "Не чувствуй" приводит к тому, что человек неконгруентно воспринимает сигналы своего тела и психики о возможных неприятностях, опасностях. В этом причина его бессердечия и равнодушия к себе и окружающим. Это соответствует клиническим данным о "наркоманической личности" как эмоционально холодной, бесчувственной, безнравственной, лживой. Можно предположить, что прием наркотиков является своеобразным компенсаторным механизмом преодоления вышеуказанного предписания. По субъективной оценке пациентов, в состоянии опийной интоксикации их привлекают ощущения телесного комфорта, внутреннего спокойствия, блаженства, отрешенности от проблем. Первые 1–2 года от начала приема опиатов описываются больными как весьма позитивный период:

улучшается социальная адаптация, исчезают внутренние комплексы, страхи. При прогрессировании болезни псевдооптимистическое восприятие действительности отступает, рассеиваются “воздушные замки”, возвращаются проблемы. Полученные результаты позволяют выработать тактику психотерапевтической работы, направленную на коррекцию ранних дезадаптивных паттернов поведения.

### **О ПОРЯДКЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

Е. А. Кошкина  
(Москва)

Данные медицинской статистики наркологических учреждений страны свидетельствует о том, что в наркологической службе произошли изменения. За последние 5 лет сократилось число диспансеров, число наркологических коек и количество врачей наркологов. Увеличился коэффициент совместительства специалистов, оказывающих наркологическую помощь, уменьшилась длительность пребывания больного на койке. Наиболее слабым звеном наркологической помощи является реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией. Это связано с недостаточным количеством психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, которые являются кадровой основой реабилитационного процесса. Наибольший объем деятельности в рамках наркологической помощи приходится на купирование острых состояний. Если наметившиеся тенденции сохранятся в дальнейшем, подобные изменения могут негативно отразиться на качестве оказания помощи больным наркологическими расстройствами.

В настоящее время с целью совершенствования наркологической помощи необходимо уделить особое внимание нормативно-правовой базе, в первую очередь организации реабилитационного процесса. На повестке дня альтернативное и принудительное лечение больных наркоманией, а также нормативно-правовое обеспечение проблемы обязательного тестирования различных групп населения. Необходимо разработать критерии оценки эффективности деятельности наркологических учреждений, усовершенствовать методику мониторинга наркологической ситуации и уделить значительное внимание межведомственному взаимодействию.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 апреля 2010 г. №225ан утвержден порядок оказания наркологической помощи населению. Порядок регулирует вопросы оказания наркологической помощи населению в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения на догоспитальном (амбулаторном) и стационарном этапах, включающим реабилитационную помощь. Документ содержит рекомендации по структуре наркологических учреждений (подразделений), организации помощи и взаимодействия различных медицин-

ских служб в отношении больных с соматическими заболеваниями, в том числе ВИЧ-инфекцией, гепатитами, туберкулезом.

**Введение нового Порядка позволит изменить вектор развития наркологической помощи населению.**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТАТА НАЛТРЕКСОНА (ПРОДЕТОКСОНА) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

Е. М. Крупицкий, Э. Э. Звартау,  
Е. В. Вербицкая, Д. В. Масалов, А. М. Бураков,  
М. В. Цой, В. Ю. Вальгрен, Н. М. Бушара,  
Т. Н. Романова, Е. А. Блохина, А. А. Тюрина,  
В. Я. Палаткин, Т. Ю. Славина  
(Санкт – Петербург)

Оценивалась эффективность лечения больных опийной наркоманией имплантацией лекарственной формы налтрексона (Продетоксоном) в сравнении с пероральным налтрексоном и плацебо.

306 больных опийной наркоманией после детоксикации были рандомизированны в 3 группы (102 человека в каждой). Больным 1-й группы назначался Продетоксон (3 имплантации с интервалом 2 месяца) и таблетки плацебо, больным 2-й группы – плацебо-имплантат и пероральный налтрексон (50 мг/сутки), больным 3-ей группы – двойное плацебо (имплантат и таблетки). Всем больным раз в две недели проводили сеанс индивидуальной психотерапии. Исследование проводили двойным слепым методом с двойной маскировкой. Контроль ремиссий осуществляли раз в две недели с помощью тестов на наркотики в моче. Контроль комплайенса с пероральными лекарственными формами проводили с помощью рибофлавинового маркера. Клинико-психологические оценки проводили раз в две недели с помощью батареи международных валидизированных психометрических инструментов.

Анализ выживаемости Каплана-Мейера продемонстрировал достоверно более высокий уровень ремиссий в группе больных, получавших Продетоксон ( $p < 0.01$ ). Балл оценки эффективности терапии, включающий сумму положительных анализов мочи на опиаты и пропущенных визитов, также был значимо лучше в группе Продетоксона на протяжении всех 6 месяцев исследования. Достоверных различий в динамике психометрических показателей, а также в количестве и выраженности побочных эффектов между тремя группами, выявлено не было, за исключением несколько большей частоты хирургических осложнений в группе имплантата налтрексона.

Продетоксон является высокоэффективным и безопасным препаратом для лечения больных опийной наркоманией, превосходящим по эффективности пероральный налтрексон и плацебо-имплантат.

### ВЛИЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ У МУЖЧИН С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А. Н. Крупнов  
(Рязань)

Распространенность алкоголизма среди взрослого населения РФ достигает 10%. Полное выздоровление больных алкогольной зависимостью невозможно и принято говорить лишь о состоянии ремиссии, критериями оценки которой являются длительность и качество. Частота сексуальных расстройств у мужчин, зависимых от алкоголя, колеблется от 3,9% до 83,0%.

Цель исследования – оценка влияния сексуальной функции на длительность ремиссии у мужчин, страдающих алкоголизмом. Обследовано 47 больных алкоголизмом мужчин в возрасте от 23 до 60 лет, средний возраст –  $41 \pm 9,5$  лет. Они жаловались на “плохую” эрекцию и невозможность провести “полноценный половой акт”. I и II стадии алкоголизма диагностированы у 34% и 66% обследованных соответственно.

Использованные методы: клинический, клинико-сексологический, шкала СФМ, шкала МИЭФ-15.

Выявлены достоверные корреляции между максимальной длительностью ремиссии за весь период течения заболевания и количеством баллов по МИЭФ-15 на момент обследования ( $r=0,31$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также между максимальной длительностью ремиссии за весь период течения заболевания и суммой баллов третьей триады шкалы СФМ ( $r=0,326$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Анализ полученных данных свидетельствует о возможном положительном влиянии качества сексуальной жизни, в том числе эректильной функции, на длительность терапевтической ремиссии у больных алкоголизмом мужчин.

### АНАЛИЗ СТОИМОСТИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО БРЕМЕНИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А. Ю. Куликов, К. Ю. Усенко  
(Москва)

Согласно оценкам ВОЗ, связанные с алкоголизмом потери экономики составляют от 2 до 5% от ВВП. Распространенность алкоголизма в Российской Федерации составляет 2794,7 на 100 тысяч мужского населения и 557,5 на 100 тысяч женского населения. Около 2% мужчин и 1% женщин в возрасте от 18 до 60 лет страдают алкоголизмом. Примерно 33% мужчин трудоспособного возраста систематически употребляют алкоголь в опасных для здоровья дозах, а их соматические заболевания связаны с алкогольной интоксикацией. По мнению А.В. Немцова, прием небольших доз алкоголя снижает производительность труда на 30% процентов, а при умеренной степени опьянения производительность труда

падает до 70%. Сумма убытков для государства достигает 1% от общего значения ВВП. Потребление алкоголя лежит в основе ежегодной преждевременной смерти тысяч граждан. Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) по вине пьяных водителей и пешеходов являются одной из причин преждевременной смертности населения. Общее количество погибших в ДТП по вине пьяных водителей в 2007 году составило 2555 человек, более 20 тысяч человек получили ранения. Только на выезд скорой медицинской помощи к месту ДТП в 2007 году было потрачено более 30 млн. рублей. В 16% случаев ДТП происходят с участием пьяных пешеходов. Величина ущерба от ДТП составляет 2,5% от ВВП, более 55 млрд. рублей приходится на ДТП, связанных с потреблением алкоголя. Возникновение пожаров в 67% процентов случаев также связано с состоянием алкогольного опьянения. В 2007 год зарегистрировано более 140 тысяч пожаров, которые непосредственно связаны с употреблением алкоголя, а суммарный ущерб от них составил более 5 млрд. рублей.

### НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ

В. Б. Ласков, И. А. Погосова, И. В. Ласкова,  
Я. Ю. Головченко  
(Курск)

Цель исследования – изучение связи между склонностью к аддиктивному поведению и особенностями когнитивной и аффективной сфер подростков. Обследовано 52 учащихся седьмых классов в возрасте от 12 до 14 лет. Наличие признаков отклоняющегося поведения оценивалось тестом “Склонность к зависимому поведению”. Когнитивная сфера изучалась тестом Векслера WISC (детский вариант), аффективная – методикой диагностики показателей и форм агрессии Басса-Дарки (в адаптации Осницкого), тестом школьной тревожности Филипса, методом цветочных выборов. По данным теста В.Д. Менделевича, у 15 чел. (28,85%) выявлена тенденция к проявлениям наркозависимости, у 19 чел. (36,54%) – повышенная склонность, у 8 чел. (15,38%) – высокая вероятность, у 10 чел. (19,23%) – отсутствие склонности к наркозависимости. Изучение взаимосвязи особенностей когнитивной сферы подростков и уровня их склонности к аддиктивному поведению значимых корреляций не выявило. Между особенностями аффективной сферы подростков и различными уровнями их склонности к аддиктивному поведению обнаружены статистически значимые корреляции. Склонность подростков к аддиктивному поведению взаимосвязана с уровнем общей тревожности в школе ( $R\text{-Spearman}=0,432099$  при  $p\text{-level}=0,001380$ ), показателем переживания социального стресса ( $R\text{-Spearman}=0,427747$  при  $p\text{-level}=0,001561$ ), а также уровнем страха самовыражения ( $R\text{-Spearman}=0,299602$  при  $p\text{-level}=0,030945$ ). Обо-

значение группы риска зависимости от психоактивных веществ диктует необходимость проведения психологической коррекции с учетом состояния аффективной сферы подростков.

#### **КОРРЕКЦИЯ МНЕСТИЧЕСКОГО СНИЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ МЕТОДОМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ**

В. Г. Лим, Ю. Б. Барыльник, С. Г. Щетинин  
(Саратов)

Алкогольная энцефалопатия является одной из наиболее распространенных форм хронического поражения головного мозга, клинически реализующаяся различными вариантами неврологических проявлений. Применение транскраниальной электростимуляции (ТЭС) при этой патологии определяется ее выраженным антистрессорным и нейромодулирующим эффектом.

Цель исследования – изучение влияния ТЭС на кратковременную память при лечении больных алкогольной энцефалопатией.

Обследовано 59 пациентов, разделенных на две группы. В основную группу вошли 40 больных, которым вместе со стандартным лечением проводилась ТЭС-терапия. 19 пациентов из контрольной группы получали терапию, регламентируемую стандартами лечения наркологических больных. До начала обследования был купирован абстинентный синдром. Критерием включения в исследование являлся диагноз “зависимость от алкоголя, средняя стадия, фаза обострения; алкогольная энцефалопатия”. Во время лечения дважды оценивали уровень зрительного и слухового запоминания по тестам определения кратковременной зрительной и слуховой памяти.

У больных основной группы после проведенного курса ТЭС-терапии уровень слуховой памяти увеличился на 13,26%, зрительной – на 7,6%. В контрольной группе после лечения степень слуховой памяти увеличилась на 2,3%, зрительной – на 2%.

Достигнутое в результате применения ТЭС-терапии уменьшение мнестической дисфункции демонстрирует эффективность данного метода при лечении больных алкоголизмом с явлениями хронической алкогольной энцефалопатии.

#### **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕБНО- РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПРОГРАММА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТАКСОНА**

Н. П. Литвинков\*, С. А. Вешнева\*\*,  
В. Б. Овдиенко\*\*  
(\*Москва, \*\*Астрахань)

Цель исследования – установление эффективности психотерапевтической программы с использованием антаксона у больных алкоголизмом и героиновой наркоманией. Основную группу составили 75 больных героино-

вой наркоманией и 30 больных алкоголизмом, которым наряду с психотерапевтической программой назначался антаксон. Контрольную группу составили 20 больных героиновой наркоманией и 20 алкоголизмом, которым антаксон не назначался. В обеих группах проводилась когнитивно-поведенческая психотерапия и психокоррекция родственников, использовались методики внушения, убеждения, подражания, индуцирования и др.

Программа реализовывалась 18 месяцев, антаксон назначался курсами по два- три месяца с перерывами по 1–2 месяца в дозах не менее 50–100 мг в сутки. Терапевтический эффект у большинства больных алкоголизмом и наркоманией с низким уровнем реабилитационного потенциала (70%) наступал при назначении относительно высоких доз антаксона – 100 мг в сутки. Наиболее курабельными оказались больные героиновой наркоманией, менее курабельными – алкоголизмом. Больные героиновой наркоманией (78%) отмечали, что прием антаксона повышает чувство уверенности в себе и сопротивление предложениям вновь употребить наркотик. Больные алкоголизмом утверждали, что прием антаксона снижает вторичное влечение к алкоголю; в результате значительно уменьшались дозы употребляемого алкоголя. Применение антаксона позволяло увеличить продолжительность нахождения больных в лечебно-реабилитационной программе. Прием антаксона не вызывал негативных физических и психических последствий. Продолжительность ремиссий более одного года у больных наркоманией основной группе наблюдалось в два раза чаще, а у больных алкоголизмом в 1,7 раза чаще, чем у больных соответствующих контрольных группы. Антаксон следует назначать на ранних этапах формирования ремиссий, пока сохраняются мотивационные установки на лечение и воздержание от ПАВ.

#### **О ВЫЯВЛЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Е. С. Лошаков, М. А. Орлова, А. Г. Гофман  
(Москва)

Обследовано 80 мужчин в возрасте от 21 до 60 лет, госпитализированных в психиатрический стационар по поводу возникшего психотического состояния после периода алкоголизации. В процессе исследования выявилась довольно однородная группа из 20 пациентов, в анамнезе которых отмечаются неоднократные госпитализации по поводу алкогольных психозов или по поводу выраженного абстинентного синдрома и возникшего abortивного делирия. Это пациенты трудоспособного возраста (30–55 лет), социально дезадаптированные, проживающие в одиночестве, длительное время (от 5 лет) нигде не работающие, злоупотребляющие алкоголем. Вместе с тем в психическом статусе при большом стаже злоупотребления алкоголем отсутствуют признаки психоорганического синдрома, алкогольных изменений



личности, а на первый план выступают изменения личности и мышления по шизофреническому типу. Обращает на себя внимание эмоциональная обедненность, неадекватная мимика, слабomodулированная речь, пассивность, отсутствие критичности к образу жизни и пьянству, полное отсутствие планов на будущее. Сбор объективного анамнеза в таких случаях представляет большие затруднения. Родственники отличаются низким образовательным уровнем, либо отсутствием заинтересованности в судьбе пациента. В большинстве случаев они не могут предоставить необходимых объективных сведений о пациенте. Однако зачастую в анамнезе удается выявить поведенческие расстройства, появившиеся в пубертатном периоде, различные психопатоподобные формы поведения, криминальную активность, суицидальные попытки, злоупотребление ПАВ без возникновения зависимости. Весь образ жизни такого больного многие годы складывается из одиночного пьянства и госпитализаций в наркологический или психиатрический стационар. Несмотря на характерные для шизофрении изменения эмоционально-волевой сферы и мышления заболевание неправомерно расценивается как алкогольная зависимость. В связи с ошибочной диагностикой терапия сводится только к проведению детоксикации и купированию абстинентного синдрома.

#### **ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ СВОЙСТВ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР**

В. Л. Малыгин, С. П. Елшанский, Я. В. Малыгин  
(Москва)

Обследовано 110 азартных игроков, зависимых от игр в игровые автоматы и 25 зависимых от игр покер он-лайн с использованием интернет-ресурсов. У зависимых от игр в игровые автоматы достоверно чаще, по сравнению с контрольной группой, выявляются акцентуированные черты характера, преобладают возбудимые, гипертимные, тревожные и циклотимные типы. Среди азартных игроков покер он-лайн также преобладают гипертимные, циклотимные и возбудимые типы. Однако выраженность возбудимых черт характера достоверно ниже, чем у зависимых от игровых автоматов. Установлено отсутствие акцентуаций по тревожному типу и наличие экзальтированных характерологических черт. По данным опросника Кетелла, для игроков в игровые автоматы по сравнению с группой условно здоровых получены достоверные различия по факторам: А (общительность), Н (предприимчивость, готовность к риску и активность), L (подозрительность, внутренняя напряженность, настороженность). Близкие показатели по данным факторам отмечены и среди игроков в покер он-лайн. Однако степень выраженности по фактору L в этой группе достоверно ниже. Выявлены нехарактерные для игроков в игровые автоматы высокие показатели по фактору М – мечтательность, склонность к неординарному,

творческому поведению, стремление к избеганию обыденной реальности. Возможно, это способствует бегству именно в интернет-среду. По данным опросника SCL-90R, патологическая зависимость от азартных игр в игровые автоматы сопровождается выраженным дистрессом, с преобладанием психопатологических нарушений в виде депрессивных и тревожных расстройств, паранойяльности, обсессивно-компульсивной симптоматики, а также состояниями измененного (суженного) сознания, явлениями деперсонализации и дереализации. Среди игроков в покер он-лайн отмечались лишь умеренно-выраженные обсессивно-компульсивные расстройства и отсутствовали депрессивные и тревожные нарушения, а также явления дистресса. В этой группе также не отмечалось столь характерных для азартных игроков в игровые автоматы социальной дезадаптации – потери работы, потери семьи. Таким образом, игроки в покер он-лайн в большей степени относятся к группе проблемных, а не патологических гемблеров.

#### **АЛКОГОЛИЗАЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СОСУДИСТОГО СЛАБОУМИЯ**

Г. В. Мамин  
(Челябинск)

Социально-демографические тенденции в настоящее время показывают изменения возрастной структуры населения за счет увеличения в популяции лиц пожилого возраста. В 25% случаев причиной деменции в позднем возрасте является атеросклероз сосудов головного мозга. В последние годы роль фактора злоупотребления алкоголем в формировании различных вариантов сосудистой деменции возросла из-за высокой алкоголизации населения. Цель исследования – установление роли алкоголизации в формировании клинических вариантов сосудистого слабоумия. Обследовано 40 мужчин и 20 женщин старше 55 лет с диагностированным сосудистым слабоумием, злоупотреблявших алкоголем. У 40% больных обнаружены признаки корковой, «мультиинфарктной» деменции; у 35% – признаки деменции с острым началом и у 25% – признаки подкорковой «псевдоальцгеймеровской» деменции. Таким образом, преобладали больные с более тяжелыми формами атеросклеротического слабоумия (60%). У больных с вариантом деменции с острым началом в 100% случаев отмечались ОНМК в анамнезе и артериальная гипертензия. Артериальной гипертензией страдали 95% обследованных больных, только в 5% случаев была отмечена склонность к гипотензии (у пациентов женского пола).

Алкоголизация оказывает влияние на формирование более тяжелых вариантов сосудистого слабоумия. Злоупотребление алкоголем влияет на развитие атеросклеротической артериальной гипертензии, что существенно повышает риск возникновения ОНМК и развития грубого постинсультного слабоумия.

**АССОЦИИРОВАННЫЕ ФОРМЫ АЛКОГОЛИЗМА  
У ЖЕНЩИН**

А. И. Мандель, И. Э. Анкудинова, Н. И. Кисель  
(Томск, Новосибирск)

Алкогольная аддикция у женщин характеризуется ассоциацией “стержневых” расстройств – патологического влечения к алкоголю, синдрома отмены и собственно явлений зависимости с психической и соматической патологией. Обследовано 80 женщин (средний возраст  $38,9 \pm 8,5$  лет), обратившихся за лечением по поводу алкогольной зависимости, из них 31,2% имели высшее образование, 50% – средне-специальное и 18,8% – незаконченное среднее образование; 41,2% женщин не имели постоянной работы. Изучение клинических особенностей алкоголизма выявило манифестацию синдрома отмены к  $31,3 \pm 7,4$  годам, первое обращение за наркологической помощью в  $35,5 \pm 7,5$  лет. Наличие закрытых черепно-мозговых травм (сотрясений головного мозга различной степени тяжести) отмечено в 63,7% случаев, заболеваний сердечно-сосудистой системы – в 46,2%, желудочно-кишечного тракта – в 41,2%. В процессе развития алкогольной зависимости у женщин формировались личностные особенности, проявляющиеся в виде легко возникающей агрессии, эгоцентричности, эмоциональной напряженности при высоком уровне тревожности. В период становления ремиссии (до 3-х месяцев) психоэмоциональное состояние женщин в 77,5% случаев характеризовалось как некомфортное, с раздражительностью, влечением к алкоголю, трудностями структурирования времени и только в 22,5% случаев отмечалась легкая адаптация к трезвости. Формирование устойчивых ремиссий у обследованных женщин было связано с первой госпитализацией в наркологический стационар, редукцией психопатологической симптоматики и улучшением соматического состояния при сохранном семейном и/или профессиональном статусе.

**ВАРИАНТЫ КОМОРБИДНОСТИ  
ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГЕМБЛИНГА  
С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Е. И. Мармылева, С. В. Ваулин  
(Смоленск)

Обследовано 50 человек с синдромом патологической зависимости от азартных игр в возрасте от 15 до 60 лет (средний возраст  $31,6 \pm 11,7$  лет), обратившихся за амбулаторной и стационарной психиатрической помощью или проходивших судебно-психиатрическую экспертизу за период с 2007 по 2009 год.

Диагностическая оценка основной группы следующая: органические психические расстройства выявлены у 17 чел. (34%), психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ – у 9 чел. (18%), шизофрения и шизотипические расстройства – у 7 чел. (14%), аффективные рас-

стройства – у 3 чел. (6%), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – у 14 чел. (28%).

Изучение коморбидности выявило следующие варианты: первично сформировавшийся патологический гемблинг (ПСПГ), вторично сформировавшийся патологический гемблинг (ВСПГ), хронологическое совпадение возникновения обоих заболеваний (ОСПГ). При органическом поражении головного мозга превалировал вариант ПСПГ (64,7%). При хроническом алкоголизме преобладал вариант ВСПГ (77,8%), вариант ПСПГ отсутствовал. При расстройствах личности в основном диагностировался ВСПГ (92,9%), случаи ПСПГ не установлены. Для больных шизофренией и шизотипическим расстройством характерно примерно одинаковое распределение всех вариантов коморбидности.

В случае ВСПГ игровая зависимость присоединялась к основному расстройству, длительность которого к моменту формирования ПГ составляла не менее шести лет. При аффективной патологии этот период составлял  $1,5 \pm 0,7$  г. В случае ПСПГ клинические признаки основного психического расстройства проявлялись в интервале от 1,5 до 5,5 лет после ПГ.

Представляется актуальным использование выявленных вариантов коморбидности для разработки практических рекомендаций по терапии и профилактике ПГ.

**ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМ  
ДЕЛИРИЕМ С ПОМОЩЬЮ АТИПИЧНЫХ  
АНТИПСИХОТИКОВ**

Е. Г. Матюхина  
(Москва)

Цель исследования – установление эффективности применения атипичных антипсихотиков в комплексной терапии больных алкогольным делирием. Пролечено 80 больных с верифицированным диагнозом алкогольного делирия (все мужчины в возрасте от 25 до 60 лет). 30 из них получали рисперидон, 30 – оланзапин в комплексной терапии заболевания. Контрольная группа состояла из 20 пациентов получавших галоперидол. Преимущество отдавалось быстродействующим формам препаратов, дозы которых составляли от 2 мг до 6 мг в сутки для рисперидона и от 5 мг до 20 мг в сутки для оланзапина. Регистрировалась длительность делирия в часах от момента появления психотической симптоматики до начала терапии антипсихотиками, и от начала терапии до наступления многочасового сна, учитывалась продолжительность многочасового сна. Результаты фиксировались в “медицинской карте больных алкогольным делирием”, разработанной для данного исследования. На дозе 10 мг оланзапина и 4 мг рисперидона удавалось уменьшить тяжесть возбуждения, доза 20 мг оланзапина и 6 мг рисперидона приводила к наступлению длительного многочасового сна и исчезновению делириозной симптоматики. Длительность делирия при назначении оланзапина в среднем составила 30,0 часов,

при терапии рисперидоном – 31,5 часов, при симптоматической терапии седатиками, снотворными и галоперидолом – 41,5 часов. Осложнений при лечении оланзапином и рисперидоном не наблюдалось. Таким образом, можно сделать следующие выводы: использование рисперидона и оланзапина в комплексной терапии больных алкогольным делирием сокращает время пребывания больных в психотическом состоянии, ускоряет наступление многочасового сна и снижает риск возникновения различного рода осложнений, связанных с применением типичных нейролептиков, либо с игнорированием антипсихотических препаратов при терапии больных алкогольным делирием.

### ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ АЛКОГОЛИЗМА

А. С. Меликсетян

(Москва)

С целью установления причин возникновения рецидивов обследовано 100 больных хроническим алкоголизмом (все мужчины, в возрасте от 25 до 60 лет). Во всех случаях диагностирована 2 стадия алкоголизма. Исключались из исследования пациенты, страдающие помимо алкоголизма другими психическими заболеваниями (шизофрения и заболевания шизофренического спектра, аффективные расстройства эндогенной природы, эпилепсия, тяжелые органические поражения мозга, тяжелые расстройства личности с частыми декомпенсациями), а также лица, страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями с явлениями сердечно – сосудистой декомпенсации.

Исследовались причины рецидива заболевания (многодневное пьянство с опохмелением) после воздержания от приема спиртных напитков в течение трех месяцев и более. В ходе исследования выяснилось, что причины рецидива могут быть различными: повышенная внушаемость, нередко сочетающаяся с недостаточной критикой к заболеванию; неспособность противостоять предложению принять участие в употреблении спиртного; стремление проверить эффективность проводившегося лечения; чувство неполноценности, связанное с необходимостью полного воздержания от алкоголя; усиление чувства неполноценности в ситуации застолья; спонтанно возникающие или психогенно обусловленные нарушения настроения (субдепрессии, тревожно-депрессивные, тоскливо-злые состояния), актуализировавшие влечение к алкоголю; не исчезающее в периоде воздержания или периодически возникающее влечение к опьянению. При возникновении рецидива ни один из факторов сам по себе не влияет на длительность ремиссии, они имеют значение лишь в совокупности. Несмотря на слабую выраженность влечения, пациенты возобновляли алкоголизацию, потому что почти все были уверены в возможности контролировать дозу алкоголя. Это объясняется частичной или полной алкогольной анозогнозией.

### НАРКОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ПЕРВИЧНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЛИ ВТОРИЧНЫЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ?

В. Д. Менделевич

(Казань)

В отечественной наркологии отмечается необоснованная тенденция психопатологизации большинства наркологических расстройств, в особенности опиоидной зависимости. Доминирующей теоретико-методологической позицией остается признание аддиктивного влечения в качестве “сверхценной доминантной структуры” (паранойальной по своей сути), анозогнозии как симптома, а не психологического феномена или оценка факта употребления ПАВ с сужением круга интересов пациента как признака деградации личности (“морально-этического снижения”). Широко распространена практика использования антипсихотиков, что отразилось в стандартах лечения, однако не привело к сколько-нибудь значимому повышению эффективности терапии.

Игнорируется тот факт, что наркологические расстройства могут считаться поведенческими, а не психопатологическими феноменами, что их причиной может являться витальная потребность в употреблении ПАВ. Внешняя “неадекватность поведения” пациентов в виде влечения к ПАВ не может служить научным доказательством того, что это поведение является однозначно психопатологическим. В этом отношении корректно сравнение аддиктивного влечения с полидипсией у больных сахарным диабетом. Позволительно утверждать, что “неадекватное поведение” может формироваться не только на основе психопатологических механизмов, но и вследствие индивидуально-психологических и даже биологических (физиологических) механизмов.

Феноменологический анализ наркологических расстройств позволяет констатировать, что в современной отечественной наркологии они без должных научных доказательств причисляются к психопатологическим. Требуется пересмотр отечественной теории наркологической патологии.

### ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ

М. А. Михайлов

(Москва)

Синдром патологического влечения рассматривается нами с точки зрения теории единого психоза. Общность многих базисных патологических механизмов вытекает из представления о параллелизме между наркоманиями и периодическими психическими расстройствами. С позиции традиционной психопатологии рассмотрена триада обязательных составляющих компонентов патологического влечения: аффективный, телесный, идеаторный. В аффективной сфере патологическое влечение чаще всего проявляется в виде изменения фона настроения

до уровня тоскливой или тоскливо-апатической депрессии. По мере нарастания патологического влечения аффект становится смешанным, появляются тревожные и дисфорические включения. На пике развития патологического процесса нередко происходит мгновенная инверсия аффекта. В телесной сфере в предельном случае патологическое влечение в своем развитии проходит через ряд последовательных стадий: изменение *vigor vitalis*, парестезии, гомонимные сенестопатии, гетеронимные сенестопатии, эндосоматические галлюцинации. В зависимости от различных внешних и внутренних причин процесс может быть оборван на любой из перечисленных стадий. В идеаторной сфере наши клинические данные позволяют квалифицировать расстройства мышления, встречающиеся при патологическом влечении как бред. Бредовые проявления возникают на фоне и как следствие предшествующей трансформации мировосприятия. В предельном случае идеаторные расстройства патологического влечения в своем развитии проходят через ряд последовательных этапов: этап качественного сдвига в мировосприятии на фоне эмоциональной депривации; этап “метафизического сдвига”; этап бредоподобных фантазий и “бредовых представлений” по К. Ясперсу или “брёда воображения” Дюпре. Рассмотрение синдрома патологического влечения с позиции единого психоза позволяет обнаружить некие общие закономерности его развития в пространстве и времени и приближает нас к построению целостной модели этого психопатологического феномена.

### ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ПРИ ГЕМБЛИНГЕ

Ю. Ю. Молчанова  
(Москва)

Цель исследования – изучение различий у трех групп испытуемых ценностей – типов мотивационных целей, которые они выражают. Обследовано 90 пациентов с диагнозом “патологическая склонность к азартным играм”. Вторая группа – пациенты с диагнозом “алкогольная зависимость”, которая включила 60 человек. В качестве контрольной группы (третьей) обследовано 50 психически здоровых лиц.

Для изучения мотивационных типов ценностей и динамических отношений между ценностными типами использовалась методика Шварца (S. Schwartz, 1992).

Полученные данные подтверждают исходную концепцию о наличии специфической ценностно-смысловой иерархии у большинства лиц, страдающих игровой зависимостью. У них установлено преобладание эгоистической иерархии ценностей, как на уровне нормативных идеалов, так и на уровне индивидуальных приоритетов. Данная структура ценностей отличает их как от контрольной группы, так и от алкогольно-зависимых пациентов, несмотря на сходство с последними по многим кли-

ническим и биологическим параметрам. Гемблеры и здоровые лица имеют более цельные и внутренне логичные иерархии, чем группа “алкогольно-зависимых”, особенно в отношении ценностей первого типа. Иерархии же “руководящих” ценностей наиболее разнообразны у неаддиктов, где, наряду с численно доминирующими “социально ориентированными” подтипами, определяется весомая группа респондентов (44% выборки) с почти “готовой” игровой иерархией, за исключением ориентировки на “риск”.

Таким образом, отличие ценностной иерархии лиц с патологической зависимостью от азартных игр от ценностной иерархии здорового контингента заключается в наличии “утрированных” ценностных тенденций, которые могут привести к развитию гемблинга. В иерархии ценностей, свойственной пациентам алкогольной зависимостью, такой связи с показателями III группы не прослеживается вообще.

### ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ И АЛКОГОЛИЗМОМ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОТИВОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

Д. И. Морозов, А. В. Волков, Т. И. Авдеева,  
М. А. Кинкулькина, Н. Н. Иванец  
(Москва)

Болезни зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) высоко коморбидны с хроническим гепатитом С (ХГС): ХГС выявляется у 90% опийных наркоманов и у 10% больных алкоголизмом. Аффективные расстройства являются неотъемлемым компонентом психических нарушений при зависимости от ПАВ. Депрессивная симптоматика входит в синдром патологического влечения к наркотику (алкоголю). Противовирусная терапия (ПВТ) ХГС нередко осложняется депрессиями.

Цель исследования – изучение депрессий у страдающих болезнями зависимости, ХГС и получающих ПВТ, а также прогнозирование их развития.

Обследовано 42 больных ХГС, получающих ПВТ: 22 больных опийной наркоманией и 20 больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии не менее 6 месяцев. Контрольную группу составили 42 больных ХГС, получающих ПВТ, со схожими клинико-демографическими характеристиками, но без зависимости от ПАВ. Использовался клинико-психопатологический метод; лабораторно-инструментальная диагностика; психометрические шкалы.

У больных ХГС с болезнями зависимости на фоне ПВТ депрессии развиваются достоверно чаще (83,3% и 64,3% обследованных;  $p=0,05$ ); тяжесть депрессий выше ( $p=0,045$ ), преобладает депрессивно-дисфорическая симптоматика ( $p=0,01$ ). Предикторами развития депрессий являлись расстройства личности, депрессии в анамнезе, вирус гепатита С генотипа 3а, психоорганический синд-

ром, психические расстройства у родственников. Динамика выраженности депрессий совпадала с динамикой патологического влечения к ПАВ.

Депрессии у наркологических больных с ХГС при проведении ПВТ являются признаком усиления влечения к ПАВ. Своевременная диагностика обострения патологического влечения позволяет назначить адекватное лечение. Это снижает риск развития рецидива болезни при проведении ПВТ у больных ХГС с зависимостью от ПАВ.

### **О НОВЫХ ПОДХОДАХ К МЕДИЦИНСКОМУ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЮ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОСТОЯНИИ ОПЬЯНЕНИЯ**

С. М. Мостовой

(Москва)

В основу диагностики состояния опьянения в Российской Федерации раньше был положен клинический, описательный принцип, а установление наличия этанола и других ПАВ в биологических средах носили подтверждающий, вспомогательный характер, что было закреплено в действующих нормативных документах.

Во многих странах была определена предельно допустимая концентрация алкоголя в биологических средах, превышение которой влекло за собой определенные законодателем административно-правовые санкции.

Введение количественного критерия в Российской Федерации с июля 2008 г. упрощает и объективизирует проведение медицинского освидетельствования.

Требования Законодательных актов и подзаконных нормативных документов к процедуре медицинского освидетельствования и критериям оценки состояния освидетельствования различны. Введенный количественный критерий концентрации алкоголя в выдыхаемом воздухе или крови применяется только при освидетельствованиях водителей транспортных средств. Для остальных случаев основой вынесения заключения о состоянии опьянения являются признаки нарушения физиологических функций.

Для проведения освидетельствования, основанного на корректном определении концентрации алкоголя в организме человека, необходимы дорогостоящие технические средства измерения, обеспечивающие запись результатов на бумажном носителе, разрешенные к применению Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, заверенные в установленном Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии порядке, тип которых внесен в государственный реестр средств измерений.

Для дальнейшего совершенствования медицинского освидетельствования на состояние опьянения целесообразно создание единого нормативно-правового акта (инструкции) по проведению медицинского освидетельствования для всех категорий освидетельствуемых.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ГАЛЛЮЦИНОЗОВ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ**

Т. И. Немкова

(Москва)

С целью установления клинических особенностей острых алкогольных галлюцинозов обследовано в стационаре 63 пациента (35 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 20 до 60 лет.

Оценивалась эффективность рисперидона, зипрексы, галоперидола в качестве средств для купирования алкогольных галлюцинозов.

У 46% пациентов имелась семейная отягощенность алкоголизмом, у 21% – алкогольными психозами. Преобладало гармоничное воспитание (44,4%) и гипоопека (25,3%). Из личностных особенностей выделены гипертимный (33,9%) и смешанный типы (25,4%). На момент обследования 44,5% пациентов не работали, а 22,2% – работали в коммерческих структурах.

Давность существования второй стадии алкоголизма ко времени возникновения первого в жизни алкогольного галлюциноза в 77,8% случаев превышала 5 лет. В 81% всех наблюдений острому алкогольному галлюцинозу предшествовал более длительный и более тяжелый абстинентный синдром (с вегетативной, неврологической симптоматикой, нарушением сна).

Наблюдались abortивные (63,5%) и типичные (36,5%) галлюцинозы. При abortивной форме психоз длился от нескольких часов до суток и останавливался в стадии дебюта. Пациенты слышали голоса людей, чаще в виде диалога, музыку, звуки, в нескольких случаях возникали зрительные обманы, иллюзии, которые сопровождалась аффектом удивления, возмущения. Поведение оставалось упорядоченным, быстро появлялась критика. В случае типичного алкогольного галлюциноза доминировали обильные вербальные галлюцинации, по содержанию имеющие отношение к пациенту, в виде обвинений в пьянстве, разврате, совершении неблагоприятных поступков, угроз убить, лишить жизни, выселить из квартиры, с бредовой трактовкой обманов восприятия и ситуации. Пациенты спасались бегством от преследователей, меняли виды транспорта, часто обращались в милицию за помощью. Лишь после исчезновения психотической симптоматики появлялась критика.

Для купирования острых алкогольных галлюцинозов использовались три нейрорептика – рисперидон, зипрекса и галоперидол в средних терапевтических дозировках, с внутривенным (галоперидол), внутримышечным (галоперидол, зипрекса), пероральным (рисперидон) методом введения. Эффективность препаратов оказалась практически одинаковой. Длительность лечения больных составила от одного до десяти дней.

**ОРГАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ  
В РЕЗУЛЬТАТЕ ХРОНИЧЕСКОЙ МАРГАНЦЕВОЙ  
ИНТОКСИКАЦИИ**

И. А. Носатовский  
(Москва)

Цель исследования – выяснение особенностей стойких психических расстройств, возникших в результате хронической марганцевой интоксикации.

Обследовано 74 больных токсической энцефалопатией, которые 2–3 года назад в течение 6–15 месяцев злоупотребляли марганецсодержащим наркотиком. Проведена шкальная оценка аффективных расстройств, когнитивных способностей и патохарактерологических свойств.

Выявлены стойкие нарушения в аффективной, познавательной сфере и в сфере влечений с значительным изменением преморбидного стиля поведения. Интеллектуально-мнестические расстройства определялись легкими и умеренно выраженными стойкими когнитивными нарушениями. Их выраженность не была связана с тяжестью неврологических расстройств. Когнитивная дефицитарность имела в своей основе нарушения нейродинамических и регуляторных функций при сохранении операциональных. Степень нарушения регуляторных функций была связана с тяжестью проявлений токсической энцефалопатии. Значительно снижалась способность больных справляться с целенаправленной, продолжительной и последовательной деятельностью. Страдало планирование и предвидение результатов деятельности. Эмоциональное состояние чаще характеризовалось апатией или аффективной неустойчивостью с легкой сменой благодушия на раздражительность. Преобладали апатический (54%) и эйфорический (22%) варианты психоорганического синдрома. Был ослаблен учет социальных условий при выражении потребностей. Мышление характеризовалось вязкостью, торпидностью, расширенным включением побочных ассоциаций. С помощью специальных опросников установлен повышенный уровень соматизации, обсессивности-компульсивности, сенситивности, враждебности. Эти нарушения в большей степени, чем когнитивная недостаточность, влияли на ухудшение повседневной активности и социального функционирования. Тяжелые двигательные расстройства также значительно влияли на стиль поведения и патохарактерологические черты.

**КЛИНИКА ПСИХОЗОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ  
СОЧЕТАНИИ ШИЗОФРЕНИИ И ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА  
С АЛКОГОЛИЗМОМ**

М. А. Орлова, А. Г. Гофман  
(Москва)

Частота злоупотребления алкоголем больными шизофренией обуславливает диагностическую сложность оцен-

ки психотических состояний, в генезе которых могут участвовать экзогенные и эндогенные факторы. Правильный диагноз определяет последовательность устранения симптоматики, обусловленной алкоголизмом и шизофренией.

Целью являлось установление закономерностей возникновения и особенностей структуры психотических состояний, возникающих при сочетании шизофрении и заболеваний шизофренического спектра с алкоголизмом. Выявлялась зависимость структуры психоза от типа прогредиентности шизофренического процесса.

Обследовано 80 мужчин в возрасте от 21 до 60 лет, у которых при сочетании шизофрении и злоупотребления алкоголем возникли психотические состояния, потребовавшие госпитализации. Исключались пациенты с тяжелыми органическими поражениями ЦНС, страдающие тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации, эпилепсией, аффективными расстройствами. Использовались клиничко-психопатологический метод, шкалы PANSS, HAM-D, HAM-A, CDSS.

Обнаружено, что структура психотических состояний, возникающих при сочетании двух заболеваний, может укладываться в рамки галлюцинаторно-бредовой, аффективно-параноидной и другой симптоматики, специфичной для шизофрении. Наряду с этим выявлено развитие алкогольных делириев, острых алкогольных галлюцинозов, промежуточных форм, а также алкогольных психозов сложной структуры с включениями эндоформной симптоматики. При малопрогредиентном течении шизофрении (шизотипическое расстройство по МКБ-10) чаще встречаются abortивные и типичные алкогольные делирии, при приступообразно-прогредиентном течении с параноидной и иной структурой приступов – алкогольные психозы сложной структуры с включениями эндоформной симптоматики. При непрерывно текущей параноидной шизофрении даже длительные запои редко меняют картину обострений эндогенного заболевания.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ  
ИМПЛАНТАТА “НАЛТРЕКСОНА  
ГИДРОХЛОРИДА” В ЛЕЧЕБНО-  
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЕ ДЛЯ  
БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

В. Д. Папырин, К. С. Вторушин  
(Москва)

Цель исследования – изучить эффективность применения имплантата “Налтрексон гидрохлорид” (1000 мг) с пролонгированным действием до 12 недель и более в комплексной программе реабилитации больных опийной наркоманией.

Обследованы 55 больных опийной наркоманией, средний возраст – 27,5 лет, средняя продолжительность опийной зависимости – 7,3 года. Удельный вес женщин – 3,6%. Основной мотив отказа от операции – наличие косметического дефекта (рубца). Дополнительно после

имплантации проводилась комплексная когнитивно-поведенческая психотерапия, назначалось симптоматическое лечение, антиконвульсанты, психолептики, антидепрессанты.

Как правило, больные с высоким УРП отказывались от “радикальной” терапии – имплантации Налтрексона, но соглашались на прием таблеток антаксона. Своё решение они объясняли уверенностью в своих возможностях самостоятельно воздерживаться от наркотиков. Все же имплантации подверглись 3 человека. Больные со средним УРП, как правило, при своевременной когнитивной интервенции и использовании суггестивных техник добровольно соглашались на имплантацию налтрексона. Группа больных с низким УРП и выраженной соматической патологией (гепатиты – 97%, ВИЧ-инфекция – 7%, туберкулез – 5%) признавали имплантацию как наиболее “правильный” способ лечения. У большинства больных в первые 8–10 дней после введения имплантата отмечалось обострение влечения к героину. В этом состоянии двое больных удалили имплантат самостоятельно в первые семь дней после операции.

После имплантации препарата ремиссии до 1 года возникали у 100% больных с высоким УРП; со средним и низким УРП – у 37%, ремиссии до 6 месяцев – у 14%. Известно, что среднестатистические ремиссии у больных опиной наркоманией, которым не имплантируется налтрексон, как правило, не превышают 6%. Таким образом, использование имплантата налтрексона в комплексной программе значительно повышает продолжительность терапевтических ремиссий у больных опиной наркоманией.

### ПОЛОВАЯ КОНСТИТУЦИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЛЕЧЕНИЕМ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

А. Я. Перехов, В. А. Солдаткин  
(Ростов-на-Дону)

Цель исследования – установление половой конституции лиц, страдающих патологическим влечением к азартным играм (ПВАИ).

Обследовано 150 пациентов с установленным диагнозом “патологическое влечение к азартным играм” (F63.0). Возраст пациентов колебался от 18 до 42 лет (средний возраст – 24,3±4,5 года). На 135 мужчин (90,0%) пришлось 15 женщин (10,0%), соотношение мужчин и женщин – 9:1.

Клиническое обследование дополнялось применением шкалы векторного определения половой конституции (Васильченко Г.С., 1990).

Половая конституция установлена у 141 пациента; 9 пациентов не имели полового опыта, и оценка конституции не проводилась.

Половая конституция 33 (22,0%) пациентов соответствует критериям слабой (менее 3,6 баллов), 45 (30,0%) – средне-слабой (3,6–4,5 балла), 44 (29,3%) – средней

(4,6–5,5 балла), 14 (9,3%) – средне-сильной (5,6–6,6 балла) и лишь 5 (3,3%) – сильной (более 6,6 баллов). Преобладала средне-слабая половая конституция. Можно отметить высокий удельный вес пациентов со слабой и средне-слабой конституцией (52,0%) и низкий процент пациентов с сильной и средне-сильной половой конституцией (12,6%). Возможно, что слабая половая конституция является одним из неспецифических факторов predisпозиции к ПВАИ.

Принимая во внимание выявленную ранее связь между половой конституцией и развитием нехимической зависимости, вывод в отношении ПВАИ представляется неслучайным. Представляется обоснованным предположение, что слабая половая конституция является predisponирующим фактором развития нехимической зависимости в целом. Это в очередной раз подчеркивает клиническую близость различных форм зависимости и правомочность объединения их в единую нозологическую единицу – болезнь зависимого поведения.

### КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С АЛКОГОЛИЗМОМ, У КОМБАТАНТОВ

А. В. Погосов, С. Н. Морозова, Ю. Н. Сочивко  
(Курск)

Изучение сочетанного течения психических заболеваний и алкогольной зависимости приобретает особую актуальность из-за наметившейся тенденции к увеличению этой патологии.

Цель исследования – изучение клинической картины, особенностей динамики ПТСР при его сочетании с алкогольной зависимостью.

В 2007–2010 гг. обследовано 95 больных, находившихся на лечении в наркологических учреждениях Тульской области, у которых диагностировано сочетание ПТСР с алкоголизмом.

Больные служили в Афганистане, Чечне, Абхазии. Они становились свидетелями гибели и ранения сослуживцев, испытывали угрозу для собственной жизни и здоровья (86 случаев – 90,52%), наблюдали страдания раненых (75 случаев – 78,94%).

Диагностика ПТСР осуществлялась в соответствии с МКБ-10, DSM-IV. В качестве дополнительных методик использовался “Вопросник для выявления симптомов посттравматического стрессогенного синдрома (PTSD)”.

Клиническая картина ПТСР в случаях его сочетания с алкогольной зависимостью включает облигатные и факультативные составляющие. Облигатная составляющая представлена диагностическими синдромами ПТСР (“реперевживания”, “избегание” и “повышенная активация”), факультативная – невротическими (истерические, ипохондрические, тревожные, депрессивные проявления) и патохарактерологическими (аффективно-неустойчивые и истерические проявления) синдромами.

Коморбидность ПТСР с алкоголизмом обуславливает динамические особенности ПТСР. Присоединение к ПТСР алкогольной зависимости приводит к его хроническому течению. Длительное сочетанное течение ПТСР и алкоголизма приводит к увеличению удельного веса факультативных симптомов.

Дифференциация психофармакологических и психотерапевтических мероприятий должна осуществляться с учетом этапа лечения, клинко-динамических особенностей сочетающихся заболеваний.

### ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У АКТИВНО РАБОТАЮЩЕГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ

П. А. Понизовский, А. Ю. Магалиф  
(Москва)

С целью установления особенностей алкогольной зависимости у сохраняющих высокий уровень трудовой и социальной адаптации москвичей, обращающихся за амбулаторной помощью в хозрасчетный психотерапевтический кабинет, обследовано 204 пациента (166 мужчин и 38 женщин), средний возраст которых составил  $38,0 \pm 8,5$  лет.

У 45% пациентов имелась семейная отягощенность алкоголизмом. Из личностных особенностей преобладали синтонность (40%) и стеничность (38%). У 21% больных за годы злоупотребления спиртным появились черты нажитой эмоциональной лабильности и тревожности. 88% пациентов на момент обращения работали в частном бизнесе, а 38% из них – на руководящих постах.

Средняя длительность существования алкогольной зависимости составляла  $10,7 \pm 1,9$  лет. Преобладали больные во II стадии алкоголизма (64%). Однако количество больных в I и в переходной (I-II) стадиях также было велико – 17% и 19% соответственно. Основными причинами обращения за медицинской помощью во II стадии алкоголизма являлись утяжеление проявлений алкогольного абстинентного синдрома и удлинение запоев. Пациенты в I и в переходной стадиях в основном жаловались на появившиеся амнезии и несвойственное им ранее агрессивное, конфликтное поведение в опьянении. Это компрометировало их в глазах коллег, подчиненных и деловых партнеров. Кроме запойной формы (65%), отмечалось частое бессистемное употребление спиртного в дозах, не вызывающих запой (26%), “вечерний алкоголизм” (52%) и “алкоголизм выходных дней” (29%). 70% больных обратились за медицинской помощью по собственной инициативе, в 33% случаев на принятие решения о лечении значительно влияла позиция ближайшего окружения. 76% обратившихся надеялись после прохождения курса терапии получить возможность “контролировать дозу алкоголя”, в то время как 21% пациентов был настроен на полное воздержание от спиртного. Полностью отрицали свою зависимость от алкоголя лишь 3% больных.

Проведенное исследование позволило установить у указанного контингента следующее: 1) особенности “по-

перечного среза” клинической картины алкоголизма, 2) преобладающую структуру личности и ее динамику, 3) возможность использования активной жизненной позиции пациентов и их адаптивных способностей при выборе и проведении комплексной терапии.

### СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛИЯНИЕ СЕМЬИ НА ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Н. Ю. Потрываева, А. К. Зиньковский  
(Тверь)

Цель исследования – установление социально-психологического влияния семьи на женщин, страдающих алкоголизмом. По специально разработанному опроснику для родственников женщин, страдающих алкоголизмом, изучались внутрисемейные отношения 54 семей. Оказалось, что семьи, которые делают попытки остановить алкоголизацию своей родственницы (94,4%), прибегают к следующим мерам: отказ в материальной поддержке – 21,6%, в общении – 19,6%, домашний “арест” – 31,4%, организация противодействия родственников – 13,7%, критика в адрес больной – 58,8%, попытки заставить лечиться – 37,3%, применение физической силы (побои) – 19,6%, отнятие алкоголя – 39,2%, контроль за потребляемой дозой алкоголя – 9,8%. Остальные 5,6% семей не принимают никаких мер по отношению к пьющей родственнице. Однако отношение к больной во время ремиссии только в 55,6% семей становится более доброжелательным, в 18,5% оно не изменяется и в 25,9% становится еще более строгим, требовательным и контролирующим. В 63,1% случаев родственники продолжают употреблять алкоголь в присутствии женщины в период ее трезвости.

Таким образом, большинство семей, в которых есть больная алкоголизмом, пытаются бороться с пьянством. Однако принимаемые меры являются лишь своего рода “морализаторством”, носят агрессивный и унижающий достоинство женщины характер. Они направлены на физическую изоляцию и эмоциональную депривацию женщины, в результате чего она находится в состоянии хронической психотравматизации. С целью гармонизации внутрисемейных отношений требуется создание центра психо-социальной реабилитации женщин, страдающих алкоголизмом, с участием психологов, специалистов семейного права и социальных работников.

### ОСОБЕННОСТИ ЗЛУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН, ПРОХОДИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А. М. Резник  
(Москва)

Среди 264 ветеранов, прошедших лечение в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, алкоголизм был выявлен у 100 человек



(37,9%). Алкогольная зависимость в качестве основного диагноза установлена у 20,1% больных. Опиная наркомания диагностирована у одного ветерана (0,4%), зависимость от барбитуратов – еще у одного (0,4%). Признаки алкогольной зависимости выявлены у 17,8% ветеранов, имеющих другие психиатрические диагнозы: из числа ветеранов с ПТСР – в 28,6% случаев, у больных неврозами – в 24,5%, у больных органическими психическими расстройствами в связи с травмой головного мозга – в 29,1%. Кроме того, у 9,9% ветеранов отмечалось злоупотребление алкоголем, при котором отсутствовали критерии зависимости, но отмечались последствия для здоровья или социальной адаптации. Общая доля ветеранов с аддиктивным поведением – это 47,8% проходивших лечение в психиатрическом стационаре. Этот показатель не отличался от доли больных алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем среди кадровых военнослужащих и находящихся в запасе, никогда не принимавших участия в боевых действиях (48%).

Только у 6% больных алкоголизмом развитие зависимости прослеживалось еще до войны, всего 18% начали злоупотреблять спиртным в зоне боевых действий. Не оказалось ни одного, кто бы в период участия в боевых действиях проходил лечение по поводу алкоголизма или любого другого психического расстройства. У 76% больных развитие зависимости происходило в мирное время. Средний возраст больных алкогольной зависимостью на момент первой госпитализации составлял 42,5 года, они значимо старше, чем больные ПТСР, невротическими расстройствами и органическими психическими расстройствами. Средний возраст, в котором ветераны подвергались воздействию боевых стресс-факторов, оказался у всех почти одинаковым. Между датой возвращения из зоны боевых действий и первой госпитализацией у больных алкоголизмом проходило в среднем 11 лет. Алкогольная зависимость оказалась единственным психическим расстройством, при котором число поступлений в стационар после увольнения в запас в два раза больше, чем в период службы. При других психических заболеваниях соотношение было обратным.

#### **ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА СУПРУЖЕСКИХ ПАР С НАЛИЧИЕМ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Т. М. Рожнова  
(Москва)

Вероятность возникновения и особенности течения алкоголизма определяются сложным взаимодействием генетических и средовых факторов. При наличии наследственной отягощённости алкогольной зависимостью реализация её может быть связана с влиянием конституционально-биологических особенностей индивида, факторов внешней среды и т.д.

Формирование супружеской семьи происходит при активном участии человека и является наиболее важной микросредой его пребывания.

Психологический микроклимат семей с наличием аддиктивных расстройств, в частности алкоголизма и со-зависимости, отличается холодностью эмоциональных взаимоотношений, разобщённостью членов семьи, наличием аутоагрессии и взаимной гетероагрессии, физической и моральной депривацией, нарушением социально-ролевых функций. Характерно принятие женщиной мужского типа поведения (маскулинизация), выраженного в разных типах семейного лидерства, и безволие, феминистический тип поведения больных алкоголизмом мужчин (82–84%).

У больного алкоголизмом и его созависимой супруги выявлен широкий спектр психоэмоциональных нарушений. Часто граница между ними бывает стёртой и клиническая картина представлена попеременно возникающими и сочетающимися симптомокомплексами. Отмечается большое сходство характера расстройств у обоих супругов, однако, для больного алкоголизмом характерна более позитивная оценка ситуации одновременно с проявлением большей ранимости и зависимости от других людей на протяжении всей жизни. Больным алкоголизмом мужчинам и их созависимым жёнам свойственны анозогнозия и ригидность мышления.

Необходим комплексный системный индивидуально ориентированный подход при лечении лиц аддиктивными расстройствами.

#### **КРИМИНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОМАНИЕЙ**

М. Л. Рохлина, Л. А. Чистякова  
(Москва)

При обследовании большой когорты больных героино-вой зависимостью выявлено 280 пациентов, совершивших различные криминальные действия. По тяжести криминального поведения они были разделены на 2 группы. Установлены достоверные различия в отношении факторов, способствующих более тяжёлому криминальному поведению.

1-ая группа (196 больных) характеризовалась более быстрым формированием и более тяжёлым течением наркотической зависимости. Отмечалась высокая наследственная отягощённость: в 85% случаев – алкогольная зависимость у отцов; в 65,2% – алкоголизм и злоупотребление алкоголем у обоих родителей; в 72% – у родителей и ближайших родственников; в 28% – зависимость и злоупотребление наркотиками у одного из родителей и ближайших родственников. Установлено наличие перинатальной, неонатальной и антенатальной патологии, невротических и неврологических расстройств, отмечались частые черепно-мозговые травмы. Органическая недостаточность способствовала более быстрому развитию тяжелой наркотической зависимос-

ти. Это привело к совершению более тяжёлых криминальных действий.

Во 2-ой группе (84 больных) указанные расстройства были единичными. Травмы головы перенесли 6 человек, только трое обращались за медицинской помощью.

Больными 1-ой группы на начальных этапах наркотизации совершались, в основном, имущественные правонарушения, спустя 1,5–2 года наркотизации – смешанные правонарушения (имущественные, направленные против личности) различной степени тяжести. В 97% случаев отмечалось резко выраженное патологическое влечение к наркотику, сопровождавшееся своеобразными аффективными нарушениями, что способствовало криминальному поведению. Во 2-ой группе на ранних этапах наркотизации правонарушения больных были менее тяжёлыми, не подпадающими под статьи уголовного кодекса. Однако, спустя 1–1,5 года, больными совершались более тяжёлые криминальные действия, в основном, смешанного характера. В обеих группах вновь приобретенные личностные черты, являющиеся следствием наркотизации, приводили к более частым и более тяжёлым противоправным действиям. Доминирующим и детерминирующим факторами, оказывающими влияние на совершение криминальных действий, являются патологическое влечение к наркотику и аффективные нарушения различной степени тяжести. Необходимо обязательное лечение больных героиноманией с целью предупреждения криминального поведения.

#### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ**

Н. С. Сединина, Л. М. Патрушева,  
Г. Г. Подойницына, А. Л. Сединин  
(Пермь)

У больных опийной наркоманией нарушаются социальные связи, что может вызвать полную социальную дезадаптацию. Обследовано 36 мужчин, находящихся в реабилитационном центре не менее двух месяцев. Средний возраст больных  $27,5 \pm 2,8$  лет. У всех пациентов – средняя стадия зависимости от опиатов. Ремиссии ранее возникали у всех обследованных, длились менее года. Длительность текущей ремиссии –  $87,4 \pm 21,1$  дня, она совпадает у большинства с периодом пребывания в центре. Для оценки качества жизни больных использована методика SF-36. По шкале физического функционирования результат составил  $65,1 \pm 2,9$  баллов, по шкале ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием –  $90,3 \pm 3,0$  балла, по шкале интенсивности боли –  $72,2 \pm 5,3$  балла. Показатели по шкале общего состояния здоровья, оценивающей субъективное восприятие предшествующего и настоящего состояния здоровья, составили  $47,5 \pm 6,1$  балла, по шкале жизненной активности –  $44,7 \pm 2,5$  балла, по шкале социального функционирования –  $67,7 \pm 3,8$  балла. Показатель ролевого

функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, составил  $59,7 \pm 2,8$  балла, показатель психического здоровья –  $59,3 \pm 2,8$  балла. Таким образом, пациенты, проходящие реабилитацию в центре для наркозависимых, продемонстрировали невысокие показатели качества жизни, что говорит о необходимости проведения дальнейшей реабилитационной психотерапевтической работы.

#### **СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К КУРЕНИЮ В СВЕТЕ РЕЦЕПТОРНО-ГЕНОМНОЙ ТЕОРИИ ЭВОЛЮЦИИ ЧЕЛОВЕКА**

В. К. Смирнов, О. И. Сперанская  
(Москва)

Синдром патологического влечения – одно из древнейших нарушений психической деятельности человека, наиболее сложный для клинико-психопатологического описания и чрезвычайно резистентный ко всем видам терапии.

Он проявляется идеаторным, вегетативно-сосудистым, невротическим компонентами.

Синдром патологического влечения к курению связан с наличием двух уровней патологии.

Первый уровень – декомпенсация психической деятельности с потерей контроля “Я” над возникновением и прекращением воспоминаний, представлений, желаний повторного курения.

Согласно рецепторно-геномной теории эволюции человека, декомпенсация психической деятельности мозга обусловлена нарушением клеточных рецепторно-геномных ассоциаций на правой и левой стороне, нарушением деятельности таких биологически активных систем, как катехоламинавая и андрогенная у женщин; гистаминная, глюкокортикоидная и эстрогенная – у мужчин.

Фенотипическая половая инверсия клеточных рецепторно-геномных связей автоматически включает гипоксическое и аутоиммунное звенья патогенеза, которые направлены на детоксикацию и торможение клеточной активности.

Рецепторно-аутоиммунно-токсико-гипоксический патогенез лежит в основе декомпенсации психической деятельности, подготавливая основу для становления и формирования патологического влечения.

Второй уровень – это биологически активные системы, тесно связанные с объектом зависимости: N-холинэргические системы.

Устранение первого уровня патологии приводит к переводу половой инверсии рецепторов в соответствие с половым генотипом клетки.

Терапия второго уровня – известные на сегодняшний день стандарты никотинозаместительной терапии.

## ПРЕДИСПОЗИЦИЯ К ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

В. А. Солдаткин, А. Я. Перехов,  
А. О. Бухановский  
(Ростов-на-Дону)

Цель исследования – установление факторов predisposition к игровой зависимости.

Обследовано 150 больных с установленным диагнозом “патологическое влечение к азартным играм” (F63.0). Из 150 пациентов 107 (71,3%) оказались зависимыми от игры в автоматы, 23 (15,3%) – от азартной игры в казино, у 20 пациентов (13,3%) выявлены признаки зависимости от нескольких азартных игр (автоматы, казино, карточные турниры, тотализатор). Преобладали пациенты с игровым стажем 3–5 лет (75; 50,0%). Все пациенты миновали первую фазу игрового цикла (фазу выигрышей). Средний возраст больных –  $24,3 \pm 4,5$  г. Соотношение мужчин и женщин – 9:1.

Установлено, что игровая зависимость имеет predisposition, формирующую нефатальный риск развития расстройства. Predisposition имеет комплексный характер и включает ряд компонентов.

Биологический компонент заключается в церебральных морфофункциональных особенностях. Морфологическая часть включает высокую частоту признаков дизонтогенеза, преимущественно локализованных в передних и глубоких отделах головного мозга. Функциональная часть отражается в высокой частоте асимметричного типа ЭЭГ, что трактуется как незрелость передних отделов мозга.

Личностный компонент определяется противоречивостью личности с преобладанием неустойчивого, гипертимного и истерического радикалов, экстраверсии, “облегченности” коммуникации при слабой способности к эмпатии, склонностью к азарту, преобладанием иррациональности и низкой интернальностью. Характерным для преморбидной личности является интеллект на уровне высокой нормы ( $110,4 \pm 3,7$  баллов).

Половой компонент заключается в преобладании мужчин со слабой и средне-слабой половой конституцией.

Выявленные компоненты predisposition важны для понимания происхождения зависимости и разработки программ терапии и профилактики этого расстройства.

## ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН

О. И. Сперанская, В. К. Смирнов  
(Москва)

Терапия табачной зависимости у женщин происходит намного сложнее, чем у мужчин.

Это обусловлено большей дозозависимостью эффекта никотинозаместительной терапии (NRT) у женщин; наличием депрессивных расстройств, которые расцениваются как предиктор низкой эффективности терапии; влиянием циклических процессов в организме женщины

на динамику отмены курения; высокой ролью психологических мотивов при прекращении курения у женщин.

Гендерные различия касаются также ключевых механизмов формирования никотиновой зависимости. Если у мужчин с увеличением количества выкуриваемых сигарет возрастает дальнейшая интенсивность курения, то у женщин этого не происходит.

Установлена взаимосвязь синдрома патологического влечения к курению с дисбалансом функционирования эстрогенной системы и эмоциональными нарушениями с суточными колебаниями настроения. Дизрегуляция андрогенной системы связана со снижением контроля над появлением и исчезновением образных воспоминаний и представлений о курении.

Обследовано 105 женщин с табачной зависимостью в возрасте от 38 до 68 лет, давность заболевания – от 20 до 50 лет, все резистентны к NRT.

Включение в терапевтический комплекс психофармакотерапии (пиразидол), а также биорезонансной терапии с присоединением гомеопатических препаратов – андростендиола и никотина в сотых потенциях – позволило добиться полной отмены курения с редукцией коморбидных аффективных расстройств в 85,5% наблюдений, что свидетельствует об адекватности дифференцированного подхода.

## ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А. Т. Староверов, Ю. Б. Барыльник,  
Е. Н. Бычков, А. Н. Хлебников  
(Саратов)

Отсутствие “стандарта диагностики и лечения” никотинизма приводит к разноплановости терапевтической коррекции этой зависимости.

Использование немедикаментозных методов лечения (классическое иглоукалывание, аурикулоиглотерапия, вегетопунктура, магнитотерапия и транскраниальная электростимуляция) расширили возможности фармакотерапии. Мишенями для этих методик являются центральные и периферические звенья патологической зависимости. Лечение проведено 153 мужчинам 18–30 лет, зависимым от никотина, продолжительность заболевания – от 4 до 15 лет. Установлена психосоматическая и диссоциированная формы зависимости, выраженные проявления вегетативно-сосудистой дисфункции, неврозоподобные расстройства тревожно-фобического характера, обсессивное влечение. Больные разделены на 2 группы. В 1 группе применялась только фармакотерапия. Во 2 группе проводилась сочетанная лекарственная и немедикаментозная терапия указанными методами, по отдельности и в комбинациях. У больных 1 группы влечение сохранялось и часто приводило к срывам в процессе терапии. У больных 2 группы лечение зависимости в виде сочетания лекарственной и немедикаментозной терапии купировало патологическое влечение к никотину,

уменьшало вегетососудистые расстройства, как в структуре абстинентного синдрома, так и на этапах ремиссии. Отмечалось потенцирование функциональной кумуляции эффектов фармакотерапии, предотвращение возникновения отрицательных эффектов полипрагмазии. Методы не оказывали побочного действия, не вызывали ятрогении. Ремиссия у больных 2 группы была более продолжительной и устойчивой.

Сочетание немедикаментозной и традиционной терапии никотиновой зависимости наиболее целесообразно.

### ВОЗМОЖНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЛАТВИИ

В. Судраба, Э. Ранцан, И. Миллере

(Рига)

В Латвии в 2008 году на 1 жителя приходилось 10,81 литров абсолютного алкоголя, а на 1 жителя старше 15 лет – 12,72 литра. В последние годы отмечается рост употребления алкоголя. В конце 2008 года на учете состояло 30318 больных алкогольной и наркотической зависимостью. В 40 амбулаторных учреждениях помощь оказывает врач-нарколог. Стационарная помощь оказывается в 12 учреждениях. Общее количество наркологических коек – 387, число госпитализаций – 23374, в среднем на больного приходится – 4,92 койко-дней. Существуют 3 краткосрочные (28 дней) психотерапевтические программы, для этого выделены 45 коек.

Цель исследования – установить возможности наркологической помощи и актуализировать необходимость полиэтиологического лечения.

Опрошены 158 врачей разных специальностей; 82,9% отмечают, что встречаются с алкогольной зависимостью и 53,8% – с наркотической зависимостью в своей повседневной работе. 98,7% врачей информированы о детоксикации, 74,7–89,2% – об аффективно-стрессовых методах (кодирование, вшивание ампулы или т.н. “Торпедо”), 87,3% – о краткосрочных психотерапевтических программах, 73,4% информированы о замещающих медикаментозных программах для наркозависимых. Опрошены 126 пациентов, 73% из них получали детоксикацию, 14,3%–38,9% – аффективно-стрессовые методы и 28,6% были охвачены психотерапевтическими программами. Аффективно-стрессовые методы дают хорошую ремиссию – до года (22,2%– 44,9%), психотерапевтические программы – до 5 лет и больше (19,4%). 108 (68,4%) врачей советуют пациентам участвовать в психотерапевтических программах.

Для успешной ранней диагностики и лечения заболевания необходимо улучшить сотрудничество между врачами разных специальностей, которых посещают зависимые от алкоголя и наркотиков пациенты. При пятидневном лечении в стационаре существует большой риск рецидива болезни. Существующая амбулаторная служба не может предоставить адекватного поддерживающего лечения. В стране недостаточно наркологических коек,

особенно используемых в психотерапевтических программах.

### “КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОТИЗМА СРЕДИ МОЛОДЕЖИ – В XXI ВЕК БЕЗ НАРКОТИКОВ”

Д. Ч. Теммоев, Л. М. Таукенова

(Нальчик)

Главной целью настоящей программы является создание модели – структуры по комплексной профилактике наркотизма, раннему выявлению, лечению и реабилитации больных с зависимостью от различных ПАВ, снижению роста потребления ПАВ и заболеваемостью наркоманией.

Рабочей группой из сотрудников кафедры психиатрии, наркологии и неврологии Кабардино-Балкарского государственного университета (КБГУ) определены три основных направления профилактической работы в рамках данной программы: 1) обязательное введение по основным дисциплинам и направлениям КБГУ и в других вузах КБР 32-часовой программы по комплексной профилактике наркотизма для студентов 1–2 курсов; 2) эту же образовательную программу обязательно должны пройти преподаватели, классные руководители, школьные психологи и медицинские работники школ и лицеев КБР; 3) организация кабинетов профилактики и лечения наркотизма в студенческой поликлинике КБГУ, школах и лицеях.

Предполагается снижение распространения наркотизма среди молодежи в течение 2–3 лет в 2–3 раза. В настоящее время уровень наркотизма достаточно высок – 8–10% среди учащейся молодежи. Ожидается снижение этого уровня до 2–3%, что соответствует опыту наиболее благополучных в этом плане стран – Японии и США (1–2%). Социальную эффективность реализуемой программы трудно выразить в цифрах или в денежном выражении, так как речь идет о преобразовании, перестройке мировоззрения, изменении ценностных ориентаций человека.

### ДОЛГОСРОЧНЫЕ ПРОГРАММЫ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Н. В. Туманов

(Москва)

Изучалась сравнительная эффективность долгосрочных программ амбулаторного лечения больных алкоголизмом. Обследовано 40 мужчин с зависимостью от алкоголя 2 и 2–3 стадии, которые случайным образом были разделены на две группы по 20 человек. Первая группа после стационарного курса получала налтрексон пролонгированного действия, вторая группа – психофармакотерапию в соответствии с психопатологическими расстройствами и обострениями патологического влечения к алкоголю (ПВА) в течение 12 месяцев. Оказалось, что 50% пациентов (10 человек) первой группы не упот-

ребляли алкоголь в течение года без дополнительной психофармакотерапии. У 25% пациентов (5 человек) также наблюдалась годовая ремиссия, но в связи с выраженными обострениями ПВА они получали дополнительно психофармакотерапию (миансерин, тианептин, кветиапин, оланзапин). У троих пациентов сохранялось ПВА, назначалась дополнительная психофармакотерапия, но они возобновили прием спиртного. У них отмечалось снижение общего количества потребляемого алкоголя, уменьшение количества дней злоупотребления им. Двое пациентов первой группы выбыли из исследования на втором месяце амбулаторного лечения, возобновив прием алкоголя и объяснив это тем, что поступили на лечение исключительно под давлением родственников. Во второй группе достоверно меньше пациентов (7 человек) воздерживались от алкоголя в течение года. Таким образом, длительная программа амбулаторного лечения пациентов алкогольной зависимостью с использованием блокаторов опиатных рецепторов длительного действия более эффективна, чем применение изолированной психофармакотерапии. Из минусов можно отметить относительно высокую стоимость курса лечения.

#### **АНАЛИЗ ПРОБЛЕМ, АКТУАЛЬНЫХ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И УСТАНОВЛЕННЫХ ВО ВРЕМЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

П. В. Тучин, О. Ж. Бузик  
(Москва)

Обследованы 45 пациентов с зависимостью от опиатов, проходивших стационарный курс лечения. Материал исследования – содержание семи сессий групповой психотерапии в открытой группе, которая проводилась 2 раза в неделю по 45 минут. Каждый пациент формулировал запрос, составляющий основу последующей психотерапевтической работы. Психотерапия проводилась в соответствии с характером и количеством предъявленных запросов. Были предъявлены следующие запросы: 28 запросов на получение информации о заболевании и методах лечения; 7 – на помощь в формировании новых моделей общения; 5 – на помощь в борьбе с патологическим влечением к наркотику; 2 – на усиление внутреннего запрета на употребление наркотиков и 2 – на повышение мотивации к лечению. В соответствии с запросами, психотерапия включала информирование о динамике развития симптомов, выполнение упражнений, направленных на повышение осознания заболевания. Для удовлетворения запросов на формирование новых моделей общения использовалась групповая дискуссия и развитие навыков позитивной коммуникации. Для борьбы с патологическим влечением к наркотику и усиления запретов на употребление наркотика использовались методы гештальт-терапии. Пациент представлял и описывал различные борющиеся части, для того чтобы разрешить внутриличностный конф-

ликт. Таким образом, можно отметить, что около половины запросов пациентов направлены на получение объективной информации о заболевании и на формирование критики к своему состоянию и болезни. Остальные запросы направлены на развитие личностных способностей, уменьшение дефицита адаптации и ориентированы на дальнейшее продолжение лечения.

#### **АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

М. С. Уманский, П. Б. Зотов, П. С. Уманская  
(Тюмень)

Одним из проявлений алкоголизма являются алкогольные психозы, регистрируемые, согласно мнению экспертов ВОЗ (1972), примерно у 10% всех зависимых от алкоголя. Заболеваемость алкогольными психозами в отдельных регионах страны может значительно различаться. Самый низкий показатель отмечался в 2002 г. в Республике Дагестан (1,9). В Ингушетии в 2002 году не было зарегистрировано ни одного алкогольного психоза.

Тюменская область с населением 3,2 млн. человек относится к одним из наиболее экономически благополучных регионов России, что наряду с климатическими условиями определяет ряд медико-социальных особенностей. В Тюменской области в течение последних нескольких лет частота алкогольных психозов остается достаточно стабильной и составляет около 2000 случаев в год. Показатель на 100 000 населения в 2001 г. – 62,7; в 2002 г. – 60,5; в 2003 г. – 62,6; в 2004 г. – 59,3. В целом отмечается некоторое снижение частоты психозов, особенно в г. Тюмени и южных районах области. В Тюмени, начиная с 2001 года, наблюдается снижение числа алкогольных психозов, с устойчивой стабилизацией показателя на протяжении ряда лет: в 2001 г. – 404 случая (стандартизованный показатель – 72,9), в 2004 году – 278 случаев (49,3), в 2007 г. – 205 случаев (35,4), в 2009 г. – 218 случаев (36,7). На Юге Тюменской области за тот же период отмечалось следующее: в 2001 году – 764 психоза (55,7 на 100 000 населения), в 2004 г. – 870 (66,0), в 2007 г. – 537 (40,7), в 2009 г. – 547 случаев (41,1). В Северных округах, напротив, отмечалась негативная динамика. Только по данным Нижневартовского психоневрологического диспансера за период с 1999 по 2007 годы количество алкогольных психозов возросло с 480 до 589, доля мужчин составила 83%. Более интенсивные темпы роста отмечались среди лиц пенсионного возраста (более 30%). Причины разнонаправленной частоты регистрации числа психозов на Юге и северных регионах Тюменской области требуют дополнительных исследований.

**СОВМЕСТНОЕ УЧАСТИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ  
МЕДИЦИНСКОГО, ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ В МЕРОПРИЯТИЯХ  
ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАВ В ПОДРОСТКОВОЙ  
СРЕДЕ**

Т. А. Филатова, М. Г. Куракова  
(Курск)

Цель исследования – изучение сочетанного воздействия факторов риска развития зависимости от ПАВ у подростков. Обследовано 82 учащихся муниципальных общеобразовательных учреждений г. Курска в возрасте  $15,4 \pm 0,3$  лет. Выделены наиболее значимые факторы риска, способствующие формированию зависимости от ПАВ. Установлено, что наибольшую распространенность в подростковой среде имеют клиничко-биологические факторы риска: наследственная отягощенность зависимостью от ПАВ и психическими заболеваниями, перинатальная патология, перенесенные черепно-мозговые травмы, соматическая и психическая патология. Они могут сочетаться с социально-психологическими или индивидуально-психологическими факторами. Для эффективного воздействия на указанные факторы необходимо объединение усилий специалистов различного профиля. В первую очередь, врачей психиатров-наркологов, психиатров, психотерапевтов и неврологов. Это необходимо для уменьшения последствий влияния клиничко-биологических и индивидуально-психологических факторов. Коррекция социально-психологических и индивидуально-психологических факторов риска невозможна без участия клинических психологов, которые могут проводить семейную психотерапию, тренинговую работу как с родителями, так и с самим подростком, индивидуальную психокоррекцию. В решении обозначенного круга вопросов должен принимать участие и специалист по социальной работе. Он взаимодействует с подростками в школе, в семье и в уличной компании, проводит индивидуальную работу с членами проблемных семей, работает с массовой родительской аудиторией, со специальными родительскими группами, пропагандируя здоровый образ жизни.

**ДЕФОРМАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ СФЕР  
У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ**

О. Н. Филиппова, Л. К. Шайдукова  
(Казань)

Психопатоподобные расстройства у больных опийной наркоманией являются ведущими проявлениями этого заболевания, определяя его клиническую картину и нередко создавая большие трудности в лечении. У больных опийной наркоманией, обнаруживающих психопатоподобные расстройства, возникает деформация практически всех сфер психической деятельности, что обусловлено тотальностью психопатизации. Цель исследова-

ния – изучение структуры психопатоподобного синдрома у больных опийной наркоманией. Обследовано 87 больных героиновой наркоманией с психопатоподобными расстройствами. Были выявлены следующие проявления деформации психики.

В эмоциональной сфере: наличие эмоциональных расстройств (объективно) и их полное отрицание; наличие эмоциональных расстройств и их частичное признание – обвинительная модель; наличие эмоциональных расстройств и их частичное признание – устрашающая модель; наличие эмоциональных расстройств и их частичное признание – самооправдательная модель. В волевой сфере: потворство своим желаниям; избирательно-рентная деятельность; слабый поведенческий контроль; неспособность переносить состояния напряжения; неспособность переносить состояние скуки. В мыслительной сфере: “ошибки” мышления; аддитивная лживость; овладевающее (наркомодминирующее) мышление; наркоманическая семантика речи; поверхностное мышление в перцептивной сфере: субъективное усиление восприятия окружающего (в периоды добывания наркотиков); субъективное ослабление восприятия окружающего (в периоды употребления наркотиков); эмоциональное искажение восприятия. В интеллектуально-мнестической сфере: избирательная гипермнезия (“аддитивная гипермнезия”); избирательное расширение интеллекта (“аддитивный интеллект”). В сфере сознания (самосознания): тотальная анозогнозия; частичное осознание с отказом от помощи – режективная модель; частичное осознание с утверждением способности справиться с зависимостью – псевдоконтролирующая модель; осознание себя “наркоманом по выбору” (философия наркотизма).

**ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ  
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ  
У ПОДРОСТКОВ**

Н. С. Хомерики, В. Л. Малыгин, Е. А. Смирнова  
(Москва)

Обследовано 100 подростков – учащихся старших классов средних школ г. Москвы. По данным теста МПДО Личко-Подмазина, установлено, что в группе склонных к Интернет-зависимости преобладают акцентуированные черты характера астено-невротического, лабильного, демонстративного и неустойчивого типа. По данным подросткового варианта опросника Р. Кеттелла, выявлены эмоциональная неустойчивость, возбудимость и беспокойство, робость, низкий контроль собственного поведения, фрустрированность (напряженность). Преобладает асоциальная стратегия преодолевающего поведения, включающая асоциальные и агрессивные действия. Этот стиль копинг-стратегии характеризуется импульсивностью и резкостью поведения, сочетающихся с заниженной самооценкой. Подростки, как правило, боятся сокращать дистанцию с окружающими, человеческая близость для них несёт в себе угрозу. Общение через

интернет более безопасно, т.к. в любой момент участник беседы может решить, продолжать ему общение или прекратить. С помощью методики “Телесный образ Я” установлен высокий процент искажений восприятия тела. Наиболее значительно искажается восприятие головы, ее ширины, длины шеи, высоты до развилки, ширины бедер и ширины одного бедра, а также длины руки. Это может говорить об отделении телесности от ментальности, отделении аффекта и чувственной сферы от сознания, о высокой значимости, по сравнению с эмоциональной сферой, интеллекта в системе ценностей. Характерны гиперконтроль за своими чувствами; проблемы общения, уход от общения или его недостаток; тенденция контролировать свои сексуальные импульсы и их подавление. Для личности подростка, склонного к Интернет-зависимому поведению, характерно следующее: эмоциональная неустойчивость, повышенная возбудимость, чувствительность к опасности, тревожность, сниженная самооценка, искаженный образ телесного “Я”, недостаточный уровень развития коммуникативных способностей, затруднение в осознании своих эмоций, умении их выражать, бегство от “суровой” реальности в более безопасную интернет-среду.

#### **ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ СТАРЕНИЕ НА ФОНЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ ПОСЛЕ БОЕВОГО СТРЕССА**

**С. А. Царегородцева**  
(*Йошкар-Ола*)

Почти у 75% ветеранов боевых действий диагностируется злоупотребление алкоголем, что ведет к необратимым психопатологическим расстройствам, обуславливающим преждевременное старение организма.

Обследованы две группы пациентов (по 25 человек в зависимости от давности периода боевого стрессового воздействия) в возрасте от 24 до 45 лет, страдающих алкогольной зависимостью и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Применялись 3 методических подхода: клиничко-психопатологический; экспериментально-психологический; определение показателей биологического возраста (БВ) по методике В.П. Войтенко.

С помощью клиничко-психопатологического метода изучалась клиническая картина ПТСР и алкогольной зависимости. Достоверно преобладали (68% случаев) астено-депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства, что отражает психопатологически истощение и преждевременное старение. В 1-ой группе пациентов встречается высокий уровень ситуативной тревожности (57%), высокой эмоциональной лабильности (57%), а уровень депрессии и астении не выражены, что отражает признаки психоэмоциональной гиперактивации. У пациентов 2-й группы в большинстве случаев (53%) наблюдается угасание признаков психоэмоциональной гиперактивации и появляются признаки “истощения” и подавления психических функций. При определении

биологического возраста (БВ) установлено, что он опережает должный биологический возраст (ДБВ) в обеих группах пациентов, в 1-й группе – более чем на 4 условных года, а во 2-й группе – более чем на 7 условных лет.

На основе полученных данных разработан план психотерапевтической реабилитации. Положительный терапевтический эффект можно оценить по ряду признаков: 1) увеличение адаптационного резерва и стрессоустойчивости в психической сфере; 2) потенцирование эффекта психотерапевтических воздействий; 3) ослабление токсического действия алкоголя и снижение уровня алкогольной зависимости; 4) снижение темпов преждевременного старения организма. Программу реабилитации можно считать перспективной для больных, страдающих алкогольной зависимостью на фоне посттравматических стрессовых расстройств.

#### **КЛИНИКО-НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ГАЛЛЮЦИНОГЕНОВ**

**Б. Д. Цыганков, Ю. Т. Джангильдин,**  
**О. А. Маркина**  
(*Москва*)

Цель работы – определение нозологической природы патологических расстройств шизофренического спектра у больных, длительное время употребляющих галлюциногены, и разработка на этой основе дифференциально-диагностических критериев. Обследовано 75 больных, употребляющих галлюциногены сроком более двух лет и обнаруживающих наличие симптомов близких к процессуальным и личностным расстройствам шизофренического спектра. Патологические расстройства шизофренического спектра у пациентов, длительное время употребляющих галлюциногены, имеют разную нозологическую природу. У части пациентов они проявляются клиникой гебоидного варианта шизофрении, у других – шизоидного расстройства личности (шизоидной психопатии). Для больных обеих нозологических групп характерно формирование в подростковом и юношеском возрасте синдрома метафизической интоксикации со смещением интересов в сторону психоделической культуры и употреблением галлюциногенов. Отмечается формирование признаков психической зависимости от галлюциногенов при отсутствии явлений физической зависимости. Дифференциальная диагностика шизоидного расстройства личности и гебоидной шизофрении осуществляется на основании следующих критериев: характер наследственности (отягощенность эндогенными заболеваниями у больных гебоидной шизофренией); преморбидные особенности личности (типологическая разнородность у больных гебоидной шизофренией); начальный этап заболевания (критерий резкого изменения характера, образа жизни

и интересов для больных гебоидной шизофренией); разновидность синдрома метафизической интоксикации (транзиторный вариант у больных шизоидной психопатией и истинный у больных гебоидной шизофренией); наличие дополнительных продуктивных симптомов (неразвёрнутые неврозоподобные состояния, сверхценные дисморфомании, аффективные колебания при гебоидной шизофрении); характер личностных изменений на момент обследования (признаки постпроцессуального дефекта у больных гебоидной шизофренией и психопатическое развитие у больных шизоидным расстройством личности).

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АССОЦИИРОВАННЫХ ФОРМ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

О. А. Чащина, Г. М. Усов  
(Омск)

Одним из современных направлений клинических исследований в наркологии является изучение ассоциированных форм наркологической и психической патологии с позиций патоморфоза клинической картины и особенностей социальной адаптации пациентов.

С целью определения паттернов возникновения и течения болезней зависимости обследовано 442 пациента с коморбидными психическими расстройствами, проходивших лечение в стационаре. Преобладали лица с личностными девиациями (57,9%). У 13,1% пациентов выявлены депрессивные расстройства, у 9,0% – органические психические расстройства. Реже встречались умственная отсталость (8,4%), расстройства шизофренического спектра (7,7%) и тревожные расстройства (3,8%).

Установлен ряд клинико-динамических, индивидуально-личностных и социальных характеристик, сочетание которых позволило разделить всех пациентов на 3 группы, отличавшихся между собой выраженностью социальной дезадаптации и мотивации к поддержанию ремиссии, а также прогрессивностью наркологического заболевания. Определяющими оказались наличие наследственной тягостности, клинико-динамические особенности аддиктивного поведения на различных этапах заболевания, склонность к совершению делинквентных поступков, наличие судимостей в анамнезе и семейного характера употребления психоактивных веществ.

Результаты исследования станут методологической основой для совершенствования и индивидуализации ведения наркологических больных с коморбидными психическими расстройствами. Учитываться будет также патопластическое влияние симптоматики на структуру основных психопатологических синдромов.

### РАЗВИТИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НАУКИ И ПРАКТИКИ НА ПРИМЕРЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КЛИНИКО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ В НАРКОДИСПАНСЕРЕ

Т. В. Чернобровкина, М. В. Ибрагимов  
(Москва)

В наркодиспансере имеется реальная возможность оценить вклад родительского алкоголизма в заболеваемость аддикциями, такие показатели, как эволюция форм наркотизации в детско-подростковой среде, а также распределение массы учетного контингента по возрасту и полу. Среди обследованных детей и подростков с 1995 по 2000 гг. (820 чел.) и с октября 2007 по июнь 2010 гг. (284 чел.) были выявлены следующие тенденции:

В 1995–2000 гг. количество детей и подростков мужского пола явно преобладало над количеством детей и подростков женского пола (~3:1). В 2007–2010 гг. число обращающихся за наркологической помощью девочек почти не отстает от количества мальчиков (1,7:1,0)

В последние 2,5 года прослеживается новая волна роста смешанных форм наркотизации, включающих разные сочетания ПАВ: пива и слабоалкогольных коктейлей с курением сигарет; алкоголя с курением никотиновых сигарет; алкоголя с курением препаратов каннабиса; лекарственных препаратов седативного спектра действия (корвалол, валокордин) и курения никотиновых сигарет; неопиоидных анальгетиков с курением никотиновых сигарет.

Возрастает процент курящей молодежи, начиная с детско-подросткового возраста.

Подавляющее число обследуемых сегодня (проблемных) детей и подростков живут в неполных семьях (без отца) – в 83% или детских госучреждениях, отдельно от родственников (в интернатах, колледжах), – 6,1% (ранее таких было 67% и 3,4%, соответственно).

Более высокий процент обследуемых детей и подростков сообщают в анкете о болезни или смерти кого-то из ближайших родственников в связи со злоупотреблением алкоголем (15% в конце прошлого века против 36% сейчас).

Участилась прогностически неблагоприятная соматическая патология: кардиопатии с нарушениями ритмической деятельности и энергообеспеченности миокарда, гепатопатий токсического, вирусного генеза или микстформ, а также нефропатий и панкреатопатии.

Настало время не только расчетов т.н. подушевого потребления алкоголя, но и подушевой отчетности за антинаркотическую работу с детьми. Назрела необходимость классификационного пересмотра спектра аддиктивных расстройств и заболеваний, их коморбидных сопровождений. Явные и скрытые проблемы скрининговых исследований (с применением экспресс-тестов в целях мониторинга наркоситуации) также заслуживают отдельного рассмотрения.



## ФАКТОРЫ РИСКА АЛКОГОЛИЗАЦИИ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Д. В. Четвериков, М. В. Четверикова  
(Омск)

В Омской клинической психиатрической больнице ведутся предметные исследования потребления психоактивных веществ у лиц с психическими заболеваниями, создан специализированный Кабинет коморбидных психически расстройств. Установлен ряд факторов риска и защитных факторов, от которых зависит вероятность употребления и злоупотребления алкоголем. Ниже представлены результаты факторного анализа.

1. Контекстные факторы. Описывают параметры социального контекста. Популяции с более высоким уровнем дохода потребляют больше психоактивных веществ, тем не менее последствия злоупотребления ими более масштабны среди бедных, так как сочетаются с их многочисленными каждодневными проблемами. К этим факторам отнесены дешевизна и доступность спиртных напитков, приемлемость потребления алкоголя и наркотиков, высокая доступность психоактивных веществ, бедность, непостоянный доход, дезорганизация в социальных сетях, высокая плотность популяции, миграция, дезорганизованное сообщество.

2. Персональные факторы включают множественные факторы, определяющие как клинико-динамические параметры болезни, так и генетические данные, анамнез, актуальную семейную ситуацию, социальное функционирование и качество жизни пациента. Это следующие факторы: физиологические факторы (генетический риск аддиктивных расстройств), психопатологические факторы (психиатрическое расстройство, высокий уровень поиска ощущений, низкий уровень понимания вреда, семейное аддиктивное поведение, алкоголизм у родителей или сиблингов, потребление психоактивных веществ в семье, причем не только нелегальных, но и легальных, к примеру, антипсихотиков или антидепрессантов, моделирование аддикции старшим братом, потребление алкоголя отцом вкупе с его эмоциональной стабильностью, родительская перmissивность в отношении алкоголя), семейное воспитание (противоречивые методы воспитания, низкий уровень родительского образования, низкий уровень заботы о детях, общая родительская перmissивность), отрицательные паттерны коммуникации (неясные критерии поведения, нереалистичные родительские ожидания, враждебный образ отца, родительские взаимодействия и психологическая неустойчивость, семейная ситуация (конфликты и разногласия в семье, низкий уровень вовлеченности матери в воспитание, проживание с престарелыми родственниками), школьные факторы (интеллектуальный дефицит, низкая вовлеченность в жизнь школы, школьные стрессы, прогулы, слабая успеваемость, склонность к правонарушениям и антисоциальному поведению), сверстники (низкая вовлеченность в референтную среду, потребление алкоголя

сверстниками, ранняя агрессия, ранняя сексуальная активность, психологическая вовлеченность в поп-культуру, начало приема алкоголя (раннее начало потребления, широкий диапазон ПАВ).

## ОСОБЕННОСТИ “ИНТЕРНЕТ-ОБУСЛОВЛЕННЫХ” РЕАКЦИЙ

Л. К. Шайдукова  
(Казань)

Проблема реактивных состояний в настоящее время претерпевает ряд изменений в связи с обновлением “информационной базы” современного человека. Появились новые реакции, тематически связанные с новыми реалиями. К ним относят “интернет – обусловленные” паранойяльные реакции, которые выражаются в остро возникавшем “подозрении” о внедрении в личное компьютерное пространство с целью завладения информацией или контроля над ней. Эти реакции отличаются от сверхценных образований своей остротой и аффективной заряженностью, но сближаются с ними бытовым содержанием, основанным на наличии действительно возможных явлений: “хакеров”, “спамов”, “тройских коней”, “червяков”, “вирусов” и т.д. Вместе с тем, они имеют лишь косвенное отношение к конкретно возникшей паранойяльной реакции.

Обследовано 100 человек, которым были представлены карты экспресс-опроса. У 78 из них отмечались единоразовые возникшие паранойяльные “интернет – обусловленные” реакции, у 26 человек они периодически рецидивировали.

Для них было характерно следующее:

1. фрагментарность – отрывочное возникновение на фоне благоприятного психического и социального статуса;
2. рудиментарность, бедность и неразвернутость острого паранойяльного новообразования;
3. быстрое затухание симптоматики несмотря на ее яркость и насыщенность;
4. спаянность с характерологической структурой личности при рецидивировании паранойяльных реакций;
5. недостаточная “интернет – информированность”.

Наблюдавшиеся реактивные проявления требуют дальнейшего изучения и клинической оценки.

## ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ВЛЕЧЕНИЕ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ)

Н. В. Шемчук  
(Москва)

Актуальность проблемы патологического влечения к азартным играм (ПВАИ) обусловлена тремя основными причинами: возникновением у лиц с ПВАИ социальных и финансовых проблем; распространенностью противоправных действий, связанных с игрой; высоким суици-

дальным риском (мысли о самоубийстве, завершённые суициды).

Цель исследования – разработка принципов лечения, профилактики и организации помощи больным игроманией на основании комплексного исследования.

Обследовано 300 лиц с установленным диагнозом “ПВАИ” (F63.0). Исследование проводилось в клинко-диагностическом отделении ФГУ “ГНЦ ССП им. В.П. Сербского”.

ПВАИ является полиэтиологическим расстройством, в формировании которого играют роль как биологические, так и социальные факторы. В развитии ПВАИ можно выделить два варианта: патология развивается на фоне психического расстройства, не обусловленного стрессом, и на фоне расстройств, обусловленных стрессом; маркеры, указывающие на высокую предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (психо-активных веществ) можно, в полной мере, отнести к маркерам, определяющим риск развития ПВАИ; формирование клинической картины ПВАИ проходит через несколько стадий: доклиническую стадию, стадию начальных клинических проявлений, стадию развернутых клинических проявлений, стадию структурных изменений личности; характер сочетанной с игровой зависимостью психической патологии оказывает существенное влияние на течения зависимости; при оказании психолого-психиатрической помощи страдающим ПВАИ необходимо учитывать этиопатогенетические механизмы развития этого расстройства, а также те психические расстройства, в сочетании с которыми возникает и развивается данная патология.

### **ОСОБЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ, ПАМЯТИ И САМООЦЕНКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, СОЧЕТАЮЩИМ С АЛКОГОЛИЗМОМ**

И. В. Шлёмина  
(Москва)

Обследовано 84 больных шизотипическим расстройством, сочетающимся с алкогольной зависимостью или злоупотреблением алкоголем. С помощью методик “пиктограмма”, “исключение предметов”, заучивание десяти слов, методики Дембо-Рубинштейн изучались особенности мышления, памяти, самооценки. При формализованной оценке пиктограмм выявлялись гиперконкретность (преобладание конкретных образов) или увеличение числа графических и метафорических выборов по сравнению с протоколами здоровых испытуемых. Часто встречались неадекватные ассоциации. При выполнении заданий по методике “пиктограмма” и “исключение предметов” у большинства пациентов выявлялись нарушения мышления: разноплановость, опора на латентные признаки, резонерство, формальность. Отмечалось не столько снижение уровня мышления, сколько его искажение. Алкогольные ассоциации были редки. Нарушение интеллектуально – мнестических

процессов выражалось в ухудшении долговременной “механической” памяти при достаточной сохранности опосредованного запоминания. Это более характерно для больных алкоголизмом и не характерно для больных шизофренией. Оказалось, что чаще всего наблюдается средний уровень самооценки по всем шкалам. Помимо исследования самооценки и выяснения причин, побуждающих сделать тот или иной выбор, методика Дембо-Рубинштейн выявляла также различные нарушения мышления (резонерство, формализм, разноплановость, опора на латентные признаки и т.д.). Многие ответы больных выглядели парадоксальными, абстрактно-формальными или мало относящимися к обсуждаемым темам. Объяснение и выбранная позиция не всегда соответствовали друг другу.

### **СВЯЗЬ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ И СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИАТОВ**

Д. И. Шустов\*, Т. В. Агибалова\*\*,  
А. В. Смышляев\*\*  
(Рязань\*, Москва\*\*)

Цель исследования – изучение связи аутоагрессивного поведения с клинко-динамическими характеристиками патологического влечения к наркотику (ПВН) у больных с зависимостью от опиатов на различных этапах заболевания. Обследовано 100 больных (мужчины) с зависимостью от опиатов. По преобладанию признаков аутоагрессии, с той или иной степенью тяжести ее проявлений, все больные были разделены на три группы. Группу с преимущественно тяжелой степенью проявления аутоагрессивного поведения составили 32 человека, со средней – 43 человека, с легкой – 25 человек. Достоверно чаще встречались следующие типы личности: при тяжелой степени аутоагрессии – диссоциальные, истерические; при средней степени – возбудимые, истерические, пассивно-агрессивные; при легкой степени – нарциссические, психастенические. Установлена при тяжелой степени аутоагрессии достоверная корреляционная взаимосвязь ПВН со всеми видами аутоагрессивного поведения на всех стадиях заболевания; влечение к опиатам отличается постоянством и высокой интенсивностью, проявляется поведенческим и идеаторным компонентами, обострения носят аутохтонный характер. При средней степени установлена достоверная корреляционная взаимосвязь ПВН и аутоагрессии во время опийного абстинентного синдрома; обострения влечения к наркотику носят реактивный, волнообразный характер, преобладает идеаторный и аффективный компоненты. При легкой степени достоверной взаимосвязи ПВН с аутоагрессивным поведением не выявлено, обострения носят реактивный характер, преобладает аффективный компонент.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕН, МУЖЬЯ КОТОРЫХ СТРАДАЮТ АЛКОГОЛЬНОЙ ИЛИ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Т. В. Эм  
(Москва)

Цель исследования – установление психопатологических расстройств у жён, мужа которых страдают алкоголизмом или наркоманией.

Обследованы 42 супружеские пары, мужа в которых страдали алкоголизмом или наркоманией. В первую группу вошли 23 семейные пары (50,8%). Жены в этих семьях были властны, занимали доминирующее положение, у них наблюдались немотивированные вспышки гнева, застой аффекта, у 5 обследованных – панические атаки. Во вторую группу вошли 8 семейных пар (19,0%). Для жён этой группы характерно наличие субдепрессивной симптоматики и психосоматических расстройств (аритмии, нейродермиты, головные боли, ожирение, эндокринные нарушения). Болезнь мужа являлась единственным фактором, сохраняющим целостность брака. В третью группу вошли 11 семейных пар (26,2%). Жены имели “рентные” установки: проживали в квартире мужа или его родственников, не имея своего жилья, или каким-либо иным способом материально (юридически, социально) от него зависели. У жён отмечались психосоматические расстройства, проявляющиеся артериальной гипертензией, кардиалгиями, мигренью. У 6 обследованных была выявлена реактивная депрессия.

При обследовании жён, мужа которых страдают алкогольной или наркотической зависимостью, было установлено наличие у них психической патологии, требующей проведения соответствующего лечения.

## ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

В. М. Ялтонский, Н. А. Сирота, Н. И. Зенцова  
(Москва)

Функциональная психологическая диагностика в лечебном учреждении является необходимым элементом лечебно-диагностического и реабилитационного процесса, предваряющим и оценивающим результат активных социопсихологических мероприятий (психотерапии, психокоррекции, социально-психологического тренинга), а также психофармакотерапии.

Система функциональной психологической диагностики (СФПД) – это необходимый механизм психодиагностического исследования лиц, зависимых от ПАВ. СФПД направлена на установление особенностей патопсихологического и нейропсихологического статуса, изучение особенностей личности, ее Я-концепции, типа реакции на заболевание. Она предполагает оценку уровня развития социального, макиавеллианского и эмоционально-

го интеллекта, особенностей внутренней картины болезни, базовых ценностных ориентаций личности, особенностей проблем-разрешающего поведения, определение стадии мотивационной готовности к участию пациента в лечебно-реабилитационном процессе. СФПД, учитывая различные этапы реабилитационного процесса, позволит подобрать строго определенные программы медико-психосоциальной реабилитации и психотерапии.

Применение СФПД позволит сформировать активное сотрудничество пациента с медицинским персоналом, организовать более слаженное взаимодействие медицинских сотрудников внутри лечебного учреждения, обеспечить современный бригадный подход. СФПД даст возможность детального планирования психотерапевтической работы, позволит рассматривать состояние пациента в динамике (до и после лечения), оценить эффективность проделанной психотерапевтической работы, а также вести единую унифицированную систему учета.

## ПРИМЕНЕНИЕ АНТИОКСИДАНТА СЕВИТИНА ПРИ ОКАЗАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Е. Г. Ярыгина, В. Д. Прокопьева, Л. Г. Молькина  
(Томск)

Важным этапом в комплексном лечении больных алкоголизмом является стадия формирования и стабилизации ремиссии. Для снижения выраженности патологического влечения к алкоголю (ПВА) важно устранить соматические нарушения. Основным действующим веществом препарата севитин является природный антиоксидант карнозин, который может оказаться эффективным для снижения последствий хронической алкогольной интоксикации. Проведено контролируемое исследование влияния севитина на этапе формирования ремиссии на оксидативный статус, на активность трансаминаз сыворотки крови и на показатели ПВА. Обследовано 76 мужчин больных алкоголизмом II стадии после курса антиалкогольного лечения в стационаре. 32 пациента (основная группа) в течение месяца принимали севитин в суточной дозе 1,2 г, 20 пациентов (группа плацебо) принимали плацебо севитин и 24 пациента (группа сравнения) не принимали никаких препаратов. Оксидативный статус оценивали, измеряя окислительную модификацию белков и липидов крови. Активность трансаминаз измеряли с помощью набора P.Z.Cornau (Польша). Оценку динамики ПВА проводили по шкале квантификации патологического влечения к алкоголю. Все измерения проводили дважды - до и после одного месяца реабилитации. Обнаружено, что прием севитина способствует нормализации активности аминотрансфераз сыворотки крови, снижает уровень продуктов окислительной модификации липидов и белков, уменьшает выраженность депрессивных проявлений ПВА и стабилизирует нейровегетативные показатели. Полученные результаты показывают, что использование севитина на стадии реабили-

литации оказывается полезным для повышения эффективности медицинских мероприятий по стабилизации ремиссии у больных алкоголизмом.

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОМАНИЕЙ ВО ВРЕМЯ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА**

Е. Е. Ясникова

(Иркутск)

Было проведено обследование 89 мужчин с героиновой зависимостью, проходивших стационарное лечение по поводу купирования абстинентного синдрома (АС). Для оценки уровня ситуативной и личностной тревожности применялся опросник Спилбергера-Ханина. В процессе наблюдения происходило достоверное ( $P < 0,01$ ) снижение уровня тревоги с 1 по 15 дни АС. В течение всего периода исследования показатели тревоги как личностной, так и ситуативной в общем не выходили за пределы “среднего” уровня. У больных с длительностью наркомании более 5 лет изначально регистрировались

более высокие баллы как личностной, так и ситуативной тревожности по сравнению с пациентами, употребляющими героин менее 5 лет ( $P < 0,05$ ). У пациентов со “стажем” наркомании от 1 года до 5 лет отмечалась наименьшая редукция показателей тревожности к концу наблюдения. В этой же группе с 7 дня АС личностная тревожность преобладала над ситуативной. Выраженность тревоги у больных опийной наркоманией в период отмены героина прямо пропорциональна потребляемой среднесуточной дозе наркотика. У пациентов, употребляющих более 600 мг героина в сутки, примерно с 7 дня наблюдения личностная тревожность преобладала над ситуативной. Показатели тревожности достоверно ( $P < 0,05$ ) зависели от прогрессивности заболевания. Чем более злокачественно протекает наркомания, тем выше уровень тревожности с первых дней воздержания от наркотика, тем медленнее редуцируется тревога по мере редукции синдрома отмены. У лиц с быстропрогрессирующим вариантом наркотической зависимости с 10 дня воздержания от героина личностная тревожность преобладала над ситуативной и далее не снижалась до окончания наблюдения.

## ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ЭПИЛЕПСИЯ. НЕЙРОПСИХИАТРИЯ

### КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Д. М. Андрейко  
(Днепропетровск)

Деструктивное поражение мозга приводит не только к формированию фокуса эпилептически активных нейронов, но и когнитивным нарушениям. Динамика когнитивных нарушений может свидетельствовать о прогрессивности эпилептического процесса даже в тех случаях, когда эпилептические пароксизмы полностью купированы.

Проведено динамическое изучение когнитивных функций по шкале MMSE у 139 больных височной эпилепсией на 1–2 день после поступления (1-е исследование), на 15–20 день (2-е исследование) и на 30–40 день. В зависимости от принимаемого лечения больные разделились на 2 группы.

В качестве базового лечения больные I группы (70 чел.) принимали противоэпилептические препараты, больным II группы (69 чел.) проводилась комплексная терапия противосудорожными препаратами и лекарственными препаратами, улучшающими мозговую метаболизм (кавинтон, актовегин, витамин E).

Анализ результатов среднегрупповых данных по шкале MMSE показал, что при 1-м исследовании у больных обеих групп когнитивные расстройства были расценены как умеренные. При 2-м исследовании уровень когнитивных расстройств в сравнении с 1-м исследованием не выходил за параметры умеренного когнитивного снижения. К 30–40 дню улучшение по тесту у больных II группы достоверно составляло 11,8%.

Таким образом, полученные данные позволяют оценивать различные терапевтические тактики, что важно в плане определения прогноза лечебных мероприятий.

### ОЦЕНКА ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

А. А. Андрусенко, М. Л. Бушуева,  
И. В. Шарафиев  
(Пермь)

Органические психические расстройства являются одной из ведущих причин негодности к военной службе. Основная часть выявляемых в юношеском возрасте органических психических расстройств (ОПР) приходится на первичную диагностику при прохождении стационарного психиатрического военно-врачебного освидетельствования во время приписки и призыва.

Была исследована выборка из 157 юношей допризывного и призывного возраста (16–25 лет), у которых, в период проведения психиатрического стационарного военно-врачебного обследования, был установлен диагноз органических психических расстройств. Результатом явилось признание их негодными к прохождению военной службы. Использовались клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический и нейрофизиологический методы.

На этиопатогенетическом уровне клинической оценки были выделены резидуальные (82%) и прогрессивные (18%) органические психические расстройства. В первой группе выявленные последствия органического поражения головного мозга формировались до завершения онтогенеза (дизонтогенетический вариант) и являлись следствием перинатальной церебральной патологии, перенесённой нейроинфекции и травматического поражения головного мозга. Для второй группы (энцефалопатический вариант) была характерна медленная поступательная динамика церебрально-органического процесса интоксикационного и травматического генеза.

Синдромальный анализ оценки состояния обследуемых позволил выделить три ведущих группы синдромов: личностных расстройств (от эмоционально-волевой неустойчивости до сформированных психопатоподобных состояний); задержанного развития с интеллектуальной недостаточностью и малодифференцированных психоорганических (энцефалопатических) расстройств, в равной степени представленных когнитивными, личностными и аффективными нарушениями.

Таким образом, исследование выявило основные патогенетические и синдромальные характеристики ОПР, диагностированных у лиц, призываемых на военную службу.

Необходимо дальнейшее совершенствование системы мер первичной профилактики, медико-психологического изучения и врачебного наблюдения, раннего выявления предпатологических церебрально-органических состояний и медицинской реабилитации несовершеннолетних допризывного возраста.

### ДИНАМИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНОЙ ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИИ

М. С. Артемьева, К. В. Гетьман  
(Москва)

Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия (ПМЛ) – представляет тяжелое демиелинизирующее заболевание ЦНС, которое проявляется быстро прогрес-

сирующей деменцией. Возбудитель — вирус JC из группы ДНК-содержащих полиомавирусов, который в латентном состоянии имеется у 85% здоровых людей и активируется при снижении иммунитета. Среди ВИЧ-инфицированных развивается в 1,5% случаев. Под наблюдением в течение 6 месяцев находились 2 мужчины с ПМЛ: 32 лет ВИЧ-положительный и 56 лет, с онкологическим заболеванием. ПМЛ в обоих случаях манифестировала явлениями астении, депрессии с суицидальными мыслями, агрессивностью, снижением памяти. На фоне лечения наступало некоторое улучшение. В течение 2–3 месяцев быстро нарастали явления деменции с гиперкинезами, атаксией, снижением зрения, эпизодическим нарушением тазовых функций, аграфией, афазией, отрывочными слуховыми галлюцинациями, бредовыми идеями преследования, развивался корсаковский амнестический синдром. По данным патопсихологического обследования на первый план выступало выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, признаки резкой истощаемости психических процессов, множественные локально-очаговые нарушения: пространственно-гностические, тактильные, сенсорные, акалькулия, высшие регуляторные. Проведено МРТ головного мозга в динамике с интервалом в 4 месяца: выявилось резкое увеличение множественных очагов демиелинизации. Дифференциальная диагностика проводилась с депрессией, рассеянным склерозом, боковым амиотрофическим склерозом, сифилитическим поражением нервной системы, атрофическими процессами.

#### ТЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО СИНДРОМА В АСПЕКТЕ КАЧЕСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ КОГНИТИВНОЙ И АФФЕКТИВНОЙ СФЕР

А. В. Басамыгин, Д. М. Назметдинова,  
В. В. Калинин  
(Москва)

В рамках выполняемой на базе отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии научной темы “Клинико-психопатологические особенности аффективных нарушений у больных эпилепсией” изучалось взаимодействие когнитивной и аффективной сфер. В аспекте полового диморфизма установлены следующие особенности: у женщин кататимное мышление с деструктивным тревожным аффектом определяет когнитивное расстройство, а у мужчин — расстройство когнитивной сферы приводит к стойкому, не поддающемуся коррекции аффекту тревоги.

В отношении базовых характеристик эпилептического процесса отмечена определённая взаимосвязь, между степенью нарушения взаимодействия между когнитивной и аффективной сферами и тяжестью течения пароксизмального синдрома. Для больных с симптоматическими формами эпилепсии характерны ответы с опорой на мелкие свето-теневые детали, боязливость в определении целостных форм. Это характеризует тревожность,

исходящую из неуверенности в отсутствии масштабного целостного взгляда, определяемого здоровым когнитивным процессом. У больных с минимальными проявлениями эпилептического процесса (редкими вторично генерализованными приступами, стабильным эмоциональным состоянием) наблюдается гармоничное сочетание когнитивной и аффективной сфер. Это проявляется в целостных ответах, в которых оценка формы включает цвет. Для больных с идиопатическими генерализованными формами эпилепсии характерна оценка стимульного материала с опорой только на цвет. Это указывает исключительно на эмоциональное мышление без учета реалий и положительно коррелирует с тяжестью процесса.

#### К ВОПРОСУ О НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

В. В. Вандыш  
(Москва)

Своеобразному “размыванию” на современном этапе нозологических границ органического психического расстройства (ОПР), вплоть до отрицания его самодостаточности (Pichot P., 1994; Warner R., 1995), могут способствовать ряд обстоятельств:

- традиционно высокий удельный вес патологии в популяции за счет: а) общепризнанного увеличения патогенных факторов в процессе урбанизации; б) возможности смены “функциональных” механизмов патогенеза на “органические” на определенном этапе течения ряда хронических заболеваний (затяжные реактивные состояния, психосоматические расстройства, исходные состояния при эндогенных психозах и др.); в) расширительной диагностики ОПР при необоснованном отождествлении общесоматической / неврологической и психиатрической моделей болезни, а также – субклинических последствий перенесенных органических вредностей с состояниями, соответствующими критериям “расстройства”;
- в этом отношении имеют значение также известные клинико-патогенетические особенности ОПР – полиморфизм клинических проявлений, частота психических расстройств пограничного уровня, отмеченных состояний по типу так называемой, “органической почвы”;
- можно предположить, что проблема формулирования современной нозологической концепции церебрально-органических заболеваний определяется, как это не парадоксально, но и появлением качественно иных возможностей за счет использования современных инструментальных методов исследования. Приоритетная диагностическая проблема при этом может состоять в адекватной оценке значимости выявленного «патоморфологического субстрата» применительно к диагностическим категориям “предболезнь”, “болезнь”, возможно – в необходи-

мости коррекции существующих представлений о норме.

### ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПАРЦИАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИЛЕПСИИ

Т. Ю. Гогберашвили  
(Москва)

Исследование возрастных особенностей нарушения высших психических функций (ВПФ) у детей с парциальными формами эпилепсии представляет большой интерес для диагностики и коррекционной работы в детской клинике.

Проведено нейропсихологическое обследование ВПФ у детей (с 6–10 лет) и подростков (с 11–16 лет) с парциальными формами эпилепсии (височными, теменно-затылочными, затылочными, лобными).

При сопоставлении результатов нейропсихологического обследования детей в двух возрастных подгруппах было показано, что **возраст** ребенка оказывает влияние на наличие и выраженность тех или иных симптомов нарушения ВПФ, возникающих при парциальных формах эпилепсии.

Было показано, что в синдромах, характеризующих состояние разных психических функций, с возрастом происходят определенные изменения. Уменьшается выраженность симптоматики, входящей в имеющиеся синдромы, особенно сильно снижается удельный вес симптоматики, относящейся к первому блоку мозга.

Независимо от расположения эпилептического очага с возрастом не снижается симптоматика, связанная с вербально-акустическим и зрительно-пространственным восприятием и характеризующая дефицитарность височных и теменно-затылочных отделов мозга.

Симптомы, характеризующие нарушения слухоречевой и зрительной памяти, сохраняются независимо от форм эпилепсии.

В рамках каждого синдрома отдельные симптомы уменьшаются неравномерно. Более грубая картина нарушения ВПФ сохраняется при парциальной лобной эпилепсии.

Полученные результаты рассматриваются как основание для формирования рекомендации к тактике направленного коррекционного воздействия для детей с парциальными формами эпилепсии.

### ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛОБНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Е. В. Железнова, А. А. Земляная,  
Л. В. Соколова, И. Л. Медведев  
(Москва)

Больше чем столетие назад признано, что повреждение лобных отделов может привести не только к ухудшению моторной функции, памяти или речи, но к изменениям личности. Вместе с тем, комплексному изучению

психопатологии при лобной эпилепсии в сравнительном аспекте уделялось недостаточно внимания.

**Цель исследования:** сравнительная оценка показателей психических функций у женщин с лобной (ЛЭ) и височной эпилепсией (ВЭ).

**Методы:** Всего было изучено 66 женщин с парциальными формами эпилепсии: височно-долевой – 37 чел, лобной – 29 чел. Средний возраст составил – 24,3 года

**Результаты:** Психические расстройства у женщин с лобной эпилепсией (ЛЭ) включали аффективные, когнитивные и личностные расстройства. В ряде случаев эпилепсия протекала без психических нарушений. Аффективные расстройства были представлены субдепрессивными состояниями. Уровень когнитивных нарушений варьировал от легкой степени выраженности до когнитивного дефекта. Изменения личности наблюдались по лобному типу. Выявлена достоверная связь психопатологических показателей (SCL-90) с лобным фокусом на ЭЭГ: депрессия ( $11,40 \pm 8,09$  vs  $6,68 \pm 4,49$ ), параноидность ( $4,91 \pm 4,31$  vs  $2,45 \pm 2,61$ ), в то время как при височных фокусах достоверных связей не получено. Наличие когнитивных расстройств при ЛЭ имело прямую корреляцию с числом повторных ошибок при оценке исполнительских функций по тесту WCST ( $p=0,014$ ). Снижение речевой беглости (VF) наблюдалось при ЛЭ только при наличии когнитивных расстройств ( $8,87 \pm 3,39$  vs  $13,95 \pm 5,53$ ). Наличие поведенческих расстройств также коррелировало с когнитивными нарушениями ( $p=0,03$ ). Если при ЛЭ частота вторично-генерализованных приступов обуславливала формирование обсессий ( $p=0,02$ ), то при ВЭ отмечалась их связь с уровнем тревоги ( $p=0,0034$ ) по SCL-90. Психические побочные эффекты терапии были прямо пропорциональны уровню обсессий ( $p=0,04$ ) по шкале SCL-90. С повышением уровня показателя обсессий также была связана и длительность ремиссии приступов ( $p=0,001$ ).

Вместе с тем, формирование стойких расстройств личности по лобному типу, с психопатизацией, некритичностью, расторможенностью, аффективной лабильностью и агрессией отмечалось лишь при вовлечение височных отделов головного мозга. Таким образом, можно полагать, что если при ЛЭ наличие когнитивных расстройств является определяющим в развитии нарушений моторной функции, памяти, речи, то формирование расстройств личности при ЛЭ представляет собой более сложный процесс, обусловленный сильными топиико-функциональными взаимосвязями лобных отделов с височными.

### ПСИХОПАТОЛОГИЯ ТРАВМЫ ГЛУБИННЫХ МОЗГОВЫХ СТРУКТУР

О. С. Зайцев, З. А. Меликян, А. А. Потапов,  
Ю. В. Микадзе, Н. Е. Захарова, С. В. Ураков,  
Е. В. Шарова, Е. В. Александрова, А. Д. Кравчук,  
А. Г. Гаврилов  
(Москва)

С целью определения особенностей психических расстройств у пострадавших с повреждением глубинных

структур мозга вследствие тяжелой черепно-мозговой травмы, проанализировано 203 пострадавших. Сопоставлено две группы наблюдений: 1) с повреждением глубоких (стволовых, подкорковых, дизэнцефальных) структур мозга – 97 наблюдений; 2) без повреждения перечисленных выше структур – 106.

Первая группа наблюдений значительно отличалась от второй значительно большей долей пострадавших с длительной и глубокой комой, посткоматозными бессознательными состояниями, последующими апноэтичностью и полевым поведением, длительными посттравматической и ретроградной амнезиями. Значимо реже достигался наиболее легкий (пограничный) уровень психических нарушений.

Нейропсихологическое обследование, оказавшееся при поражении глубоких структур мозга возможным менее, чем в половине наблюдений, не ранее, чем спустя 2–7 месяцев после травмы, показало, что наиболее частыми (>50% исследованных) были нарушения слухоречевой и зрительной памяти, кинетической организации движений и действий, зрительно- и квазипространственных функций, а также программирование и контроль. Расстройства управляющих (executive) функций в большинстве наблюдений были грубее, чем нарушения функций переработки полимодальной информации.

Обнаружено, что выраженность психических нарушений при поражении глубоких структур мозга коррелирует не только с такими известными признаками как возраст, глубина и длительность комы, выраженность двигательных нарушений, наличие гидроцефалии, но и с МРТ-феноменами “облысения” мозолистого тела и “истончения” кортико-спинальных трактов, ослаблением межполушарных (> лобных) когерентных связей в ЭЭГ, длительностью катехоламиновой диссоциации (между изменениями уровней норадреналина и дофамина в плазме крови).

### ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОКОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ПРИПАДКОВ

А. А. Земляная, В. В. Калинин,  
Е. В. Железнова, Л. В. Соколова, О. Е. Крылов  
(Москва)

Несмотря на достижения современной фармакотерапии эпилепсии, у 30% больных припадки остаются резистентными к противосудорожным препаратам, что ставит перед исследователями задачи дальнейшего изучения механизмов эпилептогенеза и биологических основ фармакорезистентности.

**Цель** исследования сводилась к оценке взаимосвязей между комплексом нейробиологических, конституциональных и психопатологических характеристик больных и терапевтической динамикой припадков.

**Материалы и методы.** Изучено 119 больных парциальными формами эпилепсии (68 женщин, 51 мужчина;

средний возраст 29,8 лет; средняя длительность заболевания 13,9 лет) с оценкой профиля межполушарной асимметрии, выраженности алекситимии (по шкале TAS) и психопатологических расстройств (по шкалам SCL-90, Мюнхенскому личностному тесту). Терапевтическая динамика (процент редукции разных типов припадков) оценивалась через 12 месяцев после адекватной коррекции терапии, проведенной в соответствии со стандартами Международной противозипилептической лиги (ILAE).

**Результаты** показали, что среди базисных характеристик эпилептического процесса с низкой степенью редукции припадков были связаны локализация эпилептического очага в левой височной области (для вторично-генерализованных припадков) и мультифокальная форма эпилепсии (для всех типов припадков,  $p < 0,05$ ). Значительно менее благоприятная терапевтическая динамика наблюдалась у больных с левым профилем межполушарной асимметрии (доля редукции сложных парциальных припадков составила  $24,6 \pm 34,2\%$  против  $71,1 \pm 38,3\%$  у праворуких,  $p < 0,001$ ). Статистически достоверной оказалась связь алекситимической predisпозиции (конституциональной алекситимии, свыше 74 баллов по шкале TAS-26) с резистентностью всех типов припадков (доля редукции  $43,1 \pm 43,5\%$  против  $74,3 \pm 36,3\%$  у больных без алекситимии). Выявлена также низкая эффективность противозипилептической терапии у больных с психическими расстройствами. При этом установлена связь низкой терапевтической динамики всех типов приступов с высоким уровнем параноидности и агрессии по шкале SCL-90, ригидностью и низкой толерантностью к фрустрации по МЛТ, выявленными до начала исследования.

Взаимосвязи между конституционально-личностными особенностями, психопатологической симптоматикой и терапевтической динамикой припадков расширяют представления об эпилептогенезе и патогенезе фармакологической резистентности, а также диктуют необходимость определения в ряде случаев индивидуальной тактики лечения.

### РАССТРОЙСТВА АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ)

Т. В. Казенных, В. Я. Семке  
(Томск)

Анализ психических расстройств у 102 больных эпилепсией, наблюдающихся в Эпилептологическом кабинете, выявил преобладание расстройств аффективной сферы (59,4%) в виде раздражительности, сниженного настроения, эмоциональной лабильности, склонностью к реакциям тревоги. Понижению настроения у больных сопутствовали чувство тоски, склонность к слабодушным реакциям. Отмечалось большое количество “соматических” жалоб: головные боли, различные по характеру и интенсивности, чувство разбитости, неприятные ощущения в различных частях тела, общая слабость. 18,2%



составляли случаи сниженного настроения с дисфорией и тревогой, у больных отмечались вспыльчивость, обидчивость, плаксивость. У 7 больных (6,9%) причиной депрессии был психогенный запуск, для 4 из них безусловным травмирующим фактором явилось установление диагноза эпилепсии, для остальных драматичными явились разрыв с партнерами, при этом у 1 больной были выявлены суицидальные высказывания (больная госпитализирована в психиатрический стационар). Депрессивное настроение, тревога и беспокойство в этом случае были причинно обусловлены, состояние больных диагностировалось как депрессивная реакция в связи с расстройством адаптации. Преобладание при эпилепсии в структуре психических расстройств аффективной симптоматики требует, помимо традиционной противоэпилептической терапии, присоединения в схему лечения антидепрессантов, "корректоров поведения", транквилизаторов. Целесообразность их назначения и дозы рассматривались эпилептологом индивидуально. Однако значительную роль в комплексном лечении продолжают играть психотерапевтические мероприятия, направленные на обучение больного эпилепсией жить со своей болезнью, правильно реагировать на различные стрессовые ситуации, что снижает риск возникновения приступов.

#### **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ НЕКОТОРЫХ ЛИЧНОСТНЫХ И НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ РАЗВИТИИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

В. В. Калинин, А. А. Земляная, О. Е. Крылов  
(Москва)

Несмотря на то, что аффективная патология встречается у 30–50% больных эпилепсией, значение личностных факторов преморбидного периода в плане риска развития аффективных расстройств остается недостаточным изученным.

Настоящее исследование было предпринято с целью изучения значения личностных характеристик преморбидного периода у больных височной эпилепсией с разными типами сочетания моторной латерализации (рукооть) и стороны фокуса. Изучено 105 больных. Личностные характеристики оценивали с помощью Мюнхенского личностного теста (МЛТ) и Торонтской шкалы алекситимии (ТАС-26). Выраженность депрессии оценивали по шкале Гамильтона. Для оценки связей между преморбидными характеристиками и выраженностью депрессии использовался корреляционный анализ, который проводился в разных группах больных, сформированных в зависимости от сочетания руки и латерализации фокуса.

Результаты исследования показали, что алекситимия имела максимальные положительные корреляции с выраженностью депрессии в группе больных-левшей ( $r=0,7$ ;  $p<0,01$ ); больных-левшей с правосторонним ( $r=0,69$ ;  $p<0,01$ ) и левосторонним фокусами ( $r=0,7$ ;  $p<0,01$ ). С другой стороны, невротизм по шкале МЛТ

положительно коррелировал с выраженностью депрессии у всех больных-правшей ( $r=0,27$ ;  $p<0,05$ ); больных с левосторонним фокусом ( $r=0,35$ ;  $p<0,05$ ) и больных-правшей с левосторонним фокусом ( $r=0,49$ ;  $p<0,01$ ). Экстраверсия (МЛТ) имела отрицательные корреляции с депрессией у больных с правосторонним фокусом ( $r=-0,57$ ;  $p<0,01$ ), но не у больных с левосторонним фокусом ( $r=-0,19$ ; н.з.). Это наблюдалось также у больных-правшей ( $r=-0,33$ ;  $p<0,05$ ), и у больных-левшей ( $r=-0,59$ ;  $p<0,01$ ), а также при сочетании правостороннего фокуса с правым моторным профилем ( $r=-0,57$ ;  $p<0,01$ ) и левым моторным профилем ( $r=-0,71$ ;  $p<0,01$ ).

Очевидно, что преморбидные личностные характеристики имеют значение для развития депрессии при височной эпилепсии лишь при взаимодействии с особым профилем нейропсихиатрических параметров.

#### **АНТРОПОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

З. И. Кекелидзе  
(Москва)

Обследовано 57 человек с внезапной полной потерей памяти (54 муж., 3 жен.). Эти лица не помнят о себе ничего – как их зовут, где проживают, кем работают, сколько им лет, каково их семейное положение и при каких обстоятельствах потеряли память. Пациенты внезапно обнаруживали себя в совершенно незнакомом месте, причем у всех пациентов пропали документы и деньги. Анализ показал, что эти лица потеряли память, когда они одни отправлялись по своим делам. С этого периода и до того момента, когда они приходили в себя, проходило от 2-х до 3-х суток. Следует подчеркнуть, что больные в период "беспамятства" противоправных действий не совершали. Помимо потери памяти имели место и более грубые расстройства – нарушения инстинкта самосохранения, инстинкта продолжения рода, способности дифференцировать неживые перемещающиеся в пространстве предметы от живых существ, отсутствовали также сведения о социальном устройстве общества. Вместе с тем больные ориентированы в месте и времени правильно. Бред и галлюцинации не обнаруживаются. Мышление последовательное, конкретное. На вопросы отвечают с некоторой задержкой, по существу. Суждения поверхностны, словарный запас ограничен (в части случаев затруднение в подборе слов отмечали и сами больные). Вместе с тем при подсказках вспоминают отрывки из произведений школьной программы, географические названия. В двух случаях больные не могли озвучить несколько букв (М, Л, В). Однако после подсказки больные не забывали как звучать эти буквы.

Настроение снижено "никакое", имеет место эмоциональное уплощение, ригидность аффекта. Отмечается моторная заторможенность, движения скованны, угловаты, лишены плавности и пластичности.

При неврологическом осмотре выявляется тремор пальцев вытянутых рук в усложненной позе Ромберга. ЭЭГ без существенных отклонений, на глазном дне изменения не обнаружены.

Как показали исследования, потеря памяти обусловлена введением в организм веществ, влияющих на память и психологическим воздействием.

Терапия включала: ноотропные препараты, гипербарическая оксигенация, психотерапия. В 14 случаях (где в комбинированную терапию был включена психотерапия) память восстановилась полностью.

#### **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ СЕНСОМОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

О. Е. Крылов, В. В. Калинин, А. А. Земляная,  
М. С. Ковязина  
(Москва)

Межполушарная асимметрия (МПА) рассматривается, как важный нейробиологический фактор индивидуально-психологических отличий. При этом у МПА обнаружены корреляции с различными психическими процессами и личностными особенностями при эпилепсии.

**Цель исследования:** Изучение степени и характера влияния профиля МПА на психопатологические расстройства у больных эпилепсией.

**Материалы и методы:** Изучено 105 больных эпилепсией. Среди них группа с правым профилем МПА составляла 49 больных, группа с левым профилем – 31 больной, со смешанным профилем – 25 больных. Средний возраст –  $30,35 \pm 8,89$  лет. Состояние больных оценивали по клиническим (неврологическим и психиатрическим) и психометрическим показателям: набор шкал и нейропсихологические тесты для определения сенсорных и моторных функций (шкала Аннет, проба Розенбаха, дихотическое прослушивание).

**Результаты** исследования показали, что у больных с левым и смешанным профилем МПА отмечаются высокие показатели депрессии и соматизации по шкале SCL-90R ( $p < 0,05$ ), общий балл по этой шкале в 1,5 раза выше, чем в группе с правым профилем МПА. По данным Мюнхенского личностного теста в группе с левым профилем отмечался более высокий уровень шизоидии ( $p < 0,05$ ) и нарушения в сфере гнозиса по данным нейропсихологического исследования ( $p < 0,05$ ). Выявлено увеличение частоты генерализованных судорожных приступов в группе со смешанным профилем МПА ( $p < 0,05$ ) и раннем дебюте приступов – в левом ( $p < 0,05$ ).

Установлено, что у больных с левым и смешанным профилями МПА мозга имеются некоторые психопатологические и личностные особенности, а также специфические клинические характеристики прогностически неблагоприятные для течения эпилепсии.

#### **ПРЕДИКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

М. Я. Киссин, М. В. Олина, И. М. Пашкова,  
Е. В. Борисова  
(Санкт-Петербург)

Эпилепсия относится к числу заболеваний, важным компонентом которых являются психические расстройства. Частота развития депрессии у больных с трудно контролируемыми приступами варьирует от 20 до 55%. От 5 до 14% лиц с эпилепсией кончают жизнь самоубийством или совершают суицидальную попытку (в общей популяции – 1,1–1,2%).

Цель исследования – изучение клинико-психологических характеристик больных с эпилепсией с признаками суицидального поведения в сравнении с больными эпилепсией без признаков суицидального поведения и депрессивной симптоматики. Обследованы две группы больных (всего 151). Первую группу (75 больных) составили лица с депрессивными расстройствами без признаков суицидального поведения, вторую – больные, совершившие суицидальную попытку или высказывающие активные суицидальные мысли (76 пациентов). Применялись: шкала депрессии Бека, методика “Сигнал”, опросник суицидального поведения и антисуицидальных мотивов М.М.Лайхен и другие тесты.

По данным исследования, к факторам риска развития депрессивных расстройств и суицидального поведения относятся: длительность заболевания менее 3 и более 10 лет, при этом имеет место разный этиопатогенез депрессивных расстройств и суицидального поведения. Наличие частых сложных парциальных и полиморфных приступов, что обусловлено типологией данного вида приступов и их фармакорезистентностью, а также височно-лобная локализация эпилептического очага. Структура антисуицидальных мотивов у обследованных отличается значительным снижением основных антисуицидальных мотивов. Маркером развития депрессии является высокий показатель выраженности относительно опасения социального неодобрения. Полученные результаты позволяют обосновать систему ранней диагностики аффективных нарушений и профилактики суицидального поведения у больных эпилепсией.

#### **КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ АПАТИИ**

В. А. Концевой, В. И. Скворцова, М. А. Савина,  
Е. А. Петрова  
(Москва)

**Обоснование.** В наших предыдущих исследованиях было выявлено два разновидности постинсультной апатии: органическая апатия (Starkstein, 2000) и депрессивная апатия. Целью настоящего исследования является обнаружение специфических клинико-патогенетических коррелят этих синдромов.

**Методика.** На протяжении 6 месяцев постинсультного периода проводилось наблюдение над когортой из 208 больных (56% мужчин; средний возраст  $65,5 \pm 11,7$  лет). Инсульт был подтвержден на КТ у 81% больных изученной когорты. Для объективизации тяжести инсульта использовался балл Оргогозо. Диагностика деменции и депрессии проводилась в соответствии с критериями DSM-IV.

**Результаты.** Классическая апатия чаще появлялась у лиц с когнитивным снижением до инсульта ( $p=0,025$ ), с тяжелым инсультом ( $p=0,05$ ), очагом поражения в левой лобной области ( $p=0,037$ ), лейкоараиозом ( $p=0,038$ ) и деменцией ( $p<0,00001$ ). Депрессивная апатия чаще отмечалась у женщин ( $p=0,012$ ), лиц, страдающих предыдущими депрессиями ( $p=0,00002$ ) и депрессивных в настоящий момент ( $p<0,00001$ ).

**Выводы:** Выявлено, что органический апатический симптомокомплекс связан с наличием поражением мозга и деменцией, тогда как депрессивная апатия не связана с какими-либо характеристиками мозгового поражения и часто наблюдается при депрессиях. Выделенные типы апатии отличаются особыми клинико-патологическими коррелятами, что свидетельствует о валидности проведенного нами разграничения апатических расстройств.

#### ПСИХОПАТОЛОГИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИЗВИТОСТИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

А. П. Кузьмина, М. М. Буркин  
(Петрозаводск)

Проведено обследование 43 больных, страдающих гемодинамически значимой патологической извитостью внутренней сонной артерии. Среди обследованных было 18 мужчин и 25 женщин, средний возраст пациентов составил 54,8 г. Все исследуемые обнаруживали симптомы недостаточности мозгового кровообращения. Диагноз патологической извитости внутренних сонных артерий был установлен с помощью триплексного сканирования прецеребральных сосудов или магнитно-резонансной ангиографии. Правосторонняя локализация ПИ ВСА была у 10 человек (23,2%), левосторонняя – у 12 (28%), двусторонняя – у 21 (48,8%). Использовался клинико-психопатологический метод диагностики, а также оценка при помощи психиатрических шкал: депрессии Гамильтона и Монтгомери-Асберга, тревоги Гамильтона, и нейропсихологическое обследование при помощи теста Бентона, пробы 10 слов, корректурной цифровой пробы.

У большинства больных (41 из 43) обнаружены психопатологические симптомы. Нозологическая структура выявленных расстройств была следующей: органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство – у 20 больных (46,5%), легкое когнитивное расстройство – у 11 (25,6%), органическое расстройство личности – у 5 (11,6%), органическое депрессивное расстройство – у 5 (11,6%). Выраженность нарушений памяти и внимания, выявленная при помощи нейропсихологических методик,

коррелировала с клинической картиной – наиболее грубые нарушения зрительной, слухоречевой памяти и внимания демонстрировали больные с органическим расстройством личности. Тяжесть аффективных нарушений и когнитивных расстройств была меньше у лиц с левосторонней локализацией ПИ ВСА в сравнении с больными с правосторонней и двусторонней локализациями ПИ ВСА.

#### КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М. В. Кузьминова, В. С. Фритлинский  
(Москва)

Последние достижения фармакотерапии не привели к существенным изменениям в социальном статусе больных эпилепсией с психическими расстройствами. Наименее разработанной стороной проблемы остаются вопросы психосоциальной реабилитации и ее связи с макро- и микросоциальными условиями жизнедеятельности больных. На сегодняшний день этапная система медицинской реабилитации больных эпилепсией с психическими расстройствами в нашей стране остается недостаточно совершенной, вследствие чего значительная часть больных трудоспособного возраста, даже при относительно благоприятном течении заболевания, не могут возвратиться к полноценному труду и становятся инвалидами.

**Цель исследования:** определение клинико-социальных факторов, препятствующих достижению эффективности психосоциальной реабилитации больных эпилепсией с психическими расстройствами.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, психометрический, клинико-катамнестический, статистический.

**Результаты:** Клинико-социальное изучение находящихся под диспансерным психиатрическим наблюдением больных эпилепсией с психическими расстройствами показало, что в результате фармакологического лечения и применения традиционных программ реабилитации полное восстановление трудоспособности было достигнуто лишь у 47,8% пациентов. Инвалидность по психическому заболеванию имели 27,6% больных, в том числе, 20,3% – II группу, 8,7% – III группу и 1,5% – I группу. Еще 5,8% пациентов являлись инвалидами по соматическому заболеванию. Наиболее значимой причиной оформления инвалидности по психическому заболеванию явилось то, что больному стало трудно справиться с привычной работой – 24,6% больных. Среди других наиболее распространенных причин оформления инвалидности можно выделить частые обострения и неблагоприятное течение заболевания – 21,7% случаев и конфликтные отношения с коллективом и/или администрацией – 11,6%. 14,5% больных эпилепсией имели сохранный трудоспособность, однако нигде не работали

вследствие стигматизированного отношения к ним. Утрата и длительный поиск новой работы в 43,5% случаев приводил к вторично-реактивным образованиям, в 24,6% – к тревожным расстройствам, а в некоторых случаях к явному ухудшению течения эпилепсии – учащению пароксизмальных расстройств, возникновению дисфорий, негативизма, паранойяльных идей.

**Заключение.** Таким образом, при разработке программ психосоциальной реабилитации больных эпилепсией необходимо учитывать совокупность неблагоприятных клиничко-динамических и социальных факторов, целенаправленное воздействие на которые позволит повысить эффективность социального приспособления пациентов в обществе.

### ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЛИОМАХ ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А. А. Лукшина, С. В. Ураков

(Москва)

**Цель исследования:** Изучение и систематика психические нарушения у больных с глиальными опухолями височных долей головного мозга.

**Материал исследования:** 140 больных старше 18 лет. Поражение левой височной области наблюдалось у 71 больного (51%), правой – у 69 человек (49%). Среди изученных лиц преобладали правши – 58 человек (42%), признаки левшества – 57 (40%), левши – 13 (9%), у остальных установить профиль асимметрии оказалось невозможным.

**Результаты:** Распределение по гистологическому диагнозу: глиомы I степени злокачественности – 20 человек (14%), глиомы II степени – 43 (31%), анапластические глиомы – 15 (11%), глиобластомы – 62 (44%).

Психические нарушения были у 73% (102 человека), из них 46% – больные с глиобластомами.

При левостороннем поражении установлены нарушения вербальной памяти (52%), речевые расстройства (35%), снижение критики к своему состоянию (17%), нарушение поведения по органическому типу (15%), неврозоподобная симптоматика (13%), депрессия (8%) с ажитацией, бредоподобная симптоматика (3%); при правостороннем поражении – нарушение памяти на текущие события (38%), у 6 человек достигшее степени Корсаковского синдрома, депрессия (6%) с апатией и тоской, нарушение поведения по органическому типу (10%), проявления гипомании и эйфории (4%), неврозоподобная симптоматика (10%). В одном случае наблюдались зрительные галлюцинации и иллюзии. У одного пациента страдало восприятие музыки.

Манифестом заболевания в 66% были эпилептические припадки; при правостороннем поражении – у 83% и проявлялись в основном аффективными и психосенсорными приступами. При левостороннем поражении эписиндром – у 77%, но частота припадков была боль-

ше и они чаще протекали с нарушением сознания, идеаторными и афатическими пароксизмами.

У левшей отмечалось более частое развитие психосенсорных приступов, а также полиморфизм припадков. При глиомах I–II степени злокачественности приступы встречались достоверно чаще, чем при злокачественных опухолях.

### О НЕОБХОДИМОСТИ ВЫДЕЛЕНИЯ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

П. А. Максимова, Г. Н. Носачев

(Самара)

МКБ-10, исключив из классификации психоорганический синдром и введя, по существу, две рубрики – лёгкие когнитивные расстройства и деменцию, вызвала развитие “слепого пятна” в психиатрии и неврологии. Эту брешь в отечественной психиатрии и, особенно, в неврологии пытаются заполнить разными степенями тяжести и выраженности синдрома деменции. Однако делается это декларативно, без клинического обоснования. При этом в основу клинической диагностики когнитивных нарушений ставится не клиничко-динамический, клиничко-функциональный методы психиатрии, а экспериментально-психологический (нейропсихологический, даже не патопсихологический) метод, чаще всего на основе тестов (опросников).

В клиничко-катамнестическом и клиничко-психологическом исследовании приняло участие 113 больных сосудистой энцефалопатией в процессе подготовки, после и через 1–3 месяца после каротидной эндартерэктомии. Выделены три группы больных с когнитивными расстройствами: с лёгкими, умеренными когнитивными и с умеренными когнитивными и аффективными расстройствами. Длительность умеренных когнитивных расстройств до операции не превышала шести месяцев.

Катамнестическое исследование через 6 месяцев выявило выраженную обратную динамику как аффективных, так и (особенно) когнитивных нарушений. Улучшалась память, увеличивались объём и длительность сосредоточения внимания, точность и быстрота выполнения тестовых заданий, расширялась познавательная деятельность в виде планирования и предвидения, восстанавливалась возможность обучения новому.

Таким образом, можно считать обоснованным выделение синдрома умеренных когнитивных расстройств как динамического состояния, не относящегося к вариантам синдрома деменции.

### НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Е. В. Малинина, С. А. Супрун

(Челябинск)

**Актуальность:** одним из новых и приоритетных научных направлений детской психиатрии является изучение нейрофизиологических маркеров психических расстройств.

**Цель исследования:** Клинико-нейрофизиологическое изучение детей с психическими расстройствами, установление взаимосвязи психопатологических феноменов и эпилептической активности.

**Методы исследования:** Клинико-психопатологически и нейрофизиологически изучено 85 детей дошкольного возраста. В исследование сплошным методом включались дети с различной непсихотической психической патологией. Критериями исключения были дети с эпилептическими приступами.

**Результаты исследования:** обследованы дети со следующими клиническими синдромами: задержка психоречевого развития (n=8); легкая умственная отсталость (n=9); синдром дефицита внимания с гиперактивностью (n=10); неврозоподобные расстройства детского возраста (тики, энурез, парасомнии) (n=20); аутистические расстройства (n=38).

Эпилептиформная активность выявлена у 23 пациентов, что составило 27,1%. Был обнаружен полиморфизм эпилептиформных нарушений. В то же время выявлена определенная закономерность клинических проявлений и ЭЭГ-изменений. При детском аутизме преимущественно встречались доброкачественные эпилептиформные нарушения детства (ДЭНД), электрический эпилептический статус медленного сна (ЭЭСМ) диагностирован только у детей с умственной отсталостью, фокальные и генерализованные разряды одинаково часто встречались при всех нарушениях. Ни один из перечисленных ЭЭГ-паттернов не является прямым признаком эпилепсии без наличия эпилептических приступов, кроме ЭЭСМ. Обращала внимание определенная характерность ДЭНД в плане аутистических расстройств. Изучение клинических фенотипов при таком сочетании требует еще дальнейших уточнений. Специфичность данного феномена для психопатологии не определена. Скорее всего, его можно рассматривать маркером незрелости головного мозга, признаком врожденных нарушений созревания мозга. Дальнейшее развитие данного направления позволит понять "патологическую почву дизонтогенеза" и определить тактику лечения таких пациентов.

#### **ДЕПРЕССИЯ У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ**

И. Л. Медведев, Е. В. Железнова  
(Москва)

Актуальность изучения аффективных расстройств у больных эпилепсией связана с высокой распространенностью данной патологии. Депрессия развивается у 10–60% больных эпилепсией. У женщин с эпилепсией депрессия встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

**Цель исследования:** Изучение особенностей развития и клинической картины депрессивных расстройств у женщин с эпилепсией. Изучено 30 больных тоскливой, 28 больных тревожной и 8 больных тревожно-тоскливой депрессией с криптогенной парциальной (63,6%), симп-

томатической парциальной (13,7%) и генерализованной (22,7%) эпилепсией. Средний возраст – 30,29±8,36 лет. Состояние больных оценивали по клиническим (неврологическим и психиатрическим) и психометрическим показателям: шкалы HADS, BDI, ZARS, SCL-90.

**Результаты:** Выявлена связь частоты простых парциальных припадков и показателей шкалы SCL-90, шкал HADS и ZARS, а также вторично-генерализованных приступов и показателей шкал HADS, BDI. В группе больных тревожной депрессией была более выражена соматизация и фобия по шкале SCL-90. Показатель депрессии по шкале HADS оказался выше у больных с правосторонней височной локализацией (38,7%) по сравнению с больными с левосторонней височной локализацией (20,4%) фокуса (9,69±3,84 и 6,0±2,78, t=2,52, p=0,019). У женщин, принимающих барбитураты, отмечались более высокие показатели по шкалам SCL-90 и HADS. Установлено, что на развитие депрессии влияет совокупность ряда факторов, таких как длительность течения эпилепсии, частота и тип приступов, локализация очага эпилептической активности, антиэпилептическая терапия (прием барбитуратов). Выявление данных факторов требует определенной настороженности в плане развития аффективной патологии у женщин с эпилепсией.

#### **РОЛЬ МОТОРНОЙ АСИММЕТРИИ И ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ТЕЧЕНИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

Д. М. Назметдинова, А. В. Басамыгин,  
В. В. Калинин  
(Москва)

Настоящее исследование проводилось для установления связей фактора леворукости с течением эпилептического процесса в аспекте гендерных различий.

Больные эпилепсией с левосторонней моторной асимметрией демонстрировали наибольшую глубину когнитивного расстройства. При этом низкий уровень интеллекта леворуких был обусловлен за счет лиц мужского пола (p<0,006). Вместе с тем анализ, выраженного снижения мнестико-интеллектуальных функций у леворуких мужчин в сравнении с праворукими, установил с высокой степенью достоверности связь с симптоматической формой эпилепсией (p<0,008): указанную форму имели 75% леворуких мужчин и только 29,5% праворуких. У леворуких женщин доля симптоматической формы эпилепсии составила 12,5%, у праворуких – 32,6%. Исходя из этого, можно предположить, что сопротивляемость повреждающим факторам (перинатальная патология, нейроинфекции и др.) у лиц мужского пола существенно ниже, что обуславливает органическое повреждение изначально ведущего (левого) полушария головного мозга. Это, в свою очередь, приводит к формированию компенсаторной леворукости. При этом активность субдоминантного полушария не восполняет утраченных функций ведущего полушария, результатом этого является

выраженное когнитивное снижение у больных эпилепсией мужского пола с компенсаторной леворукостью.

В тоже время фактор леворукости у женщин коррелировал с длительностью ремиссии ( $p < 0,0001$ ). Средняя продолжительность ремиссии у женщин с ведущей левой рукой составила  $3,93 \pm 5,15$  лет, с правой –  $0,66 \pm 1,24$  лет, различия у лиц мужского пола не достигали статистически значимого уровня. Это позволяет рассматривать левосторонний тип моторной асимметрии у лиц женского пола как благоприятный фактор формирования терапевтической ремиссии.

### ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

А. В. Плотников, И. И. Шереметьева  
(Барнаул)

Экзогенно-органические психические расстройства представляют одну из наиболее распространенных форм психической патологии. Они с большой частотой выявляются у лиц, страдающих туберкулезом легких, создавая дополнительные трудности в их лечении. В целом, проблема органических заболеваний головного мозга у лиц, страдающих туберкулезом, остается малоизученной.

Цель работы сводилась к установлению клинико-динамических закономерностей развития экзогенно-органических заболеваний головного мозга у больных туберкулезом легких.

В 1999 году прошло курс терапии 132 больных. Доля органических заболеваний головного мозга составила 18,2% (24 человек). Из них мужчин 18 (75%), женщин 6 (25%). В большинстве случаев органическое заболевание мозга было вызвано несколькими этиологическими факторами. Интоксикационный генез присутствовал у 12 больных (50%), травматический у 11 (45,8%), сосудистый у 6 (25%), инфекционный у 4 (16,7%), неуточненный у 3 (12,5%). Психическое заболевание возникло раньше туберкулеза у 20 больных (83,3%), туберкулез раньше психического заболевания – у 4 больных (16,7%).

В 2009 году курс терапии прошли 152 больных. Из них органическими заболеваниями головного мозга страдают 45 (29,6%). Из них мужчин 39 (86,7%), женщин 6 (13,3%). Раньше возникло психическое заболевание у 46,67 %, туберкулез раньше возник у 22,22%, одновременно заболевания развились у 15,56%, и нет точных данных у 15,56%.

При сравнении 1999 и 2009 годов обращает на себя внимание то, что доля органических заболеваний головного мозга в общей структуре психических расстройств у лиц, страдающих легочным туберкулезом, значительно увеличилась. Кроме того, можно предположить, что туберкулез легких чаще стал предшествовать развитию органических заболеваний головного мозга. Все это может быть связано с ростом заболеваемости туберкулезом легких в популяции, и, как следствие, возросшей

ролью туберкулеза в развитии органических заболеваний головного мозга.

Таким образом, исходя из предварительных результатов, можно сделать вывод, что органические заболевания головного мозга и туберкулез легких клинически утяжеляют друг друга. Учитывая сложность клинической картины больных с сочетанной патологией, а также недостаточную изученность этой важной проблемы, необходимы дальнейшие исследования данного контингента больных.

### АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В. М. Полецкий  
(Челябинск)

Значительная распространенность непсихотических расстройств резидуально-органического генеза обуславливает научный поиск методов эффективной терапии.

15 летнее клиническое наблюдения и терапии 1247 детей и подростков с данным видом патологии, в возрасте 10 – 15 лет, средний возраст  $13 \pm 0,7$  года из которых через 15 лет к завершающему этапу в исследовании осталось 504 больных (220 женского и 284 мужского пола), позволило сформулировать принципы и алгоритм терапии. Эффективность терапии оценивалась между группой из 289 больных, завершивших полный курс терапии и группой контроля из 215 некомплаентных пациентов. Результаты обрабатывались с помощью статистических методов.

Алгоритм терапии базируется на представлении о биопсихосоциальном этиопатогенезе расстройств и континуальности клинико-динамической и типологической характеристики нарушений. (От начальных (донозологических) форм пограничных резидуально-органических расстройств у детей к очерченным клиническим формам с типологическими возрастными особенностями у подростков, их отдаленная динамика и исходы). Алгоритм терапии предполагает совокупную оценку: 1) психопатологической характеристики, типологии нарушения; 2) вида динамики; 3) направленности динамики; 4) этапа динамики. Принципы терапии: 1. комплексность; 2. длительность; 3. индивидуальность. Комплексность включает 3 блока. Блок психофармакотерапии: 1) базисная этиопатогенетическая терапия; 2) синдромальная терапия; 3) профилактическая терапия. Блок психотерапии: 1) индивидуальная; 2) групповая, 3) семейная. Блок социотерапии: 1) работа с родителями, использование, приемов модификации поведения; 2) работа с педагогами и воспитателями; 3) методы психолого-педагогической коррекции. Длительность терапии должна составлять не менее 6 месяцев после редукции психопатологической симптоматики и улучшения показателей ЭЭГ. Индивидуальность терапии предполагает последовательный выбор оптимального набора используемых методов для каждого пациента с учетом клинической и возрастной динамики нарушений.

Рекомендуемый терапевтический подход обеспечил достоверно более высокую эффективность терапии и исходов в исследуемой группе.

## ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Д. А. Полянский, В. В. Калинин  
(Москва)

Широкая распространённость ВИЧ-инфекции, частота и выраженность психических нарушений при этом заболевании обуславливают актуальность изучения их особенностей у лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

Акцентируя внимание на серьёзных демографических, социально-экономических последствиях ВИЧ-инфекции, исследователи значительно меньше внимания уделяют проблемам психического здоровья заболевших и окружающих их.

Среди развивающихся психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных выделяют расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом, и психические расстройства в результате органического поражения головного мозга. К этой последней категории относят патологические состояния широкого диапазона: от психологической дезорганизации и аффективных, когнитивных, личностных расстройств до возможности развития истерических, ипохондрических и параноидных психозов.

Депрессия чаще всего выявляется у лиц с низкой кажущейся социальной поддержкой ВИЧ-инфицированных и предположительно связана с присутствием личностных расстройств. Развитие тревожных расстройств у ВИЧ-инфицированных больных связано с осознанием больными риска заражения других, идентификацией их окружающими как гомосексуалистами или наркоманами.

Среди психотических расстройств у ВИЧ-инфицированных выявлены случаи шизофреноподобных, острых параноидных и депрессивных психозов, стойкие гипоманиакальные и маниакальные состояния, делириозные нарушения. К потенциальным предикторам развития психотического состояния относят отягощенный по психическим заболеваниям семейный анамнез, сниженные когнитивные функции больных и отсутствие специфического противовирусного лечения.

Факторами риска, повышающими возможность развития симптоматики СПИД-дементного комплекса, в статусе больных являются необъяснимые мания и судорожные припадки, когнитивная дефицитарность, пожилой возраст, пониженный уровень гемоглобина, высокие вирусологические показатели и сниженный уровень CD4 клеток в крови, повышение концентрации в плазме β2-микроглобулина. Факторы, снижающие указанный риск – изначально высокий уровень IQ и адекватная антиретровирусная терапия.

Своевременно начатая адекватная антиретровирусная терапия (азидотимедин, дидезоксациллин, фосфонофат,

зидовудин) способствует снижению темпов нарастания мнестико-интеллектуальных нарушений (деменции) при ВИЧ-инфекции, а назначение атипичных антипсихотических препаратов (кветиапин, рисперидон, оланзапин) уменьшает риск развития побочных экстрапирамидных эффектов при лечении сопутствующих психозов.

## ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ НА СТАДИИ РЕМИССИИ ПРИПАДКОВ

Т. А. Рогачева  
(Москва)

Цель исследования – выяснение особенностей личности больных эпилепсией достигших ремиссии припадков. Первый этап включал оценку преморбидной личности (по А.Е.Личко) больных эпилепсией достигших ремиссии припадков, второй – анализ изменения личности и возможного ее влияния на социальность больных эпилепсией.

Материал и методы исследования. Обследовано 150 пациентов с различными формами эпилепсии на стадии ремиссии припадков. Использовались шкала скринингового исследования когнитивных способностей (Jacobs J.W.); краткая шкала оценки психического статуса (Folstein et al., 1975); методики ММРІ тестирования и “незаконченных предложений”.

Результаты исследования обнаружили у больных с ремиссией достоверное преобладание в преморбиде лиц с эпилептоидными, циклоидными, психастеническими чертами характера и их различными сочетаниями. Изменения личности в подавляющем большинстве (91%) носили не грубый характер и не обнаруживали прогрессирования на этапе ремиссии припадков. Профиль ММРІ находился в пределах нормы, что свидетельствовало об отсутствии выраженных психопатологических расстройств. Наивысшее значение имели показатели по шкалам 2, 7 и 8, что указывало на тенденции к волнениям, колебаниям настроения, тревожным опасениям, астенизации, снижении активности, продуктивности, повышенном самоанализе и самонаблюдении, а также приверженности к обще принятым нормам поведения, социальности, конформности. Система отношений пострадада лишь в разделе “отношение к себе”, что проявлялось сознанием своей неполноценности и выражением тревоги имеющей конкретное содержание – опасение припадков, при сохраненных всех других показателях, отражающих интерперсональные отношения, отношения к своему будущему и жизненным целям.

Выводы: Отсутствие выраженных изменений личности определяет в целом сохранную интегративную “систему отношений”, что, в свою очередь, является благоприятным социальным фактором. Нарушение “отношения к себе” указывает на необходимость осуществления динамического контроля с проведением коррекционных мероприятий.

### ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

И. Д. Санашева  
(Горно-Алтайск)

В последние годы в психиатрии активно развивается этнокультуральное направление, что указывает на актуальность такого рода исследований. Между тем, судя по анализу литературы, этнокультуральный аспект экзогенно-органических психических расстройств остается не изученным. В этой связи в настоящем сообщении мы попытались восполнить, в известной степени, названный пробел и с этой целью приводим некоторые результаты проводимых нами комплексных исследований психической патологии у жителей Республики Алтай.

Методом случайной выборки было клинически исследовано две этнически разных группы больных экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга. I группу (102 человека) составили алтайцы, II (103 человека) – русские. Сравнительный анализ психопатологической симптоматики у больных этих групп показал значительное сходство наблюдавшейся у них клинической картины, что отражалось в практически идентичном наборе выявляемых у них феноменов органического спектра. Однако наряду с этим, между изученными группами больных были установлены и отличия, заключающиеся в существенных (статистически достоверных) различиях частотных характеристик ряда расстройств органического регистра в сторону их преобладания у больных первой группы. С большей частотой у алтайцев, чем у русских развивались гипоталамические пароксизмы (48,0 % и 34,0% соответственно), дисфории (62,7% и 40,8%), разные варианты сумеречных состояний сознания (52,9% и 29,1%) и разной степени выраженности экстатические состояния (21,6% и 10,7%). Алтайцы хуже переносили алкоголь (64,7% и 43,7%). Полагаем, что полученные данные говорят о целесообразности дальнейших детальных исследований экзогенно-органической патологии в этнокультуральном преломлении.

### ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДЕТСКОГО ГОРОДСКОГО ЭПИЛЕПТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА

Н. В. Семакина, И. А. Бочарова, В. И. Багаев,  
М. В. Злоказова  
(Киров)

В 1995 году на базе диспансерного отделения Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева с целью обеспечения детского населения г.Кирова качественной специализированной помощью был открыт городской эпилептологический прием. На консультацию к детскому психиатру-эпилептологу направляются дети в возрасте до 15 лет с пароксизмальными расстройствами и эпилепсией после первичного

клинического, инструментального и лабораторного обследования в детских городских поликлиниках. Эпилептолог уточняет диагноз, назначает антиэпилептическую терапию, при необходимости решает вопросы реабилитации пациентов. Под наблюдением находятся дети, страдающие эпилепсией и эпилептическими синдромами с нарушениями в психической сфере. За последние три года число данных пациентов, имеющих легкие нарушения когнитивных процессов, увеличилось на 16%, органические расстройства личности и поведения вследствие эпилепсии – на 45%. Заболеваемость эпилепсией в 2009 году в г. Кирове составила 1,58 на 1000 детского населения, распространенность – 5,2. Пациенты, требующие стационарного обследования и лечения, направляются в отделения (неврологическое и психиатрическое), специализирующиеся на помощи детям с эпилепсией.

Эпилептологом проводится информационно-разъяснительная работа с родителями и детьми, организована школа для родителей, чьи дети страдают эпилепсией.

Таким образом, организация работы детского городского эпилептологического приема психиатрической службой г. Кирова способствует улучшению доступности и качества специализированной помощи детям с эпилепсией и пароксизмальными расстройствами.

### КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ – ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ

В. А. Сергеев, П. В. Сергеева  
(Челябинск)

До настоящего времени отсутствует единство представлений о механизмах патогенеза и патокинеза неврозоподобных нарушений в отдалённом периоде ЧМТ, их структуре и частоте, как нет и достаточно чётких феноменологических дифференциций между ними и собственно невротическими расстройствами, что создаёт затруднения в их диагностике и осуществлении лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Цель** исследования – сравнительный анализ структуры клинко-психопатологических проявлений неврозоподобных нарушений в отдалённом периоде ЧМТ для уточнения критериев дифференциальной диагностики и оптимизации терапии.

**Группы и методы** исследования. Клинико-психопатологическим и клинко-динамическим методами исследовано 64 больных с отдалёнными последствиями ЧМТ неврозоподобного характера (основная группа) и 40 с неврозами (группы сравнения). По основным социо-демографическим характеристикам (возраст, пол, образование и др.) группы существенным образом не различались.

**Результаты.** Клинически в основной группе были выделены следующие синдромальные блоки: астенический (церебрастенический) – у 79,3% больных, эмоцио-



нальной лабильности – 29,3%, собственно невротических расстройств – в виде астено-невротического (38%), тревожно-депрессивного (20,8), иппохондрического (17,2%), фобического (14%) и истерического (10%) синдромов. Клинико-динамический анализ проявлений астенического синдрома у больных основной группы обнаружил, что его клинические формы представляют собой последовательные стадии единого патологического процесса, манифестирующего гипостенией в остром или подостром периодах ЧМТ, с переходом в гиперстению на этапе отдалённых последствий ЧМТ и дальнейшей редукцией у части больных до простой формы астении. На фоне церебрастении, являющейся «сквозным» нарушением периода отдалённых последствий ЧМТ, проявлялись и иные невротоподобные расстройства, экзоцербация которых нередко происходила под влиянием внешне-провоцирующих факторов (соматогении, стрессы, алкоголизация и др.)

В группе сравнения астеническую симптоматику обнаружили 52,5% больных, но она не имела характер «сквозного» нарушения, отличаясь также значительно меньшей выраженностью церебрастенических проявлений. Заметно чаще здесь фиксировались тревожно-фобический (37%), иппохондрический (33,5%) и истерический (19%) синдромы и вдвое реже депрессивный (10,5%). Больные основной группы обнаружили большую выраженность и стойкость церебрастенических и астено-невротических нарушений при меньшей частоте фобических и истерических расстройств в сравнении с контролем. Вместе с тем, клинические проявления у них нередко были весьма схожи, что затрудняло как диагностику, так и реализацию лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Выводы:** Феноменологический анализ невротоподобных расстройств у больных с отдалёнными последствиями ЧМТ свидетельствуют о том, что психопатологическая структура этих нарушений, не выявляя жесткой синдромальной детерминированности, обнаруживает их относительную специфичность, проявляющуюся наличием церебрастенической и астено-невротической симптоматики, имеющей тенденцию к более затяжному течению и меньшей курабельности в сравнении с собственно невротическими расстройствами. Вместе с тем, перечисленные особенности не позволяют выделить достаточно чёткие клинические дифференциально-диагностические критерии невротоподобных расстройств посттравматического генеза, что обуславливает необходимость проведения комплексных исследований данных контингентов больных с более углублённым клинико-психопатологическим анализом симптоматики, а также привлечением объективно-инструментальных (нейровизуальных) и экспериментально-психологических методов исследования.

## ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ И ПСЕВДОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ У ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВО- ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Л. В. Соколова, Е. В. Железнова,  
А. А. Земляная  
(Москва)

Как известно, существуют определенные трудности в правильной идентификации истинных эпилептических припадков и неэпилептических приступов у подростков. Особенно часто вопросы дифференциальной диагностики возникают при определении лобного варианта парциальной эпилепсии.

**Цель исследования:** Изучение психопатологических особенностей пациентов подростково-юношеского возраста с эпилептическими и псевдоэпилептическими припадками (ПЭП) с целью выявления дифференциально-диагностических паттернов и оптимизации терапии.

**Методы исследования:** 35 амбулаторных пациентов эпилептологического центра Московского НИИ психиатрии подросткового возраста с диагнозом резистентная эпилепсия были обследованы с проведением ЭЭГ, дневного и ночного ЭЭГ видеомониторинга, а также с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Миннесотского личностного опросника (ММПИ), а также шкалы качества жизни (QOLIE-10).

Результаты клинико-параclinicalного обследования выявили у 51,4% пациентов с диагнозом эпилепсия коморбидность эпилептических и неэпилептических припадков, у 31,4% обследованных приступы имели характер истинно эпилептических, а у 17,2% были выявлены только припадки неэпилептической природы. Большинство пациентов с коморбидными формами припадков имели диагноз парциальной лобной эпилепсии (84,6%). Пациенты с изолированными псевдоэпилептическими припадками, в сравнении со страдающими эпилепсией, по результатам Миннесотского личностного теста выявили преобладание по шкалам иппохондрия, истерия и депрессия. Показатели по шкале паранойя были существенно выше у пациентов с истинно эпилептическими припадками. Уровень выраженности депрессивных нарушений по шкале HADS был более высоким у пациентов с псевдоэпилептическими припадками ( $p < 0,05$ ). Результаты тестирования по шкале качества жизни были более высокими у пациентов с псевдоэпилептическими припадками.

**Заключение:** Наше исследование подтвердило, что ПЭП наиболее часто являются коморбидным состоянием при парциальной лобной эпилепсии. Пациенты, имеющие в клинической картине болезни ПЭП, характеризуется наличием определенных личностных и психосоциальных особенностей, что требует специфических терапевтических подходов с целью снижения показателей резистентности среди больных эпилепсией.

### ОСОБЕННОСТИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ И КРИПТОГЕННОЙ ЭПИЛЕПСИИ

К. Ю. Субботин, Н. Г. Ермакова, В. В. Калинин  
(Москва)

По данным различных авторов нарушения в клеточном звене иммунитета при эпилепсии (Э) встречаются у 80–85 % больных.

С целью выявления особенностей иммунного статуса при симптоматической и криптогенной Э (СЭ и КЭ) и в зависимости от тяжести заболевания определяли содержание популяций и субпопуляций лимфоцитов с помощью двухпараметрических моноклональных антител на проточном цитофлуориметре FC 500 (Beckman Coulter) у 14 больных СЭ (1 группа) и у 30 больных КЭ (2 группа). Группы были подразделены на подгруппы: а) с 1 и более приступами в месяц, б) с более редкими приступами или их отсутствием. В 1 а,б и 2 а,б подгруппах выявили статистически достоверное по сравнению с контрольной группой повышение уровня Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-цитотоксических / супрессоров. При этом в 1а и 2 а подгруппах уровень Т-цитотоксических/ супрессоров был повышенным в 75% и 84,2% случаев по сравнению с 50% и 42,9% случаев у больных 1б и 2б подгрупп. Наиболее выраженным оказалось различие между группами в зависимости от частоты встречаемости приступов по уровню В – лимфоцитов (В-ЛФ). В 1б и 2б подгруппах уровень В – ЛФ был повышен по сравнению с нормальными значениями ( $p < 0,05$  и  $p < 0,001$  соответственно). В 1а подгруппах содержание В-ЛФ находилось в пределах физиологических колебаний  $0,25 \pm 0,03$  тыс.кл/1мкл по сравнению с  $0,20 \pm 0,02$  тыс.кл/1мкл, а во 2а подгруппе –  $0,33 \pm 0,02$  тыс.кл/1мкл, что статистически достоверно отличалось, как от 1а подгруппы ( $p < 0,05$ ), так и от 2б подгруппы ( $0,04 \pm 0,02$  тыс.кл/1мкл,  $p < 0,05$ ). Во всех подгруппах количественное содержание Т-клеток в стадии поздней активации (CD3+HLA-DR+) находилось в пределах нормы. В 1 а,б, 2а,б подгруппах отмечали как увеличение, так и снижение иммунорегуляторных индексов в 75%, 83,3%, 68,2%, 71,4% случаев. Таким образом, можно предположить, что при Э имеют место нарушения процессов активации и регуляции иммунного ответа, более выраженной при СЭ.

### ТИПЫ АКЦЕНТУАЦИЙ ХАРАКТЕРА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Н. Г. Токарева  
(Саранск)

Эпилепсия давно привлекает внимание не только клиницистов, но и психологов. Число больных эпилепсией на планете составляет не менее 30 млн. человек, причем значительная часть из них приходится на детский и подростковый возраст. С целью изучения типов акцентуаций характеров больных эпилепсией подросткового

возраста было обследовано 70 подростков (14–16 лет), контрольная группа – здоровые подростки (70 чел). Методы исследования: изучение медицинских карт и историй болезни, м. беседы и наблюдения, психодиагностическая методика А.Личко «Акцентуации характера». Среди обследованных больных 10 подростков имеют инвалидность II группы (14%), 20 подростков – инвалидность III группы (28%). У 40 подростков эпилепсия протекает с приступами тонико-клонического характера (57%); у 20-ти подростков наблюдаются приступы смешанного характера (тонико-клонические, тонические, абсансы) (28 %); у 10 подростков – приступы типа абсансов (14%). В результате анализа полученных результатов выявлено, что часто встречаются комбинации, в которых идет смешение типов характера. В общей группе больных эпилепсией подростков: эпилептоидный и психастенический типы – 30 чел. (44%); эпилептоидный и шизоидный типы – 20 чел. (28%); эпилептоидный и циклоидный типы – 10 чел. (14%); эпилептоидный и лабильный типы – 10 чел. (14%). У основной части подростков больных эпилепсией доминирующим типом акцентуации характера является эпилептоидный тип (85%), что не наблюдается в группе здоровых подростков. Таким образом, можно заключить, что существует прямая связь между наличием заболевания и формированием характера. При этом, чем длительнее заболевание, чем чаще возникают приступы эпилепсии, тем выше становится уровень по данному типу акцентуации и тем чаще он встречается.

### ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

М. В. Усюкина, А. В. Фролова  
(Москва)

**Цель исследования.** Уточнение структурно-динамических особенностей и принципов диагностики деменции при эпилепсии.

**Материал и методы.** Проведено клинико-психопатологическое обследование и нейропсихологическое тестирование 106 больных, страдающих деменцией в связи с эпилепсией (78 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 19 до 70 лет.

**Результаты исследования.** По тяжести и глубине изменений психики больные были разделены на **три группы**.

Легкая деменция (11,25%) характеризуется преобладанием в клинической картине специфических эпилептических изменений личности, аффективных реакций, легким снижением мнестических расстройств при сохранности социальной адаптации. При умеренной деменцией (46,25%) на первое место выступают эпилептические нарушения мышления, мнестические расстройства, сужение объема внимания, прослеживается полиморфный характер аффективных нарушений с преобладанием дисфорических расстройств. У части боль-

ных прослеживались сутяжно-паранойяльные тенденции, склонность к сверхценным образованиям с формированием бредовых идей. Для тяжелой деменции (42,5%) было характерно выраженное мнестико-интеллектуальное снижение, нарушение всех форм познавательной деятельности, нивелирование индивидуальных личностных черт, утрата критической и прогностической способности, неадекватность поведения, потеря или извращение психической активности.

**Заключение.** Для диагностики деменции при эпилепсии необходимы традиционное клиническое исследование больного, оценка его профессиональных возможностей и состоятельности в повседневной жизни, применение нейропсихологических методов. Наибольшие нарушения когнитивных процессов наблюдались при идиопатической форме эпилепсии. Выраженность и глубина явлений слабоумия зависят от возраста начала, длительности заболевания, типа течения заболевания. Структура эпилептического слабоумия приобретает свою типичность за счет характерных специфических личностных особенностей и изменений мышления.

#### К ПРОБЛЕМЕ “ОРГАНИЧЕСКОГО” В ПСИХОПАТОЛОГИИ

Л. К. Хохлов, В. И. Горохов  
(Ярославль)

Понимание органического психического расстройства остаётся неоднозначным. В настоящее время противостоят друг другу 2 точки зрения. Одна (традиционная): органическое расстройство обусловлено деструктивным церебральным поражением, характерны локальность и стойкость психопатологии. Другая (получившая отражение в МКБ-10): это результат действия различных “органических”, непсихологических факторов (в т.ч. системных заболеваний, интоксикаций), необязательно вызываемое церебральной деструкцией, но в конечном итоге возможно органическое церебральное поражение. Приводимое противоречие отражает клиническую действительность. Теперь расширились возможности прижизненной визуализации мозговых структур. И нередко у больных с психическими нарушениями, казалось бы, неорганического плана выявляются органические изменения в зонах головного мозга, поражение которых теоретически может быть причиной данной патологии. Интерпретация этих случаев противоречива из-за недостаточной изученности психоморфологических корреляций, отношений экзогенного и эндогенного, несовершенства нозографии, возможности коморбидности. Положение с дифференциальной диагностикой осложняется тем, что различные собственно психоорганические состояния могут иметь транзиторное течение (особенно при современной терапии). Диагностике здесь может помочь характер выхода из тяжёлого состояния, своеобразия смены синдромов. Например, при внешне благоприятном исходе корсаковского синдрома и глобальной амне-

зии могут выявиться когнитивные, и личностные органические нарушения. С другой стороны при нейролептической терапии и при эндогенно-процессуальных заболеваниях может появляться органичность. Очевидно, что дальнейшее совершенствование методов исследования будет способствовать устранению существующих трудностей.

#### КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В КИСЛОВОДСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

М. П. Чекалова, А. К. Зиньковский  
(Кисловодск, Тверь)

Цель настоящей работы – проведение анализа распространённости больных эпилепсией в г. Кисловодске с 2000 по 2009 годы. Материалом для исследования послужили данные статистической отчетности распространённости больных эпилепсией за 2000–2009 годы (на 100 тысяч населения). Анализ показал, что за 10 лет соответственно распространённость больных эпилепсией составила: 48,1; 57,01; 69,5; 84,7; 92,1; 110,1; 126,7; 143,8; 165,2; 187,7. Из этого следует, что за указанные годы рост эпилепсии в г. Кисловодске увеличился в 3,9 раза ( $p < 0,05$ ). При этом первичная заболеваемость составила: 15,8; 17,3; 25,4; 17,1; 26,7; 26,9; 28,3; 29,1; 28,9; 36,9. Анализ указанных данных свидетельствует, что темпы прироста первичной заболеваемости по эпилепсии возрос в 2,3 раза ( $p < 0,05$ ). Рост больных эпилепсией мужчин выше в 3,8 раза, а женщин в 3,5 раз ( $p < 0,01$ ). Отмечается значительный рост эпилепсии в подростковой группе: в 5,4 ( $p < 0,001$ ), детей и подростков 8,5 ( $p < 0,001$ ) за указанные годы. Основная группа больных эпилепсией наблюдалась в возрасте до 19 лет, до 20–29 лет, до 30–39 лет. Консультативно-лечебная помощь за указанные годы в целом возросла в 1,9 раз, а у подростков в 3,7 ( $p < 0,001$ ). Специальный анализ инвалидизации больных эпилепсией в целом выявил их увеличение в 1,6 раза, а среди детей и подростков в 2,2 раза ( $p < 0,05$ ). Результаты исследования свидетельствуют, что в г. Кисловодске отсутствует эпилептологический кабинет, больные эпилепсией не выделены из общего приема, нет системы профессионального взаимодействия между психиатрами и неврологами. В связи с этим требуется коренное преобразование психиатрической помощи больным эпилепсией в г. Кисловодске – создание высокопрофессиональной эпилептологической службы.

#### НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

З. В. Черняк, Н. Н. Полонская  
(Москва)

У 55 больных с криптогенной фокальной эпилепсией (средний возраст 32,2 лет), и 21 – с генерализованными формами эпилепсии (средний возраст 21,5

лет) оценивалась взаимосвязь клинических, электрофизиологических и нейропсихологических параметров. Методы исследования: клиничко-неврологический, ЭЭГ, качественный анализ когнитивных функций по методу А.Р. Лурия, краткая шкалы оценки психического статуса (КШОПС), батарея тестов для оценки лобной дисфункции (БТЛД), шкала личностной и реактивной тревоги Спилбергера.

Качественный анализ когнитивных функций показал, что при височной эпилепсии с левосторонним очагом чаще страдали речь и слухоречевая память: снижение словарного запаса, вербальные парафазии, что связано не только с нарушением процессов запоминания, но и следствием аномии по типу элементов амнестической афазии. При поражении правой височной области преобладали зрительные и зрительно-пространственные нарушения в сфере гнозиса и памяти. При генерализованных формах отмечено снижение функции контроля и регуляции произвольной деятельности, что свидетельствует о преимущественной дисфункции передних отделов мозга. Значимое влияние на результаты выполнения нейропсихологических тестов оказывали: возраст пациентов, длительность заболевания, наличие в межприступной ЭЭГ диффузных изменений электрической активности мозга, билатерально-синхронная патологическая активность, очаговая и диффузная эпилептиформная активность. По данным КШОПС в группе фокальных эпилепсий средний балл составил 28,8, по БТЛД – 16,9, в группе генерализованных – КШОПС – 29,1, БТЛД – 16,2, что соответствует легким когнитивным нарушениям. Эмоциональные нарушения характеризовались повышением реактивной и личностной тревоги. Увеличение уровня реактивной тревоги коррелировало с большей частотой приступов.

## АГРЕССИЯ И СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В. Ю. Шестаков, К. А. Зиньковский  
(Тверь)

Целью работы явился анализ данных об асоциальных действиях у больных эпилепсией г. Твери за период с 1998–2008 гг. С помощью клиничко-психопатологического метода был изучен контингент больных эпилепсией (54 человека) в возрасте 18–35 лет, состоящих на диспансерном наблюдении проходивших амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу. Анализ частоты и структуры асоциальных проявлений показал, что у больных эпилепсией на первом месте по частоте совершения ООД были кражи и хищения у 37 (68,5%), на втором – хулиганские действия – у 12 (22,2%) и на третьем – нанесение тяжких телесных повреждений и убийства – 5 (9,3%) человек. Невменяемыми, на момент совершения правонарушения, были признаны 4 (7,4%) исследуемых больных. Подавляющее большинство больных составили лица мужского пола (87%) в возрасте от 18 до 30 лет – 73%. При изучении социального функционирования было установлено, что 17 (31,5%) имели среднее специальное образование, не имели профессии – 31 (57,4%), состояли в браке – 12 (22,2%), были трудоустроены – 7 (12,9%) больных, группу инвалидности имели 6 (11,1%). Течение эпилепсииотягощено развитием хронического алкоголизма у 34 (62,9%), наркомании у 2 (3,7%) человек. На момент совершения правонарушения в состоянии алкогольного опьянения находились 42 (77,7%); 12 (22,2%) совершили ООД повторно. Результаты работы указывают на необходимость совершенствования организации психиатрической помощи больным эпилепсией, склонных к совершению ООД. В частности, требуется максимальное укрепление и развитие реабилитационного и социо-терапевтического направления в работе участковых психиатров ОПНД по профилактике ООД больных эпилепсией, а также повышение уровня профессиональной подготовки врачей-психиатров в области эпилептологии и судебной психиатрии.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

### ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В. А. Абабков

(Санкт-Петербург)

В современной психотерапии отмечается отчетливая тенденция к созданию форм и методов психотерапии, направленных на психологическую помощь при определенной патологии (психотерапия депрессий, фобических расстройств и т.п.). Такая психотерапевтическая тенденция определяется как более экономичная и эффективная по сравнению с более ранними попытками создания универсальных форм и методов психотерапии. Вместе с тем и нозологически ориентированная психотерапия не всегда достигает своих целей (общая эффективность практически не превышает 2/3 случаев). Вероятным вариантом дальнейшего повышения эффективности психотерапии может быть персонифицированная психотерапия.

Персонифицированная психотерапия опирается не только на теоретические и методологические достижения научной психотерапии, учитывает клинические (нозологические, симптоматические) показатели больного и влияние на него и процесс психотерапии социального окружения, но прежде всего принимает во внимание индивидуально-психологические характеристики пациента (систему ценностей, уровень культуры, мотивацию, интер- и интра-персональные отношения, убеждения и др.). Такое направление психотерапии требует высокой квалификации психотерапевта в области психиатрии и клинической психологии для определения оптимальных форм, методов и техник психотерапии. Поскольку один психотерапевт не обладает квалифицированными навыками во многих областях психотерапии, то практическая реализация персонифицированной психотерапии нуждается в тесном профессиональном общении специалистов. Это требует и особой организации психотерапевтической службы.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОГНИТИВНЫХ МЕТОДОВ В КОНСУЛЬТАЦИИ ПРОБЛЕМНЫХ СЕМЕЙ

Л. Н. Авдеенок, В. Я. Семке

(Томск)

Семейный кризис снижает качество жизни проблемных семей. У членов семьи появляется тревога, фиксированность на проблемной семейной ситуации, драматизация имеющих проблему, что усложняло проведение семейного консультирования. Целью когнитивной терапии является исправление неадекватных когнитивных. Когнитивные методы психокоррекции показаны пациентам с высоким интеллектом, способными к самонаблюдению и анализу. Пациент должен понять базисное положение о зависимости эмоций от мышления. На первом этапе происходит

идентификация проблем и их причин. На последующих занятиях происходит вербализация неадаптивных когнитивных, искажающих реальную ситуацию. Членам семьи предлагается сосредоточиться на мыслях, вызывающих дискомфорт в проблемной ситуации. Неадаптивные мысли, как правило, носят характер автоматических мыслей. Они возникают спонтанно на фоне сложной семейной ситуации, всегда имеют характер правдоподобных, не подвергаемых сомнению. Сфокусировавшись на них, пациенты могут распознать их и зафиксировать. Осознание неадаптивных мыслей помогает в развитии личностного роста. Снижение воздействия негативных мыслей формирует у пациентов навык видеть в них гипотезы, а не факты. В процессе анализа становится более ясным путь искажения восприятия проблемной семейной ситуации. Следующий этап – создание семейных правил, которые должны учитывать реальную семейную ситуацию. Правила формулируются с учетом интересов членов семьи. Если супруги ориентированы на сохранение семьи и выполняют семейные правила, то они больше начинают понимать друг друга. Эти позиции подтверждаются в работах К. Хорни, которая подчеркивала влияние неправильной интерпретацией проблемы на формирование невроза. Таким образом, осознание разрушающего мышления и формирование нового способствует снижению невротических проявлений.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ И СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ТОМСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ

М. М. Аксенов, В. Я. Семке, В. А. Постоева

(Томск)

Быстрое изменение социальной среды заставляет человека искать новые формы и алгоритмы поведения, позволяющие выжить в новой сложной ситуации, адаптироваться к ней, используя при этом свой прошлый жизненный опыт, умственные способности, творческий потенциал, активность и инициативность. Социально-экономическая ситуация нестабильна в студенческой среде, что делает еще более актуальным изучение совладания с трудными жизненными ситуациями у современной молодежи. В исследовании участвовали студенты педагогических ВУЗов, третьего курса, возраст 20–21 год, в количестве 32 человек (28 девушек и 4 юноши). У большинства испытуемых получены высокие показатели по факторам оценки, силы, активности, что свидетельствует о высоком уровне развития таких личностных качеств, как самоуважение, принятие себя как личности, о положительном восприятии другого человека, о развитости волевых сторон личности, об уверенности в себе и склон-

ности рассчитывать на собственные силы в трудных жизненных ситуациях. Наряду с этим, были выявлены и достаточно низкие показатели по факторам, указывающие на критическое отношение человека к самому себе, его неудовлетворенность собственным поведением, на недостаточный уровень принятия себя, на астенизацию и тревожность. Благодаря методике на определение локуса контроля было установлено, что значительная часть испытуемых – 44% – имеют интернальную направленность личности. Студенты с внутренним (интернальным) локусом контроля проявляют большую когнитивную активность, более эффективно преодолевают стресс, чем “экстерналы”. В результате проведенного исследования было установлено, что такие личностные особенности студента, как активность, сила личности, самооценка и локус контроля оказывают влияние на выбор копинг-стратегии в стрессовой ситуации.

**ПРИМЕНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ  
ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ  
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ  
СТАЦИОНАРА**

Е. А. Алкеева-Костычева  
(Москва)

Целью данного исследования явилось изучение применения краткосрочной психодинамической психотерапии (К.п.п) в клинике пограничных состояний у больных с непсихотическими психическими расстройствами. Предварительно было обследовано 90 больных женского пола в возрасте от 20 до 60 лет, проходивших лечение в специализированной “Клинике неврозов”, у которых были диагностированы по МКБ-10 депрессивный эпизод легкой, средней степени, дистимия, рекуррентное депрессивное расстройство легкой, средней степени, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, паническое расстройство, обсессивно-компульсивные расстройства, расстройства адаптации. Использовались клиничко-психопатологический и психологический методы, в том числе структурированный метод интервью, фокусирующий внимание на тех или иных аспектах психодинамического диагноза. Критерии отбора: наличие фокального конфликта чаще эдиповой природы или потеря любимого объекта, высокая мотивация, наличие опыта как минимум одних значимых взаимоотношений, способность рефлексировать чувства и конструктивная реакция на пробную интерпретацию. Было отобрано 48 больных, которым проводилась К.п.п. (10–12 сеансов с интенсивностью 1–2 раза в неделю) в сочетании с медикаментозной терапией антидепрессантом и низкодозированными дозами транквилизатора. Целью К.п.п. было исследование возможностей поведенческих изменений в фокусированной области внутреннего конфлик-

та, ведущий стратегический принцип – выделение и переработка фокального конфликта. У 58% больных в результате терапии удалось переработать фокальный конфликт. Больные субъективно оценивали свое состояние как улучшение. У 22% пациентов не было динамики психопатологической симптоматики или поведенческих изменений, соматическим проявлениям уделялось больше внимания при невозможности мыслить в терминах чувств. У части больных (20%) симптомы заболевания, с которыми больной поступил в клинику, усилились в процессе психотерапии, но удалось сфокусировать внимание этих пациентов на понимании актуальной ситуации как конфликтных отражений в прошлом и связать усиление симптомов заболевания (таких, как тревога) с внутренним фокальным конфликтом и необходимостью дальнейшей работы с ним.

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ЗАЩИТЫ БОЛЬНЫХ ДИСТИМИЕЙ С  
ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА**

М. А. Андросова, Е. Ю. Антохин  
(Оренбург)

Актуальность исследования связана с увеличением количества людей с избытком массы тела, при этом нередко имеется коморбидность данной патологии с депрессией. Цель работы: определение структуры психологической защиты (ПЗ) у больных дистимией с избытком массы тела. Обследовано 60 больных дистимией из них 30 человек с избытком массы тела и 30 с нормативным весом. Методы: психопатологический (шкала SCL-90-R), патопсихологический (опросники SBAK и FKBS – диагностика психологической защиты), статистический (критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ r-Спирмена). Установлено, у больных дистимией с избытком массы тела ведущими являются ПЗ по типу “обращение против себя”, “аутоагрессия”, “мазохизм” ( $r$  0,85), выражена интерперсональная сензитивность с самоосуждением, чувством неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии, склонность к рефлексии, пониженная самооценка с пессимистической оценкой будущего. У пациентов с избытком массы тела выше показатели враждебности, подозрительности к окружающим, сопряженные с ПЗ по типу “обращение против объекта” ( $r$  0,77), “проекция” ( $r$  0,72), “обращение против себя” ( $r$  0,87). Таким образом, у больных дистимией с избытком массы тела установлены бессознательные тенденции к самоосуждению, а чувство собственной неполноценности заставляет их “символически” наказывать себя (“мазохизм”) постоянным перееданием. При этом нарастает враждебность и агрессия с одной стороны по отношению к себе (недовольство своим весом), а с другой стороны перенос аутоагрессии на окружающих (садистические тенденции) с попытками “делегирования вины” за лишний вес на близких (дисфорический тип дистимии).

## АНАЛИЗ ЛИЧНОГО ОПЫТА КАК СПОСОБ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА ПСИХОТЕРАПЕВТА

А. И. Аппенянский  
(Москва)

Рассматриваются вопросы использования личного жизненного опыта специалиста-психотерапевта как база профессионального становления и роста. В данном докладе приводятся факты из жизни психотерапевта, относящиеся к социальной жизни во время кризиса начала 90-х годов и социального развития последнего периода, за наблюдениями врача за течение у него самого заболевания в виде нарушения мозгового кровообращения. Приводятся способы преодоления и самокоррекции врачом сопутствующих этим случаям психосоциальных коллизий и психотравм, приводятся способы преодоления этих дезадаптаций. Приводим одно из таких самонаблюдений одного из московских врачей-психотерапевтов, посвященное медицинскому междисциплинарному фактору при депрессии:

“Как-то около двух лет назад я испытывал на протяжении длительного времени существенное снижение настроения, раздражительность. Помимо этого меня беспокоила постоянная изжога, чувствительность к той пище, которая ранее была привычной и приемлемой – до необходимости извергнуть съеденную пищу. После года такого дискомфорта однажды утром при дефекации я обнаружил у себя мелену. При гастроскопии была обнаружена кровоточащая язва луковицы 12-кишки. Я отказался от предложенного хирургического лечения, прошел интенсивное лечение препаратами, регулирующими образование соляной кислоты в слизистой, антибиотиками (на гелиобактер), алмагелем. Изжога сразу исчезла, а через 2 недели при повторной гастроскопии язва уже зарубцевалась. 2 года без рецидива и изжоги, и депрессии. У меня появилась такая мысль: так ли уж психосоматична язвенная болезнь? Не стоит ли иногда и о микробах вспоминать?”

## ПСИХОТЕРАПИЯ БЛИЗКИМ ПОСТРАДАВШИХ В ПЕРМИ, ПРИ ВЗРЫВАХ В МЕТРО И ПРИ КРУШЕНИИ САМОЛЕТА ПОД СМОЛЕНСКОМ (КОНЕЦ 2009 – НАЧАЛО 2010 ГОДОВ)

Л. В. Бабушкина, М. В. Мищенко,  
В. А. Романовский, А. Ю. Бойко,  
А. И. Аппенянский, Ю. П. Бойко, Н. Е. Кыров  
(Москва)

В работе с родными и близкими пострадавших из Перми приняли участие врачи-психотерапевты и медпсихологи ГПП№223 (20 чел.), МНИИ психиатрии (7 чел.), 2-х московских ПНД и НД (2 чел.), ДГП№37 (1 чел.), МОПБ№5 (Хотьково) – 1 чел. Психотерапевтическая и медико-психологическая помощь оказывалась родным и близким пострадавших в приемных отделениях НИИ им-

.Н.В.Склифосовского и ГБ№36, а также в гостиницах, где эти родные и близкие пострадавших проживали. Работа шла 3 смены (9–15 час, 15–21 час, 21–9 час.) с 6 декабря 2009 года по 10 января 2010 года. Общие трудозатраты свыше 1400 часов. В общей работе приняли также участие специалисты Московской службы психологической помощи населению.

В начале 2010 года мы участвовали в оказании помощи пострадавшим от взрывов на станциях “Лубянка” и “Парк культуры”, работа была сосредоточена в московских больницах, куда были госпитализированы пострадавшие, а также в моргах, где проводились траурные мероприятия по погибшим.

10 апреля 2010 года мы были экстренно мобилизованы для психотерапевтического и медико-психологического обеспечения мероприятий по опознанию жертв авиакатастрофы польского самолета под Смоленском. Работа проходила круглосуточно в одной из московских гостиниц, где проживали прибывшие в Москву родные и близкие погибших, в Бюро судебно-медицинской экспертизы, где проводились следственные действия по опознанию погибших. В морге дежурства бригады специалистов (психотерапевтов и медпсихологов) продолжались с 8 часов утра до 23 часов – часа ночи. Содержание работы сводилось здесь к активному наблюдению и оказанию помощи нуждающимся (в гостинице и в зале ожидания морга), при проведении опознания и в траурном зале морга.

Наряду с медицинскими, была выполнена задача показать пострадавшим, что наша страна и наши люди им сердечно сочувствуют и готовы оказать им всемерную помощь и поддержку, в том числе медицинскую, включая и психотерапевтическую. Здесь в еще более полном виде была использована тактика, впервые испытанная при оказании помощи детям из Беслана, пострадавшим при пожаре в Перми – максимальное внимание, помощь и сочувствие страдающим людям, да еще и “вырванным” из привычной среды проживания.

## РОЛЬ ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В СТАНОВЛЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ КАК НАУЧНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

В. С. Баранов, Д. В. Романов, Г. Н. Носачев,  
Д. А. Смирнова  
(Самара)

В современной системе медицинских знаний психотерапия рассматривается, в первую очередь, как метод лечения пациентов, страдающих психическими и соматическими расстройствами. Психотерапевтический метод также обладает исследовательским потенциалом, позволяющим детально изучать клинические проявления расстройств и психогенные аспекты патогенеза.

Осмысление знаний, накопленных в психотерапевтической практике, разработка различных аспектов методологии психотерапии, изучение языка психотерапии на

примере структурного психоанализа и эриксоновского гипноза, попытки создания интегративных моделей с отказом от эклектики и выбором в пользу синтеза направлений и подходов, основанных на доказательствах исследования эффективности психотерапии, позволяют говорить о формировании психотерапии и как научной дисциплины. При этом следует учитывать специфику психотерапевтического метода, стержневой составляющей всех аспектов которого является коммуникация.

Психотерапия – это, прежде всего, языковой метод, где язык – диагностический и терапевтический инструмент одновременно. Через речевые механизмы, с позиций номинализма и психосемантики, формируются понятия о симптомах, определяется их семантогенез, выявляются мишени и осуществляются терапевтические интервенции. В связи с этим можно говорить о том, что психолингвистика с ее прицелом на детальное изучение речи в психотерапевтической коммуникации открывает дополнительные перспективы и укрепляет методологическую базу психотерапии как научной отрасли.

#### **НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ**

В. С. Баранов, Д. В. Романов  
(Самара)

Актуальной проблемой психотерапии является исследование возможностей создания интегративной модели психотерапии (ИМП). Также распространена точка зрения, согласно которой даже базовые направления психотерапии никогда не могут быть интегрированы. Такого рода предубеждения, поддержанные тенденцией дробления психотерапевтических направлений и разделения метода на “медицинскую” и “психологическую” ветвь, создают условия для воспроизведения ошибок внутри изолированных направлений, ограничению распространения клинического опыта и теоретических знаний. Решение проблемы создания ИМП представляется возможным при условии привлечения научно обоснованных общемедицинских, физиологических, психофизиологических и психологических концепций, доказавших свою теоретическую и практическую ценность на общемировом уровне. Перспективным является рассмотрение личности с позиций биопсихосоциального единства (ВОЗ), использование физиологических теорий И.П.Павлова и П.К.Анохина, продолженных работами К.В.Судакова, Е.А.Умрюхина; привлечение базовых положений работ З.Фрейда о строении психического аппарата, отношениях сознательного и бессознательного, роли защитных механизмов, фазоспецифических конфликтах и способах их разрешения. Современные психодинамические теории объектных отношений, “ресоциализовавшие” психоанализ, дают возможность понимания структуры и развития процесса психотерапии, частично воспроизводящего ранний социальный опыт индивида. Представления о внутренней картине болезни (А.Гольдшейдер,

А.Р.Лурия, В.М.Смирнов, Т.Н.Резникова) позволяют моделировать субъективный опыт пациента и конкретизировать мишени для психотерапевтической интервенции. Предлагаемый перечень базовых концепций, пригодных для формирования ИМП, конечно, далек от завершенности и требует всестороннего обсуждения.

#### **ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ УРОВНЕВОЙ МОДЕЛИ БАЗАЛЬНОЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ**

М. К. Бардышевская  
(Москва)

Базальная эмоциональная регуляция определяется нами как система базальных аффектов и распознающих, моделирующих и упорядочивающих эти аффекты психических образований и процессов, протекающих на разных уровнях самоорганизации индивида, с целью обеспечения оптимального психического тонуса, активности и адаптации индивида к актуальным аффективным нагрузкам и задачам психического развития. Уровневая модель эмоциональной регуляции впервые была разработана междисциплинарной командой ученых и практиков на материале исследования психического развития детей с ранним детским аутизмом с опорой на идеи Н.А.Бернштейна об уровне организации движений (Лебединский, Никольская и др., 1990.). В дальнейшем в модель были интегрированы, с одной стороны, некоторые философские и культурологические идеи (Никольская, 2000), с другой стороны, некоторые положения современных теорий развития, теории привязанности и психоаналитические идеи о развитии символической активности (Лебединский, Бардышевская, 2002, Бардышевская, Лебединский, 2003). В цикле диссертаций и дипломных работ, выполненных на факультете психологии МГУ, эта модель была опробована в исследованиях детей с расстройствами аутистического спектра, психической депривацией, аффективными расстройствами, нарушениями привязанности, нарушениями поведения и влечений. Представляются перспективными следующие направления разработки данной модели: 1. Исследование не только развития способов регуляции базального аффекта, но и развития самих базальных аффектов, а также архаических комплексных психических образований (элементарных форм поведения: поведения при кормлении, освоении территории и пр.; невербальной коммуникации; психосоматических форм реагирования; элементарных форм символической активности; ядерных образований личности ребенка). 2. Исследование вариантов взаимодействия базальных систем эмоциональной регуляции ребенка и близких людей в норме и патологии. 3. Изучение типологии и индивидуальных различий развития базальной эмоциональной регуляции в норме и патологии. 4. Исследование современных способов социализации базальных аффектов и архаических психических образований, их “встраивания” в зрелую лич-



ность, их связей с социальным интеллектом и социальной компетентностью. 5. Совершенствование метода исследования за счет стандартизованного анализа видеозаписей материалов наблюдений и развития эксперимента с варьированием аффективных нагрузок.

#### ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИЕМНОЙ СЕМЬИ

М. В. Белоусова, М. А. Шмакова  
(Казань)

На фоне увеличившегося числа приемных семей требуется выработать систему мер по психологическому сопровождению и оказанию профессиональной помощи семье при возникновении проблем. В исследовании приняли участие 20 семей с приемными детьми, включенными в проект в рамках программы «Психологическое сопровождение детско-родительских отношений в ситуации усыновления» (центр «Золотая осень» г. Лаишево) и 32 семьи, имеющие приемных детей, обратившиеся к психотерапевту в условиях амбулаторного приема. Возраст детей, – кровных и приемных, – участвовавших в исследовании варьировал от 6 до 16 лет. Стаж проживания детей в семьях от 10 мес. до 4 лет. Стаж наблюдения за семьями варьировал от 1 года до 3,5 лет. У детей, участвовавших в исследовании, степень выраженности органического или психопатологического фона были различными. Преобладали: симптомы органического поражения головного мозга (перинатального генеза), проявления эмоциональной, сенсорной, социальной депривации, последствия патологического влияния социального окружения и внутрисемейной обстановки. Психологическое сопровождение детско-родительских отношений в приемной семье выявило «закрытость» вновь созданной семейной системы, наблюдающуюся практически во всех семьях. Отмечалась и «закрытость» приемных родителей, расценивающих беседу с психотерапевтом как оценку их родительской компетентности, и скрытность детей, нежелание обсуждать свои проблемы с психотерапевтом, что объяснялось их опасениями вновь оказаться в детском доме, в случае, если приемные родители узнают об их «жалобах». Выявляемые в процессе семейного консультирования, индивидуальных и групповых занятий с детьми, при проведении детско-родительских краткосрочных групп эмоциональные, коммуникативные, поведенческие, личностные, внутрисемейные проблемы, наиболее остро выраженные в диаде «приемный ребенок – кровный ребенок» требовали помощи психолога, психотерапевта. Результаты проведенного исследования подтверждают необходимость проведения базовых обучающих программ для родителей и членов их семей и краткосрочные совместные семинары – тренинги с участием приемных, кровных детей и родителей.

#### ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ: ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

А. Ю. Березанцев, С. В. Стражев,  
Л. И. Монасыпова  
(Москва)

**С целью** изучения взаимосвязи параметров психического здоровья и качества жизни женщин со злокачественной патологией репродуктивной системы и возможностей психотерапевтического вмешательства были обследованы 155 пациенток в возрасте от 28 до 69 лет (110 с раком молочной железы и 45 с гинекологической онкопатологией). В работе использованы опросники, позволяющие уточнить клинико-психопатологические, личностные характеристики пациенток, а также параметры качества жизни.

У 104 (67,1%) обследованных были выявлены психические расстройства пограничного уровня, у 51 (32,9%) – донозологические симптомокомплексы. Исследование особенностей психологических копинг-стратегий и личностных защит выявило несостоятельность механизмов сознательных конструктивных механизмов преодоления стресса у большинства пациенток. Отмечена обратная корреляция между выраженностью психопатологической симптоматики (тревоги, депрессии по шкале Гамильтона, астении по Шкале Астенического состояния) и результатами по Опроснику Качества Жизни. Были определены варианты соотношений между субъективной оценкой качества жизни и показателями социального функционирования. Прошли психотерапию в формате групповой и индивидуальной универсальной гипнотерапии по Р.Д. Тукаеву 45 пациенток. Психотерапию в формате индивидуальной когнитивно-бихевиоральной терапии прошли 15 пациенток.

После проведения гипнотерапии отмечено улучшение субъективного качества жизни в среднем на 5,7 балла (19%). После проведения когнитивно-бихевиоральной психотерапии показатели качества жизни увеличились в среднем на 5,6 (18,6%). Динамика психического статуса и показателей качества жизни в процессе психотерапии свидетельствует об эффективности психотерапевтического вмешательства при пограничных психических расстройствах у пациенток со злокачественной онкологической патологией репродуктивной системы.

## ОБ УСТОЙЧИВОЙ ПОЗИЦИИ ГИПНОПСИХОТЕРАПИИ В РОССИЙСКОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. Н. Блинков, Д. А. Смирнова  
(Москва)

Метаанализ исследований эффективности психотерапии (К. Grave, 1994) определил когнитивно-поведенческий подход как наиболее эффективный, а психоанализ как приемлемый для использования. Другие направления были объявлены как научно не доказанные, не рекомендуемые к применению в качестве самостоятельных, и даже как альтернативная практика. Следует заметить, что метаанализ рассматривал 452 исследования когнитивно-поведенческих методов и лишь 19 – гипнотерапии. В то же время исследования по типу единичного случая и серии клинических наблюдений продолжают обозначать эффективность разных подходов.

Практика в РФ демонстрирует широкое применение новых гипнотехнологий и актуальность запроса пациентов на суггестивные техники. Эриксоновский гипноз, НЛП, ДНЕ зарегистрированы как официально разрешенные направления, востребованы в долгосрочных программах обучения и циклах усовершенствования. Данные факты не могут быть оставлены без внимания и рефлексии.

Хотя метаанализ заложил активное отрицание гипноза у ряда специалистов, Consume reports (1990) подтвердил, что “никакой из методов не имеет преимуществ” и “все методы психотерапии связаны с явлением суггестии”, что указывает на правомерность и гипотетическую эффективность гипнотерапии.

Превазирование в российской ментальности гедонистических, коммуникативных и альтруистических ценностей над когнитивными, а также сложившиеся традиционно мифы магического мышления и феномен веры создают базу для запроса оказания помощи “быстро, здесь и сейчас”, “в преодолении проблем, а не в обнаружении скрытых мотивов”, реализации которого способствует гипнотерапия, определяющая свой контингент пациентов и свои мишени воздействия.

## ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

В. И. Бородин, Н. В. Рейхель  
(Москва)

**Цель:** Оценка эффективности и переносимости комплексного лечения с использованием групповой психотерапии у женщин с параноидной шизофренией в условиях стационара.

**Материалы и методы:** Обследованы 42 женщины – больные параноидной шизофренией, в возрасте от 20 до 45 лет, на этапе становления лекарственной ремис-

сии. Основную группу составили пациентки, получавшие комплексное лечение в виде сочетания стандартной антипсихотической фармакотерапии и краткосрочной групповой психотерапии (12 человек, 10 сеансов); контрольную – больные, получавшие те же антипсихотические препараты в виде монотерапии (30 человек). Методы исследования: клинико-психопатологический, шкала PANSS, шкала CGI, шкала HDRS-17, шкала самооценки депрессии Бэка, методика запоминания 10 чисел, тест Равена.

**Результаты:** У пациенток основной группы, проходивших групповую психотерапию, по сравнению с контрольной группой, снижение уровня тревожности и эмоциональной напряженности было заметно более выраженным. Также у них отмечалось более выраженное улучшение памяти на текущие события, концентрации внимания и более адекватное отношение к своему заболеванию. Кроме того, для больных основной группы была характерна меньшая выраженность нейролептического тремора.

**Выводы:** Групповая психотерапия в структуре комплексного лечения страдающих параноидной шизофренией женщин способствует улучшению переносимости медикаментозной терапии, снижению тревожности и эмоциональной напряженности, улучшению критики, а также ряда показателей памяти и внимания, что позволяет достичь более высокого уровня качества жизни, социального функционирования больных и, в итоге, сокращения сроков их госпитализации.

## К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КОНТАКТА

И. В. Бубнова  
(Санкт-Петербург)

Большое влияние на успешность психотерапии оказывают взаимоотношения между пациентом и психотерапевтом. Они рассматриваются как один из наиболее значимых общих факторов психотерапии, однако традиционно трудны для качественного и количественного анализа. В Институте им. В.М. Бехтерева было проведено специальное исследование особенностей психотерапевтического контакта в диаде “психотерапевт-пациент” с целью изучения особенностей психотерапевтического контакта и его влияние на результаты психотерапии. Проводилось исследование качественных и количественных характеристик психотерапевтического контакта в форме эмоциональной (врач и пациент независимо друг от друга определяли наиболее выраженные чувства, которые проявлял пациент в процессе психотерапии), когнитивной (SCL-90) и поведенческой (Копинг-тест Лазаруса) согласованности психотерапевта и пациента в процессе психотерапии. Всего было изучено 100 диад “психотерапевт-пациент” на различных этапах краткосрочного психотерапевтического процесса.

По результатам проведенного исследования гипотеза о том, что большая согласованность в психотерапевтическом контакте соответствует большей эффективности психотерапевтического сопровождения больных неврологическими расстройствами подтвердилась только частично (изучалась срезом опросником невротизма Александрича).

Изучение согласованности представлений психотерапевтов и пациентов о психологических характеристиках пациентов показало, что наименьшая согласованность представлений психотерапевта и пациента на начальном этапе психотерапии наблюдалась в когнитивной сфере, позитивная динамика согласованности в эмоциональной сфере была связана с большей эффективностью психотерапевтического случая, а поведенческая согласованность увеличивалась лишь на отдаленных этапах психотерапии.

#### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ТЕРАПИИ ТВОРЧЕСКИМ САМОВЫРАЖЕНИЕМ (М. БУРНО) – ТТСБ – ПРИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ**

**М. Е. Бурно**  
(Москва)

Суть ТТСБ – в попытках помочь человеку, переживающему личностную неполноценность, почувствовать себя более собою, по возможности опираясь на глубинные основы своей индивидуальности. Сосудистое слабоумие отличается лакунарностью: среди крайней забывчивости, рассеянности, слабодушия, высокой истошаемости, бестолковости, недержания аффектов, тугоподвижности мышления, внимания относительно сохранно ядро личности – переживание, хотя бы смутное, своей несостоятельности, беспомощности (Бинсвангер Л. 1907, Гуревич М.О. 1949). Здесь возможно оценивать себя и другое своей сравнительно сохранившейся эмоциональной индивидуальностью, оживляющейся при этом. Элементарные приёмы, помогающие оценивать своё отношение к миру – например, сравнение картин двух разных по характеру художников, двух не похожих друг на друга цветков в горшках и т.п. «Работающая» в творческом выборе глубинная индивидуальность дарит больному хотя бы искры вдохновения. Убеждался в этом время от времени в амбулатории, в стационаре, в жизни. Такого рода помощь видится отчётливее, когда: 1) налицо тревожно-депрессивное переживание своей дементно-сосудистой беспомощности; 2) когда сравнивается дорогое, любимое в прежней жизни, особенно с детства (например, картинки из давней детской книжки, портрет бабушки); 3) больной был душевно богат в прошлом.

Дементно-сосудистый Карл Линней после нескольких уже «ударов» не помнил, как его зовут, не мог говорить и двигаться. Но когда удавалось ему увидеть любимый цветок, «его угасшие черты оживлялись, замолкшие уста освежала тихая улыбка» (Корсунская В.М., 1984).

Подобные несложные приёмы просветления качества душевной жизни, должны использоваться в помощи больным с сосудистой деменцией.

#### **О КОГНИТИВНОМ СОДЕРЖАНИИ “СУБЪЕКТИВНО-НЕУМЕСТНЫХ” ЭМОЦИЙ**

**А. М. Бурно**  
(Москва)

Предлагаемое сообщение основывается на опыте психотерапевтической работы с пациентами клиники неврозов. В терапевтические группы отбирались пациенты, предъявляющие жалобы на субъективно избыточное эмоциональное реагирование. Используемая терапевтическая модель выглядит следующим образом. Центральным “иррациональным суждением” наших пациентов является неадекватное представление о собственных наличных возможностях. Как следствие, возникает требование к себе совершить невыполнимое здесь и сейчас действие, создается внутреннее усилие, не имеющее конкретного алгоритма реализации. Это напряжение, таким образом, не может “разрядиться” в действии. Субъективно оно ощущается как “избыточная” эмоциональная реакция, нередко “самодеструктивного” характера. Суть “купирующей” терапевтической интервенции заключается в том, чтобы помочь пациенту ясно осознать действительную невозможность выполнения предъявляемых к себе требований. Задача последующей терапии – профилактика неадекватных представлений о собственных наличных возможностях. Причинами формирования этих дисфункциональных верований, помимо прочих факторов, являются: 1) неправомерные сравнения себя с людьми, обладающими другим опытом и (или) врожденными способностями; 2) неправомерные сравнения себя с самим собой в прошлом (самим собой, обладающим меньшим опытом) и (или) с самим собой, находящимся в ином психофизиологическом состоянии. Эти механизмы подробно прорабатываются в терапии. Результаты успешной работы проявляются в снижении уровня дискомфорта, в превращении “субъективно неуместной”, проблемной эмоции в эмоцию, внутренне воспринимаемую в качестве “естественной”.

#### **О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПСИХОТЕРАПИИ**

**Е. В. Вишневетская**  
(Москва)

Значительным ресурсом современной клинической психотерапии является выявление психотерапевтических мишеней эмоционально-волевой сферы и определение внутреннего психофизиологического ресурса, который будет способствовать достижению положительного результата психотерапии. Традиционно эти задачи реша-

лись клинически и психологически – с помощью клинико-психологической диагностики.

Существующие современные психофизиологические методы также могут использоваться для решения задач психотерапевтической диагностики. Однако для использования таких методов необходимо решить как минимум две задачи: 1) построение адекватной диагностической модели, описывающей генез психических и психологических функций на том уровне сложности, который могут затрагивать психотерапевтические методы, а также осуществить “перевод” психофизиологических данных в клиническую и психологическую терминологию; 2) необходимо подобрать адекватные математические модели для обработки психофизиологических характеристик и вычисления уровня выраженности тех или иных измеряемых психологических характеристик для дальнейшего сопоставления их с результатами клинических наблюдений и данных психологического обследования. Такая модель должна учитывать нелинейность взаимосвязей между различными уровнями организации психики и взаимозависимость психологических и физиологических характеристик между собой.

Для вычисления выраженности тех или иных психических функций мы применили аппарат математических моделей нейронных сетей, который в пилотажном исследовании показал высокую диагностическую чувствительность. В частности, его использование дало положительные результаты при диагностике эмоциональной компетентности детей дошкольного возраста, а также в процессе психотерапевтической работы по развитию эмоциональной компетентности у взрослых.

#### ВАЛИДАЦИЯ ОПРОСНИКА ДЕТСКОЙ ДЕПРЕССИИ (CDI) М. КОВАК

С. В. Воликова, О. Г. Калина, А. Б. Холмогорова  
(Москва)

Специалисты отмечают рост числа детей с депрессивной симптоматикой. Возникает необходимость поиска инструмента, который бы помогал своевременно выявлять депрессивные состояния у детей и подростков с целью профилактики их хронификации и предупреждения суицидальных попыток. В зарубежной психологии и психиатрии для решения этой задачи широко применяется опросник Детской депрессии (CDI) М. Kovacs. Была поставлена задача валидации этого опросника на отечественной выборке. Было обследовано 1522 школьника в возрасте от 7 до 17 лет. Описаны все необходимые процедуры валидации опросника (эксплораторный, конфирматорный факторный анализ, проверена конструктивная валидность, внутренняя согласованность и др.). На основании эксплораторного факторного анализа выделены пять факторов опросника CDI: негативное настроение, школьные проблемы, негативное самоотношение и чувство социальной исключенности, низкая самооценочность, самообесценивание (для старших

подростков последний фактор включает соматические жалобы). Конфирматорный факторный анализ показал пригодность модели из 5 факторов в русскоязычной версии опросника. Конструктивная валидность проверялась с помощью корреляционного анализа выделенных факторов опросника CDI со Шкалой личностной тревожности (А.М.Прихожан). Результаты корреляционного анализа ( $r$  Спирмена) показали, что шкалы опросников связаны друг с другом (коэффициент корреляции от 0,21 до 0,41). Как указывает М. Ковак, опросник чувствителен к изменениям состояния ребенка и его используют для определения динамики состояния на фоне лечения депрессии. В связи с этим ретестовая надежность в случае данного опросника не может быть определена в силу природы самого конструкта, диагностика которого осуществляется. Значения коэффициента внутренней согласованности  $\alpha$ -Кронбаха для отдельных шкал теста CDI составляют от 0,49 до 0,72. Эти значения свидетельствуют о недостаточной надежности отдельных подшкал опросника. Значения коэффициента  $\alpha$ -Кронбаха для интегральной шкалы, измеряющей общий уровень выраженности депрессивной симптоматики, составляют 0,83, что свидетельствует о высоком уровне надежности общих показателей. Таким образом, результаты статистических процедур показали, что наиболее надежным является общий балл опросника (общий балл депрессивности), а не показатели отдельных подшкал.

#### ФАКТОРЫ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДОМАШНИМ НАСИЛИЕМ

С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов

(Владивосток)

В спектре психосоматических и невротических расстройств у женщин значительный объем составляют расстройства, обусловленные насилием во внутрисемейных отношениях. Известно, что проявления внутрисемейного насилия имеет свои национальные и региональные отличия. Особенности провоцирующих факторов насилия в Дальневосточном регионе заключаются следующем:

1. Идет отток успешных людей с высоким уровнем адаптации, а вместе с тем много приезжих, которые не смогли укорениться на своих местах.
2. Профессиональная деятельность большей части населения тем или иным образом связана с морем. Неблагоприятные психосоциальные факторы, связанные с условиями труда, вносят свой вклад в падение морали, возникновению стрессовых ситуаций и психологических срывов.
3. Социально экономическая неустроенность и нестабильность, географическая удаленность от центральной части России.
4. Значительные социокультуральные и образовательные различия среди населения.
5. Низкое материальное положение.
6. Межнациональные и гражданские браки.

7. Алкоголизация значительной части населения региона.

Насилие при длительном воздействии приводит к снижению адаптационных возможностей организма и способствует соматической и психической патологии.

Для успешного решения всего комплекса проблем, обусловленных насилием, на наш взгляд, необходим системный подход, заключающийся в реализации программы: 1) выявлении совокупности факторов, приводящих к внутрисемейному насилию, специфики их проявления в регионе по возрастным группам женщин и другим социально-экономическим признакам, 2) разработке методики его диагностики, 3) разработке адекватной методики психопрофилактики и лечения.

### ИССЛЕДОВАНИЕ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А. П. Горлова, Г. Е. Рупчев  
(Москва)

В настоящее время артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения трудоспособного возраста. В исследованиях практически доказана связь между АГ и риском наступления деменции, отмечается, что чем раньше в течение жизни диагностируется значимое повышение АД, тем больше возможность развития когнитивных нарушений в последующем (Остроумова О.Д., 2005). При этом дискуссионной в отечественной и зарубежной литературе (Varone FS, et al., 2001; Фомин В.В., 2005; Остроумова О.Д., Корсакова Н.К., Баграмова Ю.А., 2002 и др.), остаётся проблема своевременного выявления и лечения клинически и психологически значимых когнитивных расстройств, их описание. В последнее время наблюдается омолаживание АГ. И если проблема когнитивного дефицита у пожилых больных с АГ имеет достаточное отражение в литературе (Петрова М.М., 2007; Sciacatore F., 2002), то их состояние у трудоспособных пациентов молодого возраста, страдающих АГ, практически не изучалось (Кнорпан D.S., 2003; Трубникова О.А., 2008).

Нами исследовано 90 испытуемых: 50 с ранней АГ (1–2 степени ВОЗ), средний возраст  $40 \pm 2$  лет, и 40 – здоровых добровольцев. Исследовались сферы памяти, внимания, исполнительных функций. Предварительные результаты подтверждают данные о наличии дизрегуляторного синдрома, такие как снижение регуляции произвольной деятельности (в эксперименте), нарушение формирования мотивации, выбор целей деятельности, построение программы и контроль за ее достижением (удерживание программы). Также выделяются аспекты снижения нескольких функций внимания: переключаемости, селективности и устойчивости, снижение объема оперативной и отсроченной памяти.

### СТИГМАТИЗАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О БОЛЕЗНИ

Л. Ю. Демидова, А. А. Долныкова  
(Москва)

Нами было проведено исследование отношения к психически больным людям разных профессиональных групп. Группы различались по степени теоретического и практического знакомства с психиатрией и больными. Это были недавние выпускники-экономисты (общее культуральное знание психиатрии), студенты психологи, не специализирующиеся по клинической психологии (прослушали курс психиатрии, видели больных на практикуме), студенты – клинические психологи (прослушали курс психиатрии и клинической психологии, прошли практикум и практику по клинической психологии, во время которых профессионально общались с больными). По факторам опросника “Социальные представления о психическом здоровье”, который был разработан сотрудниками НЦПЗ (Ястребов В.С., Ениколопов С.Н., Серебрянская Л.Я., Михайлова И.И., Степанова А.Ф., Балабанова В.В.) было выявлено, что люди с большей профессиональной подготовкой в области клинической психологии меньше считают необходимым контролировать и отвергать душевнобольных и реже обладают “немедицинскими” представлениями и природе психических болезней (греховность, слабая воля и пр.) и менее негативно воспринимают психиатрию по сравнению с людьми, далёкими от клинической психологии и психиатрии. Отметим, что исходно люди, совсем плохо относящиеся к психически больным, скорее всего не выберут себе специальность, с больными связанную. С другой стороны, научное знание, клиническая информация о болезни, знакомство с реальными больными, способствуют гуманистическому изменению отношения к больным людям. Возможно, постоянное обращение в “информационном поле” психиатрии, клинической психологии способствует тому, что психическая болезнь из чего-то необычного, редкого, становится знакомым явлением, до некоторой степени обыденностью. Представления о больных на основе знакомства с реальными больными людьми, такими разными, имеющими, помимо болезни, характер, чувства (нередко вызывающие сочувствие), способствуют уменьшению или исчезновению “демонизации” психической болезни. Страх психической болезни, такой непонятной, делающей человека странным, непредсказуемым, нарушающей общение, за счёт теоретических знаний и практического знакомства с реальным миром психиатрии уменьшается и снижается необходимость в действии психологических защит. Желание отвергать больного, чтобы сделать его непохожим на себя и тем самым уменьшить вероятность психической болезни у себя, уменьшается. Представления о том, что больные виноваты в возникновении болезни, необходи-

мы, чтобы надеяться, что если вести себя в соответствии с моралью, с определёнными правилами, болезнь не возникнет разбиваются о научное знание и знакомство со сложными судьбами больных людей.

### ЗНАЧЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

Ю. Т. Джангильдин, А. Л. Адамс  
(Москва)

В последние десятилетия все более актуальным становится решение вопросов доказательной оценки эффективности проводимых социотерапевтических мероприятий при психических заболеваниях. Целью настоящего исследования явилось изучение возможности использования клинико-психологических методов в оценке эффективности интегративно ориентированной психотерапии больных шизофренией в условиях дневного стационара служб психического здоровья.

В исследование было включено 100 пациентов с диагнозом шизофрении, разделенные на 2 репрезентативные группы: основная – 60 человек, получавшая психотерапию и стандартные схемы медикаментозного лечения, и контрольная – 40 человек, получавшая только психофармакотерапию. Эффективность комплексной терапии оценивалась клинико-психопатологическим и клинико-психологическим методами, с учетом показателей шкалы CGI, госпитальной шкалы тревоги и депрессии, краткого опросника субъективной оценки результатов терапии пациентами (опросник удовлетворенности лечением). Клинические результаты выявляли снижение в основной группе аутистических, аффективных и эмоционально-волевых расстройств, изменение отношения к заболеванию и перспектив лечения по сравнению с контрольной группой, где, в ряде случаев отмечалась только частичная редукция продуктивной симптоматики. По данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии по окончании лечения в основной группе выявлялась редукция баллов в 1,8 (от 1,5 до 2,5) раза, а в контрольной группе – редукция баллов в 1,4 раза (различия достоверны,  $P < 0,05$ ). По шкале общего клинического впечатления в основной группе в 18 случаях (30%) наблюдалось очень большое улучшение, большое улучшение – в 27 случаях (45%); небольшое улучшение у 15 больных (25%). Соответственно, в контрольной группе случаев очень большого улучшения не отмечено; большое улучшение отмечено в 20 случаях (50%), небольшое улучшение отмечено в 4 случаях (10%), ухудшение, послужившее причиной госпитализации, отмечено в 16 случаях (40%). Согласно опроснику удовлетворенности лечением в основной группе, по сравнению с контрольной выявлялось значительное преобладание «положительных ответов» (78% больных против 34% при  $P <$

0,05). Таким образом, необходимость комплексной оценки эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет получить более убедительные доказательства адекватности их использования в условиях дневного стационара.

### ПОВСЕДНЕВНЫЕ СТРЕССОВЫЕ СОБЫТИЯ У КЛИЕНТОВ МОСКОВСКОЙ СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (МСПП)

Е. В. Джинчарадзе, В. И. Бородин  
(Москва)

Цель: Комплексная оценка психологического дистресса и повседневных стрессовых событий (ПСС) у пациентов с психическими расстройствами, обратившихся в МСПП.

Материалы и методы: Обследованы 641 индивид, обратившихся в МСПП за период 2005-2009 гг. Использовались клинико-психологический, клинико-психопатологический методы исследования, Общий опросник здоровья (GHQ) и Опросник стрессовых событий.

**Результаты:** Из 641 индивида, обратившихся в МСПП, у 559 (87,2%) были выявлены пограничные психические расстройства, у 60 (9,4%) острые психотические состояния, а у 22 (3,4%) – расстройства связанные с наркотической и алкогольной зависимостью. По GHQ отмечен высокий уровень общего психологического дистресса – 20,29 балла, а также превышение нормальных значений по субшкалам соматических симптомов (5,39 балла – у женщин), тревоги и нарушений сна (5,53 балла), социальной дисфункции (6,28 балла); значения субшкалы выраженной депрессии не превышали нормальных значений у мужчин и женщин (3,07 и 3,29 балла).

Наиболее характерные ПСС у обследованных: супружеские конфликты (31,4%), проблемы, связанные с личным здоровьем (26,7%), возрастным кризисом (8,6%), внесемейным окружением (6,0%) и сексуальные (6,0%). Редко имели место острые стрессовые ситуации в виде тяжелых утрат (4,7%) и насилия над личностью (2,9%).

**Выводы:** Для обращающихся в МСПП характерен высокий уровень общего психологического дистресса и его основных составляющих. Наиболее индивидуально значимыми ПСС являются проблемы супружеских отношений, связанные с личным здоровьем, ближайшим окружением, а также возрастные и сексуальные.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ, ПЕРЕЖИВАЮЩИМ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОТЕРИ

И. В. Добряков  
(Санкт-Петербург)

Цель этого сообщения привлечь внимание Российского общества психиатров к женщинам, переживающим стресс, но, как правило, не получающим помощи. Пери-

натальные потери (ПП) являются психической травмой, так как вызывают переживания, имеющие длительное воздействие на психику человека (Perrez 2002; Chamberlen, 2005). Переживания ПП имеют особенности (Guidelines, 2001), обусловленные тем, что большинство окружающих не видят необходимости фасилитации проживания горя несостоявшейся матерью (Rando, 1986). Это повышает риск развития невротических реакций, тревожно-депрессивного расстройства (Brier, 1999), появления симптомов ПТСР (Gymez, 2005). В отечественной медицинской практике алгоритмов сопровождения женщины, переживающей ПП, к сожалению, нет. В странах Западной Европы и в США уже с начала 80-х годов прошлого века в стандарты оказания медицинской помощи входит детально разработанное специальное психологическое сопровождение в ситуации ПП. В остром периоде основная задача сводится к помощи в актуализации утраты и в осознании её реальности, в выражении эмоций по этому поводу. В 2006 г. МЗ РФ был издан приказ №223 "О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению РФ". Согласно этому приказу в структуру женской консультации рекомендуется включить кабинет психотерапевта (медицинского психолога). Эти специалисты, пройдя специальную подготовку, могли бы решать проблему психологического сопровождения ПП и психотерапии при осложненном переживании горя, что позволило бы повысить качество медицинского обслуживания, способствовало бы решению актуальных демографических задач, стоящих перед нашим обществом.

### **ЭТАПНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ, ОБНАРУЖИВШИМ ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

Ю. В. Дроздовский, О. В. Краля  
(Омск)

Реабилитационные меры проводились нами в отношении 139 пациентов, перенесших сочетанную травму и обнаруживших нозогенные пограничные психические расстройства (НППР), и проводились с учетом принципов дифференцированности, комплексности и поэтапности реабилитационного воздействия (Семке В.Я., Чойнов Е.Л., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н., 2008).

Задачами первого этапа являлись: знакомство с пациентом и создание доверительной атмосферы и мотивации на дальнейшую работу с врачом. На этом этапе проводился сбор анамнестических данных, изучение сведений из медицинской документации, а также осуществление диагностического обследования. На основании полученных данных оценивались личностные особенности пациента, квалифицировался тип НППР и динамика его течения, уточнялись индивидуальные особенности социально-психологического окружения, осуществлялся выбор адекватного сочетания и соотношения методов психотерапии и психофармакотерапии.

Второй этап психотерапевтической реабилитации начинался после стабилизации соматического состояния. Ведущая роль отводилась психотерапии, в ряде случаев в сочетании с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением. Проводилась индивидуальная психотерапия, направленная на снижение аффективного напряжения, и работа с индивидуально-сложной для пациента ситуацией, выработка новых форм реагирования на полученную травму и ее прогностически вероятные последствия. Основное внимание на втором этапе уделялось методикам рациональной психотерапии, а также управляемой визуализации по К.Саймонтону. Нами использовались также методики НЛП, недирективной гипнотерапии.

Третий этап являлся заключительным долгосрочным курсом реабилитации. Применялись методы психотерапии, способствовавшие поддержанию достигнутых результатов; направленные на приобретение навыков жизни в обществе, самостоятельного преодоления критических ситуаций, закрепление новых адаптивных стратегий поведения.

Этапность оказания психотерапевтической помощи данным больным позволила реабилитировать НППР в 79,6% случаев.

### **ИСТЕРИЯ – ЗАКОНОМЕРНОЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ИЛИ ПРОСЧЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ?**

Б. Е. Егоров  
(Москва)

Современное состояние учения об истерии характеризуется ее почти полным исчезновением в практике. И прежде чем бороться за возвращение ее в классификацию болезней, необходимо решить вопрос, почему это произошло и какие последствия в медицине принесло это событие.

Истерия – настолько полиэтиологична, полифункциональна, противоречива и изменчива, что каждая из существующих теорий описывает только часть этого заболевания и все равно полной ясности не вносит. Иногда эти теоретические построения были откровенно спекулятивными, что вызывало справедливую критику со стороны коллег. Некоторые теории описывали практические наблюдения, и не являлись теорией в прямом смысле этого слова. Однако никто из исследователей не заходил так далеко в их отрицании, как это было сделано в середине XX века.

Истерия никуда не исчезала, она осталась в обществе, только многие функционеры от медицины приказали ее не видеть. В обществе на каждый случай истинного заболевания приходится несколько случаев истерических форм этого же заболевания. Все стали с энтузиазмом искать и находить органические изменения. Затраты на медицину стали в несколько раз больше, чем в эру существования "Истерии". Начали искать болезни органического, генетического происхождения там, где их

не было. Стали звучать страшные диагнозы, люди инвалидизировались. С успехом Интернета и книгопечатания, человек мог спокойно получить не нужную ему информацию, ну а дальше Истерия делала этот процесс отражения конкретного заболевания, почти не отличимый от истинного. Разочаровавшись в традиционной медицине, народ обратился к нетрадиционной. Вновь возродились в церкви “отчитывания беснующихся”, расплодилось экстрасенсы. Было подготовлено огромное количество специалистов, которым Истерия неизвестна. Назначается большое количество исследований, ложащихся бременем на бюджет здравоохранения, добавляющих скептицизма больным, заставляя их проходить не нужную, а иногда и вредную лекарственную терапию. Десятки тысяч современных психологов и психиатров считают Истерию чем-то вроде исторического артефакта времен Гиппократ и Фрейда. Таким образом, необходимость развития клинической психотерапии в стране, напрямую связана с такими заболеваниями как Истерия. И об этом надо помнить, поскольку если этого не будет, то все формы Истории будут находиться либо в ведении терапевтов, либо калечиться у экстрасенсов, либо им будут изгонять бесов в церкви. Однако это положение вещей мир уже проходил – 150 лет назад во времена профессора Жана Мартена Шарко. Регресс нашей науки – психиатрии очевиден и необходимы новые усилия для восстановления нормального прогрессивного течения науки о человеческой душе.

### **ВРАЖДЕБНОСТЬ КАК “МИШЕНЬ” ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

С. Н. Ениколопов, С. О. Кузнецова,  
А. А. Абрамова  
(Москва)

Одной из актуальных задач современной клинико-психологической практики является выявление и предупреждение факторов риска возникновения и развития психических и психосоматических заболеваний. В ряде современных исследований (Абрамова А.А., 2001, Ваксман А.В., 2005, Ениколопов С.Н., Садовская А.В., 2000, Кузнецова С.О., 2007) враждебность приобретает ключевое значение в этиопатогенезе различных психических и психосоматических расстройств. При этом было показано, что у психических и психосоматических больных отмечаются достоверно повышенные количественные показатели враждебности, по сравнению с нормой. Кроме этого, враждебность является устойчивой во времени характеристикой и не зависит от длительности течения заболевания и возраста больных, что позволяет рассматривать враждебность при психической патологии как психологический показатель индивидуальной уязвимости к различным расстройствам. В современных работах показано также, что враждебность является универсальным, неспеци-

фическим фактором психической патологии, так как показатели враждебности не обнаруживают связь с нозологической принадлежностью заболевания.

На сегодняшний день остается актуальной проблема разработки и апробации целостной модели психотерапевтической помощи психическим и психосоматическим больным. При этом работа с проявлениями враждебности у различных больных представляется одной из перспективных и способствует развитию не только новых методов психотерапевтической помощи, но и открывает новые возможности диагностической оценки, прогноза и адаптации больных.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕЧАТНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ В КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

А. Н. Еричев  
(Санкт-Петербург)

На современном этапе развития психотерапевтической помощи становятся очевидными требования к психотерапии, проводимой в лечебных учреждениях: подход должен быть эффективным, научно обоснованным, воспроизводимым, структурированным, не противоречить использованию психофармакотерапии, а способствовать улучшению комплаенса. В большей степени данным требованиям отвечает когнитивно-поведенческое направление, являющееся обучающей формой психотерапии. Оно имеет четкую структуру и теоретическую модель. Проведение когнитивно-поведенческой психотерапии способствует формированию партнерских отношений с пациентом, он работает над изменением собственного самочувствия, выполняя последовательные структурированные задания. Процесс подбора последовательности эффективных вопросов и предоставление адекватной информации составляют основу когнитивно-поведенческой психотерапии (Andrews, 1996).

Эффективность когнитивно-поведенческой психотерапии повышается, когда параллельно используются печатные материалы (Chris Williams, 2001). Пациенты не только занимаются в индивидуальном или групповом формате с психотерапевтом, но и параллельно самостоятельно работают с печатными материалами. Психотерапевт экономит время сессий, вынося значительную часть работы во “внеурочное” время. Еще одним несомненным плюсом является защищенность психотерапевта, особенно, на начальных этапах профессиональной деятельности. Использование печатных материалов также помогает увеличить охват психотерапевтической помощью пациентов конкретного лечебного учреждения. На кафедре психотерапии СПб МАПО разработаны печатные материалы для пациентов по следующим темам: тревога, депрессия. Использование печатных материалов помогает не только в психотерапевтической работе, но и в обучении новых специалистов, выработке критериев оценки эффективности реабилитационных мероприятий.



Преимущества печатных материалов: 1) упорядочивается процесс психотерапии; 2) уменьшаются временные затраты психотерапевта; 3) формируется более активная позиция пациента в процессе психотерапии; 4) растет охват психотерапевтической помощью; 5) позволяет выработать и соблюдать стандарты оказания психотерапевтической помощи при разных нозологических формах.

### **РОЛЬ СЕМЬИ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ**

О. Г. Зайцева, Е. О. Бойко, Л. Е. Ложникова,  
М. И. Агеев, В. А. Стрижев  
(Краснодар)

В настоящее время рост заболеваемости нервной анорексией делает актуальными вопросы реабилитации пациентов этой группы, где важная роль принадлежит семье. Клинические проявления нервной анорексии влияют на взаимоотношения и обстановку в семье, особенности воспитания, степень адекватности оценки родителями тяжести болезненного состояния ребенка.

Цель – изучение социально-психологических характеристик семей больных анорексией. С помощью клинико-психопатологического и клинико-биографического метода были обследованы семьи 21 больного анорексией. Первую группу (18 человек) составили больные с нервной анорексией, вторую (3 человека) с анорексией в структуре эндогенного заболевания.

В первой группе в семьях встречались частые внутрисемейные конфликты (37,2%), тревожно-мнительные черты характера родителей (28,3%), алкоголизм (21,3%). Характерной была предрасположенность к формированию расстройств личности шизоидного, истерического, ананкастного типа. Во второй группе отмечалась большая отягощенность психическими заболеваниями шизоидного круга (19,7%), высокая частота перинатальной патологии (47,5%). В этих семьях имели место различные аффективные расстройства с дипсоманией. В данной группе часто встречались патологическое фантазирование, склонность к аутистическим играм в детском возрасте, а также к сверхценным интересам и увлечениям на фоне дисгармоничного интеллекта. Аноректическое поведение входило в структуру сложных синдромов сенестоипохондрического плана на фоне затяжных аффективных состояний. В обеих группах семей больных анорексией характер хронической психотравмирующей ситуации был связан с нарушением пищевого поведения больных и определялся особенностями течения заболевания, длительностью, тяжестью, резистентностью к проводимой терапии. Общим для семей больных нервной анорексией является длительное непонимание родственниками психической природы заболевания, что связано с достаточной социальной активностью больных, а также с тенденцией к стойкой диссимуляции своего состояния.

Таким образом, неблагоприятная ситуация в семье, дисгармоничные методы воспитания и неадекватное отношение родителей больных приводят к нарушению микроклимата в семье, что усугубляет нарушения пищевого поведения. В связи с этим, для оптимизации лечебно-реабилитационного процесса необходимо проведение психокоррекционной работы в семьях больных.

### **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРЕОДОЛЕНИЕ УЧЕБНЫХ ТРУДНОСТЕЙ У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ**

Ю. В. Зарецкий  
(Москва)

В последние годы все большую остроту приобретает проблема отклоняющегося поведения подростков: увеличилось количество подростков, употребляющих алкоголь и ПАВ, участились случаи систематических прогулов и бродяжничества. Все это связано с выпадением из нормальной ситуации развития. Специалисты, изучающие психологию подросткового возраста, сходятся во мнении, что в данном возрасте на первый план выходят процессы интимно-личностного общения и самопознания (Обухова, 1996). Поэтому “выпадение” подростка из школьной ситуации, при отсутствии поддержки со стороны семьи и школы, может приводить к негативной идентификации, закреплению асоциальных антинормативных способов самоутверждения и т.д (Вострокнутов, 2000; Тихомирова, Москвичев, Лапшин и др., 2006). Учебные трудности, с нашей точки зрения, могут выступать одним из факторов, “пусковых механизмов” осложнения школьной ситуации, ведущей к школьной дезадаптации и – в дальнейшем – к социальной дезадаптации. То есть, учебные трудности рассматриваются нами не как следствие девиантного поведения, а как один из факторов, которые приводит к школьной и социальной дезадаптации.

Нами было обследовано 50 человек: экспериментальная группа (учащиеся из специальных школ для подростков с девиантным поведением) – 20 человек, контрольная группа (учащиеся из общеобразовательных школ) – 30 человек. Исследование проводилось комплексом из 5 методик: “Многомерная шкала социальной поддержки” адаптирована к использованию на русском языке Н.А. Сирота и В.М. Ялтонским, опросник “Школьная ситуация” разработана В.К. Зарецким, А.Б. Холмогоровой, методика “Ценностные ориентации” (Б.Н. Рыжов), также испытуемые решали творческие задачи с последующим анализом в опоре на четырехуровневую схему мыслительных процессов (Зарецкий, Семенов, 1979). Для сравнения выраженности показателей двух групп использовался статистический критерий Манна-Уитни. В результате были получены следующие данные: уровень семейной поддержки в экспериментальной группе выше, чем в контрольной, что соотносится с результатами исследования Смирновой Н.С. (Холмогорова, Смирнова, 2007); статистически значимым получилось

различие по показателю уровня нравственности; значимые различия между группами существуют по двум шкалам “Прогулы” и “Отношение родителей к учебным трудностям”; анализ речевой продукции показал, что у подростков с девиантным поведением меньше показатели рефлексии и чрезмерно высокие показатели личностной (эмоциональной) реакции в ситуации затруднения (решение творческой задачи).

Таким образом, на основе полученных данных, можно говорить, что основными факторами и механизмами, которые могут затруднять преодоление учебных трудностей, являются: низкий уровень рефлексии, вследствие ее недоразвития или блокирования защитными механизмами, направленными на сохранение устойчивых представлений о себе и мире; завышенные ожидания от поддержки и помощи; чрезмерная личностная реакция, как следствие отсутствия рефлексии ситуации затруднения; избегание – как типичная реакция на ситуацию проблем в школе.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ РАЗВИТИЯ И ПСИХИЧЕСКИЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ**

Н. В. Зверева, И. Ф. Рощина  
(Москва)

Новое направление клинической психологии – клиническая психология развития – концентрирует внимание на проблемах изменения темпов и особенностей развития индивида в связи с болезнями или иными изменяющими психическое развитие обстоятельствами. Введение широкого понимания границ и содержания психического дизонтогенеза делает необходимым новый взгляд на классические проблемы клинической психологии. В контексте понимания психического дизонтогенеза (и онтогенеза) как относящегося ко всей продолжительности жизни человека, представляется важным изучение ряда взаимосвязанных проблем.

Кризисы развития следует анализировать с учетом дифференцировки возникающих в них негативных поведенческих феноменов патологического и непатологического уровня. Проблема фактора индивидуальности должна рассматриваться в связи с био-психо-социальной моделью психики человека и ролью этого фактора на разных этапах дизонтогенеза.

Психический дизонтогенез, начинающийся не в детском возрасте, а позже, следует квалифицировать, опираясь на психологический анализ его вариантов на разных этапах жизни индивида. Типология вариантов нарушенного развития (дизонтогенеза) до конца не разработана в клинической психологии, что ставит задачу описания механизмов, структуры и уровней нарушений и их динамики в когнитивной и эмоционально-личностной сфере у больных с разными психическими и психосоматическими расстройствами.

Психические заболевания характеризуются неравномерностью формирования дефекта. Базисная проблема клинической психологии о соотношении развития и рас-

пада психики (Л.С.Выготский) связана с выделением понятий асинхронии развития и асинхронии распада психики. Эти понятия должны входить в клинко-психологический анализ дефекта в контексте клинической психологии развития.

### **ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ИПОХОНДРИИ**

А. С. Иговская  
(Москва)

Ипохондрические расстройства достаточно широко представлены в клинике пограничных психических расстройств. Немалое место в настоящее время в ряду этих расстройств занимает небредовая ипохондрия (ипохондрическое расстройство (F45.2 по МКБ-10) у пациентов со специфическими расстройствами личности (F 60 по МКБ-10).

Задача нашего исследования – разработать оригинальный вариант психотерапевтической помощи для указанной категории пациентов, который повышал бы их личностную сопротивляемость возникновению новых ипохондрий, помогал бы самостоятельно справляться с этими ипохондриями, если они все же наступают. Наш клинко-психотерапевтический материал составил две группы пациентов – исследуемая группа (75 человек в возрасте  $42,16 \pm 14,5$  лет) и контрольная (68 человек с теми же диагнозами, примерно в тех же соотношениях возраста и пола). Пациенты основной группы получали: адекватное традиционное медикаментозное лечение (анксиолитики, антидепрессанты, индивидуальную дифференцированную симптоматическую психотерапевтическую помощь) и разработанный нами групповой краткосрочный курс – вариант Терапии творческим самовыражением М.Бурно (ТТС).

В результате курса лечения 77% пациентов исследуемой группы научились справляться с ипохондрическими переживаниями с помощью обретенной способности погружаться в творческие занятия.

### **ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

С. А. Игумнов, И. В. Григорьева  
(Минск)

**Объект исследования:** лица, оперированные по поводу рака щитовидной железы в отдаленном (4–10 лет) послеоперационном периоде.

**Цель исследования:** выявить особенности психопатологических расстройств и внутренней картины болезни пациентов, оперированных по поводу рака щитовид-

ной железы, и на основе этого разработать индивидуализированную программу их интегративной психотерапии.

**Методы исследования:** клинический, психопатологический, индивидуально-психологический, опросник качества жизни SF-36, статистический.

**Полученные результаты:** в ходе проспективного исследования у 90 пациентов, оперированных по поводу РЩЖ, в отдаленном послеоперационном периоде выявлено три основных типа коморбидных психических расстройств: органическое тревожное, органическое астеническое и органическое депрессивное расстройство. Психические расстройства в значительной степени определяют качество жизни пациентов, оперированных по поводу РЩЖ в сфере психического и физического функционирования. Данные о снижении уровня качества жизни пациентов, по большинству из шкал опросника SF-36, свидетельствуют о влиянии психологических аспектов факта заболевания РЩЖ на уровень жизнеспособности и социальной адаптации. Выявленное преобладание тревожного типа реагирования на болезнь у пациентов с РЩЖ подтвердило наличие высокого уровня внутреннего беспокойства, пессимистичной оценки будущего. Новые данные, позволяют рекомендовать проведение психологической подготовки перед оперативным вмешательством и комплексной психотерапии на этапах последующей реабилитации пациентам, которым установлен диагноз злокачественное новообразование щитовидной железы. На основании результатов работы разработана и внедрена в практику индивидуализированная программа интегративной психотерапии, которая позволяет целенаправленно и своевременно предупреждать развитие расстройств адаптации у пациентов с РЩЖ.

#### **К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВЫБИРАЮЩИХ СТАЦИОНАРНЫЙ И АМБУЛАТОРНЫЙ ВАРИАНТ ПСИХОТЕРАПИИ**

М. Ижко, С. Н. Мавров, В. В. Мисютин,  
А. В. Бурштейн

(Санкт-Петербург)

С целью совершенствования психотерапевтической помощи было проведено пилотажное исследование причин выбора стационарной и амбулаторной психотерапевтической помощи у пациентами с невротическими расстройствами, проходивших стационарное лечение в Отделении неврозов и психотерапии и амбулаторное лечение в Отделении внебольничной психотерапии и реабилитации Института им. В.М. Бехтерева.

Полученные данные показали клинические и клинико-психологические различия у пациентов с невротическими расстройствами, а также взгляды врачей-психотерапевтов на цели и особенности проведения стационар-

ной и амбулаторной психотерапии. В частности сделано предположение, что выбор варианта психотерапевтического лечения определяется комплексом факторов, включающих клинических проявлений в сочетании с особенностью микросоциальной ситуации. Для выбора стационарного психотерапевтического лечения было характерно усилением соматизированных жалоб непосредственно перед поступлением, а при обращении за амбулаторной психотерапией было характерно усиление межперсональных проблем и микросоциальных конфликтов перед обращением.

Проведенные исследование показало клиническое и психологическое различие двух групп пациентов, что делает дальнейшее исследование перспективным. На следующем этапе предполагается дополнить программу исследования изучением индивидуально-психологических особенностей, факторов риска психической дезадаптации, с целью более полного исследования причин, определяющих выбор стационарного или амбулаторного варианта проведения психотерапии.

#### **КРИЗИС ГЕНДЕРНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И ВАРИАНТЫ ЕГО РАЗРЕШЕНИЯ**

Д. Д. Исаев

(Санкт-Петербург)

Неспособность идентифицировать себя со своим телом, пробуждение чувственных желаний, направленных на свой пол, невозможность вписать поведенческие модели и личностные качества в существующую гендерную схему служат пусковыми механизмами кризиса идентичности. Его разрешение обеспечивается построением идентичности, которая позволяет снять возникшие противоречия и вписать себя в существующие модели, идентифицироваться с конкретными социальными группами.

Проведенные исследования позволяют говорить о двух принципиально разных вариантах преодоления кризиса гендерной идентичности, характерных для лиц с гендерным нонконформизмом.

I. "Я-концепция" транссексуалов базируется на следовании жестким гендерным стереотипам и не допускает какие-либо компромиссы. Гендерная гиперсоциальность приводит к необходимости принятия решения в соответствии с принципом "или – или": или "Я – 100% женщина", или "Я – 100% мужчина". Невозможность соответствовать этим требованиям, заставляет искать решение проблем через "исправление" тела.

II. Другой вариант разрешения кризиса основан на ревизии существующей биполярной гендерной схемы в пользу триполярной модели. Третий полюс выделяется на основе противопоставления социально мало привлекательных качеств обоих полов и попыток интегрировать их положительные качества в альтернативный образ гомосексуалов. Стержнем идентичности становится гомоэротизм и ощущение себя "не таким как все".

Сравнительный анализ процессов пренатальной дефеминизации/андрогенизации по данным пальцевого индекса 2D:4D подтверждает, что различия между гомосексуальными и транссексуальными лицами лежат в психологической плоскости, в особенностях разрешения кризиса идентичности.

### О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ДУШЕВНОЙ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРЕЖИВАНИЕМ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ

И. Ю. Калмыкова  
(Москва)

В мировой и отечественной психиатрии развивается насыщенный психиатрический подход – *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация*. Главная цель, задача этого подхода – повышение качества жизни тяжёлых хронических душевнобольных. При этом сфера духовного мало затрагивается, хотя многим понятно, что вдохновение, смысл существования может оказать благотворное серьёзное влияние на состояние больного шизофренией в целом. Вопрос повышения качества душевной жизни хронических больных шизофренией с переживанием своей неполноценности – есть, прежде всего, вопрос особого, одухотворённого психотерапевтического воздействия. Мы разработали вариант метода Терапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (ТТСБ) для повышения качества душевной жизни больных приступообразно-прогредиентной (шубообразной) шизофренией с переживанием неполноценности в неполной ремиссии.

Разработанный вариант метода ТТСБ для указанных больных способствует определению больным своего места в обществе, способности самовыражаться в творчестве, в доступных ему пределах, использовать творческие приёмы для смягчения душевной напряжённости. Т.о. повышается качество душевной жизни («жизнь обрела смысл», «знаю, для чего живу») и качество жизни в целом. Понятно, что хроническое душевное заболевание полностью не уходит, но острота тревоги, напряжения значительно снижается. Это созвучно понятию *recovery*: «личностно-социальное восстановление, возникающее на определённом этапе, несмотря на ещё продолжающийся шизофренический процесс с обретением нового смысла и жизненных ценностей» (И.Я. Гурович, 2009).

Вариант метода ТТСБ для больных тяжёлой формой шизофрении – это специальное оживляющее душу страдающего человека психотерапевтическое “прибавление” к стандарту биологической и психосоциальной помощи больным хронической шизофренией.

### РОССИЙСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Б. Д. Карвасарский  
(Санкт-Петербург)

В последнее десятилетие отмечается нарастающий спад психотерапевтической активности в нашем здравоохранении. Психотерапия становится менее престижной и востребованной в последипломном образовании врачей. Психотерапевтов недостаточно, а их подготовка существенно отстает от зарубежного опыта. Население должным образом не информировано о психотерапии и характере деятельности специалистов, в том числе из-за деструктивной деятельности средств массовой информации. Основная часть пациентов не считает целесообразным в новых условиях тратить средства на психотерапевтическую помощь.

Получает распространение в качестве основного пути развития отечественной психотерапии интегративный (транстеоретический) подход, не оправдывающий себя практически ни в одной другой области знаний, а не только в психотерапии. По сути это отказ от глубокого постижения психотерапии из-за ее чрезвычайно сложного характера и низкого уровня исходных знаний, приобретаемых в последипломном образовании специалистами. Вместо того, чтобы искать “свой путь”, следует ориентировать образование и практическую деятельность специалистов на три основных классических направлений психотерапии.

Одной из основных причин резкого спада психотерапевтической активности явилось реформирование здравоохранения в последний период, перевод значительной части медицины на самофинансирование, отказ от обязательного страхования психотерапевтической помощи, что привело к закрытию сотен психотерапевтических кабинетов, стационарных отделений и центров. Наиболее активная часть психотерапевтов перешла на коммерческие условия работы, следствием чего явилось значительное уменьшение психотерапевтических услуг населению.

Вместе с тем, кризисы последних лет не оказали равного влияния на психотерапию различных регионов страны. В тех из них, в которых сохранилось руководство психотерапевтической службой, ее положение, хотя и ухудшилось, но не столь катастрофически.

Возвращению психотерапией утраченных позиций в первую очередь будет способствовать восстановление “вертикали” управления психотерапевтической службой и более активная подготовка кадров высшей квалификации. К сожалению, лишь в Институте им. В.М. Бехтерева эта работа проводится достаточно активно. Только за последние годы выполнено и защищено в основном соискателями из разных регионов страны 8 докторских диссертаций. Этого нельзя сказать о других ведущих психотерапевтических школах, хотя, очевидно, что науч-

ный, лечебный и организационный потенциал этих кадров во многом формирует будущее психотерапии нашей страны.

#### **ОБ УЧАСТИИ ПСИХИАТРА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОГОНАДИЗМОМ**

В. Л. Карнозов, Т. Ю. Линева, Г. Ф. Кирсанова  
(Москва)

Первичный мужской гипогонадизм – заболевание, характеризующееся нарушением функции половых желез. Основным звеном в его патогенезе является андрогенная недостаточность. К первичному гипогонадизму (ПГ) относятся состояния, при которых дефицит половых гормонов связан с непосредственным положением самих половых желез, что может являться результатом врожденных пороков развития яичек и многочисленных экзогенных и эндогенных факторов, оказывающих вредное воздействие на ткани яичка. В последние годы достигнуты определенные успехи в лечении ПГ с помощью трансплантации яичка на сосудистых связях. Типичная клиническая картина ПГ (недоразвитие половых органов, евнухоидные пропорции тела, отсутствие вторичных половых признаков, импотенция, бесплодие и др.) включает в себя и ряд психических нарушений. Именно для этих больных первостепенное значение приобретали психотерапевтические методы воздействия, которые помогали поверить в собственные возможности и преодолеть психологический барьер. Во время психотерапевтических бесед больных убеждали в возможности половой жизни, сообщали необходимые сведения из этой области, в ряде случаев предлагали ознакомиться со специальной литературой на эту тему.

Аутогенная тренировка преследовала цель повышения возможности психической саморегуляции произвольных функций организма: снятие тревоги, эмоционального напряжения, коррекции нежелательных форм поведения, преодоление неуверенности в себе, улучшение сна. Была использована аутогенная тренировка в модификации Лебединского-Бортник, позволившая сократить время лечебного курса до 20-30 дней. В послеоперационном периоде к ней добавлялись специальные формулы, адресованные к половой сфере, которые моделировали положительные эмоциональные переживания путем создания специфического сюжетного представления сексуального содержания. Особенно хорошие результаты давало применение данной методики у больных с тормозимыми чертами характера, которые до операции не имели опыта половой жизни. С этими же целями в отдаленном послеоперационном периоде успешно применялась комбинация аутогенной тренировки и гипноуггестивной терапии. Опыт работы с больными ПГ, находящимися на оперативном лечении, свидетельствует о важности участия психиатра в решении сложных клинических задач трансплантологии.

#### **ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ К БОЛЬНЫМ СТРАДАЮЩИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Е. А. Козленко, Я. С. Оруджев, Е. Ю. Зубова  
(Волгоград)

Сопутствующее соматическое заболевание (туберкулез легких) оказывает влияние на течение психической патологии, следствием чего является меняющийся характер межличностных отношений в многопрофильном психиатрическом стационаре. Используя специально составленный опросник, мы попытались определить особенности эмоционального отношения медицинских и социальных работников к психически больным, страдающим туберкулезом легких.

Результаты исследования продемонстрировали убежденность большинства опрошенных сотрудников в том, что пациенты “психотуберкулезного отделения должны строить планы на будущее”, что вызвано большей эмпатийной направленностью персонала в отношении больных, страдающих туберкулезом легких.

Выявлена амбивалентность оценки сотрудниками утверждения о том, что из-за заболевания туберкулезом легких должна быть снижена относительная “требовательность” к психически больному. Так, каждый второй работник в психотуберкулезных и каждый третий – в мужских, женских и для принудительного лечения отделениях считают, что в связи с соматическим заболеванием должна быть снижена относительная “требовательность” к пациенту психотуберкулезного отделения, что существенно снижает его способность к самостоятельной жизни. В то же время снижение относительной “требовательности” к больному психотуберкулезного отделения может свидетельствовать о проявлении эмпатии персонала к пациенту в связи с тяжестью его состояния.

Таким образом, наличие сопутствующей соматической патологии (туберкулез легких) определяет особенности эмоционального отношения сотрудников многопрофильного психиатрического стационара к пациентам.

#### **МЕТОДИКА КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА РАЗРЕШЕНИЕ ВНУТРИЛИЧНОСТНЫХ И МЕЖЛИЧНОСТНЫХ КОНФЛИКТОВ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Е. А. Колотильщикова  
(Санкт-Петербург)

Актуальность проблемы обусловлена существующими тенденциями в современных направлениях психотерапии к уменьшению сроков лечения с целью обеспечения психотерапевтической помощью возрастающего числа больных, нуждающихся в ней без повышения материальных затрат при сохранении высокой степени эффективности лечебного воздействия.

Методика краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов разработана на основе углубленного клинико-психологического изучения 166 больных с невротическими расстройствами, находившихся на лечении в отделении неврозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. У исследованных пациентов наблюдалась специфическая структура внутри- и межличностных противоречий, определялся характерный “профиль” конфликтности. Так, среди внутриличностных конфликтов ведущими оказались адаптационный и конфликт неадекватной самооценки, что на уровне наблюдаемого поведения приводило к росту социального избегания.

На основе полученных данных была разработана строго структурированная система фокусированных психотерапевтических воздействий, направленная на разрешение выделенных характерных внутриличностных и межличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами, что позволило добиться терапевтического эффекта в короткие сроки.

#### **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПТСР**

Е. А. Косенко, С. П. Генайло  
(Владивосток)

Проведено психологическое обследование 74 комбатантов, принимавших активное участие в боевых действиях в Чеченской республике, у которых согласно критериям МКБ-10 диагностировано ПТСР. Обследуемые были разделены на 3 группы. 12 человек (16,2%) составили группу с учетом длительности заболевания до 2 лет, 40 человек (54%) – с длительностью заболевания от 2 до 5 лет и 22 человека (29,8%) – свыше 5 лет.

Использовался стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Л.Н. Собчик, уровень тревожности (ситуационной и личностной) оценивался с помощью “Методики диагностики самооценки” Ч.Л. Спилбергера в интерпретации Ю.Л.Ханина, “интеллектуальную лабильность” исследовали с помощью методики А.А. Карелина, для выявления выраженности личностных радикалов применялся опросник К. Леонгарда.

Анализ результатов психологического исследования показал, что в группе с длительностью заболевания до 2 лет преобладали высокие показатели тревожности как личностной ( $45,68 \pm 8,71$ ), так и ситуационной ( $49,24 \pm 12,04$ ). В группе с длительностью заболевания от 2 до 5 лет обращали на себя внимание высокие показатели личностных радикалов возбудимости ( $18,7 \pm 2,49$ ), циклотимности ( $17,63 \pm 3,01$ ), неустойчивости ( $16,5 \pm 2,78$ ).

В 3 группе (длительность заболевания свыше 5 лет) наиболее неблагоприятными оказались показатели интеллектуальной лабильности ( $11,9 \pm 2,64$ ), свидетельствующие о ригидности нервных процессов, снижении предпримчивости.

Результаты наших исследований позволяют предположить, что в ближайший после психотравмы период на первый план выступают тревога и страх, которые ограничивают суждения о происходящем, подавляют гностический и волевой компоненты. В следующей временной фазе включается личностный регистр, наблюдается бунт и протест, отмечается психопатоподобное поведение. А в дальнейшем прослеживаются признаки астенизации, выявляется потребность следовать общепринятым или близким к ним стереотипам поведения.

#### **НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Я. А. Кочетков  
(Москва)

Существующие психологические и биологические теории этиологии и патогенеза депрессии долгое время развивались отдельно, не имея точек соприкосновения. Однако, в последние годы развивается системная концепция, объединяющая биологические и психологические модели этиологии и патогенеза депрессивных расстройств.

Эта концепция подчёркивает роль ранних стрессов в этиологии депрессии. Под ранними стрессами подразумевается потеря матери, материнская депривация, плохое обращение (сексуальное и физическое насилие).

Показано что длительные стрессовые воздействия, перенесённые в раннем возрасте, вызывают стойкие нейроэндокринные изменения, в частности нарушения функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГН-системы). Эти нарушения обусловлены стойким дисбалансом глюкокортикоидных рецепторов в гиппокампе, что в свою очередь приводит к нарушению обратной связи в ГГН-системе. Результатом нарушения обратной связи является гиперкортизолемиа, слабая стрессоустойчивость и быстрое истощение ГГН-системы, наблюдаемое у взрослых пациентов с депрессивными расстройствами, перенёвшими ранние стрессовые воздействия.

В различных исследованиях было показано воздействие когнитивно-поведенческой психотерапии на различные звенья ГГН-системы: снижение реактивности ГГН-системы, нормализация уровня кортизола и АКТГ. Также было показано достоверное увеличение объёма гиппокампа и восстановление баланса рецепторов глюкокортикоидов в гиппокампе. Таким образом, проработка патогенных глубинных убеждений и когнитивных схем в процессе психотерапии пациентов с депрессивными расстройствами, сопровождается существенными нейробиологическими изменениями

## СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЙ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ И ДЕЗАДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ

В. В. Краснова  
(Москва)

В студенческом возрасте наиболее высок риск манифестации психической патологии в связи с высоким уровнем нагрузки и стресса, являющимися дополнительными факторами для проявления эмоциональной дезадаптации. Обучение в вузе тесно связано с социальным взаимодействием. Анализ литературы позволяет говорить о том, что от успешности интерперсональных отношений зависит эмоциональное благополучие молодых людей. Такое явление как социальная тревожность способно оказать серьезное негативное влияние на процесс социальной и эмоциональной адаптации и качество жизни студентов. Социальная тревога - это состояние эмоционального дискомфорта, страха, опасения и беспокойства, в отношении социальной ситуации и оценки другими людьми.

Целью исследования являлось изучение социальной тревожности у студентов, связи социальной тревожности с качеством интерперсональных отношений и различными проявлениями эмоциональной дезадаптации.

Показано, что у студентов с высоким уровнем социальной тревожности качество интерперсональных отношений хуже, чем у студентов с низким уровнем социальной тревожности (низкий уровень социальной поддержки, уже размер социальной сети, меньше близких доверительных отношений); у них более высокий уровень эмоциональной дезадаптации в виде общих симптомов тревоги, депрессии, выше уровень стресса, и они чаще прибегают к неконструктивным способам совладания с ним по сравнению со студентами с низким уровнем социальной тревожности.

Выделены мишени психологической помощи: работа с эмоциональной дезадаптацией, высоким уровнем социальной тревожности, страхом негативной социальной оценки, избеганием в ситуации взаимодействия и формирование эффективных стратегий совладающего поведения.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ В ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

М. Г. Кряжев  
(Казань)

Современный этап здравоохранения характеризуется всё более расширяющимся междисциплинарным взаимодействием психотерапевтов и медицинских психологов. Вопрос о концептуальных основах такого взаимодействия является самостоятельной проблемой, многие аспекты которой были рассмотрены на конференции "Взаимодействие специалистов в оказании помощи при пси-

хических расстройствах" (Москва, 2009). Возвращаясь к этому вопросу, здесь предлагается следующий тезис: к теоретико-методологическим основам междисциплинарного взаимодействия психотерапевтов и психологов относится механизм психологической обратной связи. Этот термин здесь вводится по аналогии с "биологической обратной связью", которая как клинико-психологический метод базируется на возможности контроля физиологических процессов, если информация о них будет представлена.

Как показывает накопленный клинико-психологический опыт, возможность контроля сохранится, если такая информация будет иметь психологический характер, то есть, если она будет получена с помощью не внешней, а внутренней обратной связи, т.е. будет получена с помощью использования индивидом возможностей своего мозга.

С позиций нейропсихологии, здесь всё просто: на базе теменного анализатора происходит формирование функциональной системы, афферентным компонентом (обратной связью) которой будет являться восприятие того, что происходит в организме. Поэтому индивид получает возможность в более-менее образной форме представлять себе свою патологию, иметь её ментальную репрезентацию. Этот метод визуализации является неспецифическим для психотерапии и медицинской психологии, на нём построено множество методических подходов, имеющих лишь стиливые отличия. Главное же – это использование мозга для восприятия собственных расстройств – и не только соматических. Как показывает накопленный опыт, непсихотические расстройства тревожно-депрессивного характера также могут быть визуализированы пациентом и представлены в некоторой репрезентативной форме, позволяющей ему далее использовать собственные внутренние ресурсы для самолечения. Когда же пациент пытается что-то изменить во "внутренней картине" (Р.А. Лурия) своей болезни, это может привести к формированию эфферентного компонента (прямой связи) вышеназванной функциональной системы. Этим объясняется то, что такая субъективная психологическая деятельность может в итоге привести к реальным объективным результатам. Такой метод неспецифичен, что делает его междисциплинарным, одинаково релевантным как психотерапии, так и медицинской психологии.

## РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ – “ХОРОШО ЗАБЫТОЕ СТАРОЕ” В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ.

М. А. Лебедев  
(Москва)

Количество и тяжесть стрессовых расстройств имеет в последнее время отчетливую тенденцию к росту. Связано это с целым рядом закономерностей социального развития.

В качестве причины развития стрессовых расстройств обычно называют стресс, “стрессогенную ситуацию”. Однако стрессовое расстройство вызывает не внешняя “стрессогенная ситуация” как объективный фактор, а оценка, интерпретация ситуации субъектом.

В клинической практике часто можно наблюдать, как неверная интерпретация ситуации резко усугубляет тяжесть переживания стресса, а нередко стрессовое расстройство возникает вообще без опоры на сколько-нибудь значимую стрессогенную ситуацию.

Возможны две причины для неверной интерпретации ситуации – не достоверное знание и/или неправильное мышление. Следовательно, наличие достоверного знания и правильного мышления является прямым препятствием для возникновения и развития стрессовых расстройств и это – ключ к профилактике и психотерапевтическому лечению стрессовых расстройств.

Психотерапевтический метод, в фокусе внимания которого находятся достоверное знание и правильное мышление, известен давно и довольно широко. Это рациональная психотерапия, основы которой еще в начале 20-го века заложил проф. Поль Дюбуа.

На сегодняшний день потенциал этого психотерапевтического метода используется слабо и неполно. Несмотря на обилие упоминаний в разных работах рациональной психотерапии, по существу речь идет, как правило, не о рациональной, а о так называемой “разъяснительной” терапии, решающей лишь вопрос достоверного знания.

Настоящая же рациональная психотерапия – это не просто разъяснение, а в первую очередь обучение пациентов правильному, логическому, по существу – научному мышлению.

### **ЭЛЕМЕНТЫ ГИПНОСУГГЕСТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ**

С. Д. Левина, Л. А. Назаренко  
(Москва)

Использование гипносуггестивных методик в общепсихиатрических отделениях дискуссионно. Однако мы сочли возможным включить гипносуггестивные элементы в психотерапевтические занятия в ПКБ №1 им. Н. Н. Алексеева. Психотерапия проводилась в открытой группе. Показаниями к занятиям были негативные эмоционально-волевые проявления; психопатические и псевдопсихопатические расстройства; депрессивные, гипоманиакальные и смешанные аффективные синдромы; подострые и хронические бредовые и галлюцинаторно-бредовые расстройства. Из группы намеренно не исключались пациенты с подострыми психотическими симптомами, это обстоятельство учитывалось при формулировке психотерапевтических метафор. Противопоказаниями к занятиям

являлись недоступность больных, наиболее острые психотические симптомы и синдромы, выраженное психомоторное возбуждение, импульсивность. Занятия проводились на протяжении года. За это время группу посетили 54 пациента. Одновременно в занятиях участвовали от 5 до 16 пациентов, как первичных, так и пришедших повторно. Группа имела следующую нозологическую структуру: параноидная шизофрения с эпизодическим течением 25,9%; острое шизофреноформное расстройство 24,1%; патология личностных структур 16,7%; параноидная шизофрения с непрерывным течением 11,1%; органическое заболевание головного мозга 9,3%; депрессивный эпизод 9,3%; эпилепсия 3,6%. В процессе занятий повышался комплаенс, ослаблялась алекситимия, развивалась способность к рефлексии, больные получали позитивный эмоциональный опыт, потенцировалось действие лекарственной терапии. Отмечено снижение интенсивности сенесто-ипохондрических и алгических расстройств, облегчение тяжести депрессий, уменьшение аутизации.

### **ОТНОШЕНИЕ СЕМЬИ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ – ФОКУС ДЛЯ КОМПЛАЙНС-ТЕРАПИИ**

Н. Б. Лутова

(Санкт-Петербург)

Подавляющее большинство исследователей, изучающих феномен комплаенса, упоминают семью больного как важный фактор, участвующий в его формировании и поддержании. При этом в литературе отсутствуют исследования отношения самой семьи к медикаментозной терапии, а именно эта составляющая может оказывать влияние на выполнение больным лечебных предписаний и стать фокусом для терапии комплаенса, сделав ее индивидуализированной и компактной.

Использование инструментов, разработанных в НИПНИ им. В.М. Бехтерева: Шкала медикаментозного комплаенса в психиатрии, включающая все основные группы факторов комплаенса: факторы, связанные с отношением к медикации, с пациентом, лечащим врачом и близким окружением и структурированное интервью, позволяющее выделить содержательные различия отношения семьи больного к проводимой медикаментозной терапии психотропными средствами, обнаружили взаимосвязь между различными типами отношения семьи и уровнем комплаенса больных. Получены высокие уровни корреляций между различными типами отношения семьи к медикации и факторами, участвующими в формировании комплаенса, а также уровнем комплаенса в целом. Эти данные свидетельствуют о том, что практически большинство параметров в той или иной степени оказываются под влиянием отношения семьи к фармакотерапии. Таким



образом, семья является важным фокусом коррекции. Кроме того, поскольку сам тип отношения семьи к медикации помимо поведенческих манифестных проявлений фундирован психодинамически, правильная квалификация врачом варианта типа отношения семьи к лечению позволяет сделать прицельный выбор стратегии способа коррекции каждого из неконструктивных типов, выводя на сфокусированную комплайнс-терапию.

### **ГРУППОВАЯ РАБОТА ПСИХОЛОГА С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВА**

Ю. В. Лычкова, О. В. Дудкина, Т. Ф. Волчкова  
(Омск)

В условиях Реабилитационного дневного стационара БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» психологами проводится «терапия» средой и занятостью, с включением элементов самоуправления, преимущественно в групповых формах, что дает благоприятные возможности для социализации больных. Для успешной работы необходимы разработка и внедрение новых тренингов, направленных на решение индивидуальных проблем, с учетом специфики заболевания, уровня реабилитационного потенциала пациентов. Сочетание индивидуального и группового подходов является оптимальным, так как позволяет сочетать глубокое проникновение в проблемы биографического характера с уникальными возможностями диагностики коммуникативных нарушений и коррекции межличностных конфликтов.

Специфика групповой работы заключается в том, что у пациентов выявляется низкая групповая сплоченность на первом уровне, низкий уровень толерантности к стрессу, сложность в подражании моделям положительного социального поведения. Особое значение имеет активность, директивная позиция ведущего, высокий уровень четкости и конкретности при проведении занятия, стимуляция ответственности членов группы за содержание занятия.

Динамика поведения больного в группе является наглядным индикатором повышения адаптивности социального поведения. Включение в процесс лечения психосоциальных вмешательств, способствует улучшению качества жизни пациентов, повышению социальной адаптации, мотивации к продуктивной деятельности, частичном восстановлении трудоспособности, творческой самореализации, появлении новых коммуникативных структур, формировании комплайенса. Как следствие отмечается снижение числа рецидивов болезни и госпитализаций, что является основной целью в лечении хронических психических расстройств.

### **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА КАК СПОСОБ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

С. В. Ляшкова  
(Санкт-Петербург)

Индивидуальная психотерапевтическая программа (ИПП) является документом, определяющим содержание и форму проведения психотерапии в подразделении внебольничной психотерапии. Нами разработан организационный алгоритм соотношения полученных в процессе психотерапевтической диагностики данных, с потенциальным содержанием ИПП.

Обязательными элементами психотерапевтической диагностики являются развернутый клинический диагноз и психотерапевтическая гипотеза с описанием мишеней психотерапии. Результаты психотерапевтической диагностики определяют психотерапевтический режим пребывания пациента в подразделении; состав терапевтической бригады; первоначальную глубину психотерапевтического вмешательства; предполагаемую длительность психотерапии; выбранные формы и методы психотерапии; предполагаемую частоту встреч; основной метод индивидуальной психотерапии; особенности участия пациента в социо-терапевтической работе.

Содержание ИПП определяют клинические, клинико-психологические и социально-психологические факторы, которые определяют дифференцированный лечебный подход. Принципиальным является отличие ИПП при двух разных психотерапевтических режимах – амбулаторном и полустационарном. Критерии для разделения пациентов на «амбулаторных» и «полустационарных» определяются особенностями микросоциальной ситуации и социальной адаптации. Из этих факторов складываются показания к полустационарному режиму, которые направлены в основном на необходимость снижения интенсивности актуальной психотравмирующей ситуации; необходимость включения социотерапевтических мероприятий в лечебную программу; необходимость осуществления интенсивной, комплексной психотерапевтической программы.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОЕКТИВНОЙ ГИПНОТЕРАПИИ В ПРОРАБОТКЕ НАРЦИССИЧЕСКОЙ ЯРОСТИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

В. В. Мадорский  
(Ростов-на-Дону)

Психотерапия шизофрении является одной из наиболее сложных задач в современной психиатрии. Считается, что в основе психологических проблем при данном заболевании лежит механизм психологической защиты рас-

щеплением с формированием нарциссической ярости. Для решения данной проблемы нами была использована работа со зрительными образами. Она предварялась проведением с больными когнитивной тренировки, целью которой было выработать у пациентов умение последовательно визуализировать образы. Затем начиналась работа в стиле проективной гипнотерапии по Р.Д. Тукаеву с постепенным переходом к работе с агрессивными образами, целью которой являлось высвобождение нарциссической ярости и выведение её в сознание с целью преодоления расщепления. Психотерапия проведена 205 больным (131 мужчина и 74 женщины в возрасте от 14 до 60 лет) из которых 123 страдали малопрогредиентной шизофренией, 71 – шубообразной и 11 – параноидной, вне психотического состояния. Лечение было комплексным и включало в себя психофармакотерапию, психообразовательную работу с пациентами и членами их семей, семейную терапию, когнитивно-поведенческую психотерапию и меры по социально-трудовой реадaptации. Первично пациентам давались агрессивные образы, в которых им предлагалось почувствовать себя львом, солдатом в бою, охотником, ведьмой, амазонкой и т.д. Работа с ними гармонизировала эмоциональную сферу больных, с преодолением алекситимии, создавала условия для дальнейшей выработки навыков проблемно-решающего поведения. Таким образом, в процессе работы пациенты обучались проявлять осознанную активность сначала в визуализируемых образах, а потом и во внешнем мире, заменяя этим характерную для больных шизофренией бессознательную ауто- и гетероагрессию. Такая психотерапия никогда не приводила к повышению агрессивности пациентов или декомпенсации их состояния. Больные чувствовали себя спокойнее, уменьшалась конфликтность. Это помогало налаживанию отношений с родственниками, вовлечению пациентов в трудовые процессы и терапию творческим самовыражением по М.Е. Бурно. По итогам психотерапии в течение года положительная динамика отмечалась в той или иной степени у 198 (96,6%) пациентов, вышли на работу или приступили к учёбе 181 пациент (88,3%), необходимость в стационарном лечении возникла лишь у 9 (4,4%).

### **ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИИ**

**В. В. Макаров**  
(Москва)

В нашей стране медицинская модель психотерапии является традиционной и получившей большее развитие. В последние десятилетия клиническая психотерапия активно дополняется другими методами (модальностями). В медицине только психотерапевт видит человека целиком, в единстве его физической, психологической, социальной, да и духовной жизни. Важно отметить, что различные модальности психотерапии располагают своим понятийным аппаратом как для описания нормы, так и нарушений психики. Дальнейшее развитие клинической психотерапии предпо-

лагает её выход за пределы лечебно-профилактических учреждений психиатрического и наркологического профиля. Важно чтобы психотерапевты работали как в многопрофильных бригадах, так и самостоятельно в лечебно-профилактических учреждениях психосоматической и соматической специализации. С этой целью необходимо открывать психотерапевтические кабинеты, а в больших городах и специализированные психотерапевтические лечебно-профилактические учреждения.

Вместе с тем, наиболее сложной профессиональной деятельностью остаётся работа психотерапевта в психиатрической клинике. Важно понимать, что не только специалисты в области клинической психотерапии, но и психотерапевты, подготовленные по другим методам, востребованы в работе с психиатрическими пациентами. Кроме того, к сожалению, профессионалов, имеющих особое стремление работать с психически больными совсем не много. К тому же часто возникает непонимание между врачами психиатрами и психотерапевтами. Преодоление такого непонимания, в частности, мы видим в образовании врачей психиатров, в расширении их профессионального кругозора.

В отличие от других специалистов, профессиональные психотерапевты должны быть подготовлены не только по теории, и практике, так же обязательно пройти курс личной терапии. Важной проблемой представляется и достаточный уровень личностного тренинга психотерапевтов, работающих в лечебно-профилактических учреждениях психиатрического профиля. С нашей точки зрения личностный тренинг, познание границ собственной личности и (или) личная психотерапия особо необходима психотерапевтам, работающим с психически больными людьми. А именно клинические психотерапевты зачастую не имеют столь необходимой профессиональной подготовки. Это, несомненно, влияет на качество их труда, да и удовлетворённость работой самих специалистов.

Таким образом, для дальнейшего развития психотерапии в психиатрии она нуждается в большем внимании со стороны организаторов психиатрической службы, осознании отличительных особенностей врачей психотерапевтов и понимании всё нарастающей роли психотерапии в психиатрии.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ ОБРАЗНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**М. Ю. Максимова, Е. В. Садалская**  
(Москва)

При развитии психического заболевания характеристики внутренней картины болезни (ВКБ) имеют важное диагностическое и прогностическое значение и являются мишенями для психотерапевтических интервенций.

Как известно, ВКБ объединяет эмоциональные, когнитивные и поведенческие детерминанты. Их качественные характеристики и выраженность тесно связаны с индивидуально-личностными особенностями, возрастом, природой и нозологической принадлежностью психической патологии, а также социо-культурным контекстом. Психодинамическая образная психотерапия отличается от других психодинамических направлений работой с образной сферой. В терапевтическом процессе содержание представляемых пациентом образов и последующие ассоциации используются в контексте анамнеза, актуальной жизненной ситуации как средство психотерапевтического воздействия и диагностики.

**Цель исследования:** Исследование диагностических и терапевтических возможностей психодинамической образной психотерапии в отношении коррекции компонентов ВКБ при комбинированном лечении больных эндогенными расстройствами юношеского возраста.

**Материалы и методы:** Обследовано 30 пациентов (17–25 лет) с диагнозами расстройства личности (F-61) и шизотипического расстройства (F-21) по МКБ-10, проходивших комплексное лечение. Курс психотерапии включал 15 встреч с периодичностью 2 раза в неделю по 50 мин. Использовались основные техники психодинамической образной психотерапии: 1) релаксация, 2) работа с воображением (представление пациентом стандартных образов на заданную психотерапевтом тему); 3) аналитическая беседа, центрированная на актуальных проблемах пациента.

**Результаты:** Выявлена положительная динамика изменения составляющих внутренней картины болезни (эмоционального, когнитивного, мотивационно-поведенческого факторов) при комбинированном лечении с использованием метода. Проведение психодинамической образной психотерапии способствовало формированию более целостного, рефлексивного отношения к своему психическому состоянию, выработке гибких, ориентированных на реальные возможности, механизмов адаптации к различным жизненным ситуациям. Таким образом, изменение характеристик внутренней картины болезни является одним из важных критериев эффективности индивидуального психотерапевтического подхода с применением психодинамической образной психотерапии у пациентов с эндогенными психическими расстройствами юношеского возраста.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ) ПО ДАННЫМ ПОСЛЕДНИХ ТРЕХ ДЕСЯТИЛЕТИЙ

Е. Б. Мизинова

(Санкт-Петербург)

По данным экспериментально-психологического исследования, проводившегося в отделении неврозов и психотерапии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, было установ-

лено, что в 1980-х годах пациенты с невротическими расстройствами в целом, демонстрировали более высокую осознанность своих внутренних проблем и трудностей. Степень осознанности внутриличностной проблематики у больных с невротическими расстройствами в начале 1990-х годов оказалась самой низкой, по сравнению с таковой в 1980-х и 2000-х годах. Общее содержание внутриличностных конфликтов у пациентов с невротическими расстройствами 1980-х и 1990-х годов было сходным с характером трудностей в 2009–2010 гг.

В ходе сравнительного анализа за последние три десятилетия показателей уровня локус-контроля было установлено, что независимо от временного периода (1980–1990 гг. и по настоящее время), больные не готовы принимать на себя ответственность за отрицательные события в своей жизни, а в силу своей конформности и зависимости не обладают толерантностью к неблагоприятным внешним обстоятельствам (стрессам и трудностям). Однако, уровень интернальности в области здоровья и лечения, а также в сфере достижений и межличностных отношений (вероятно, в силу большей доступности квалифицированной психотерапевтической помощи, и нацеленности на достижения в социальной жизни) выше у современных больных с невротическими расстройствами. Отличительной же особенностью пациентов 1990-х гг. оказался самый высокий внешний локус-контроля, который проявлялся в атрибуции социальной ответственности, настороженном и боязливом отношении к внешнему миру и окружающим, неуверенностью в себе, что, по всей видимости, было обусловлено сменой в указанный период в России общественно-политического строя и другими кризисными социально-экономическими переменами.

Понимание психологических закономерностей, лежащих в основе патоморфоза невротических расстройств, позволит обосновать необходимость разработки более адекватных методов психотерапии и способов оценки ее эффективности, а также методов психогигиены и психопрофилактики.

### КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПАРАНОИДНЫХ ИДЕЯХ

А. М. Моргунова, А. П. Коцюбинский,  
А. Н. Еричев

(Санкт-Петербург)

Бредовые идеи являются одним из самых частых клинических симптомов шизофрении. Анализ 13 рандомизированных контролируемых исследований, с участием более 1300 человек, показал, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) приводит к редукции психотических симптомов и связанного с ними эмоционального напряжения в 20–40% случаев и улучшает состояние 50–60% больных [Garety et al., 2000].

Еще относительно недавно считалось, что обсуждение с пациентом бреда бессмысленно. Задача психоте-

рапии сводилась в большей степени к обучению пациентов диссимуляции переживаний и основанного на них поведения перед окружающими людьми. “Хотя любые споры с пациентом, имеющим параноидный бред, бессмысленны, его вполне возможно убедить оставить собственные мысли при себе, преодолеть агрессивные действия, подсказанные этими мыслями, и в целом вести такой образ жизни, как будто этих мыслей нет” [Maye-Gross et al, 1954]. В настоящее время в психотерапии бредовых идей наметилась другая тенденция. Существующий современный психотерапевтический подход наряду с психофармакотерапией предусматривает описание пациентами своих бредовых идей и использование различных когнитивно-поведенческих методик для снижения уровня стресса, связанных с ними [National Institute for Clinical Excellence, 2002; Lehman et al., 2004]. Человек учится рассматривать свои идеи как возможный, но не единственный вариант трактовки происходящих с ним событий. Пациент сам становится активным участником лечебного процесса. На настоящий момент в мировой литературе появились обнадеживающие данные об эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии при параноидных идеях [Rathod S. et al., 2005, Freeman et al, 2006].

На базе отделения внебольничной психиатрии НИПНИ им. В. М. Бехтерева совместно с кафедрой психотерапии СПб МАПО проводилось исследование эффективности КПТ больных с параноидным бредом. Предварительные данные исследования свидетельствуют о том, что использование структурированного когнитивно-поведенческого подхода, в комплексе лечебно-восстановительных мероприятий, повышает эффективность лечения. В процессе лечения улучшается качество жизни и социальная адаптация больных с параноидным бредом.

## **О РАЗВИТИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

Р. К. Назыров, В. В. Холявко

(Санкт-Петербург)

Потребности интеграции обширного и противоречивого мира психотерапевтических направлений, методов, форм и подходов в медицинскую организационно-методологическую контекстную рамку и служит создаваемая в настоящее время концепция клинической психотерапии, у которой в последнее время появляются сторонники и противники. Сторонников интересует перспектива интеграции клинического материала в программы психотерапии, а за недовольством противников концепции, клиническая психотерапия начинает подозревать неготовность отказа от привычных когнитивных схем.

Клиническая психотерапия рассматривается как составная часть медицины. Это означает, что весь обширный массив эмпирически востребованных психотерапевтических методов должен быть ревизован исходя из принятой в медицине системы критериев обоснованности и эффективности.

Базовыми принципами предлагаемой концепции являются следующие.

Научная обоснованность: клиническая психотерапия видится как медицинская наука постнеклассической парадигмы научного знания, на основе изучения сложных самоорганизующихся систем и научного субъективизма за счет клинической лингвистики, которая наряду с пограничной психиатрией и клинической психологией становится одной из ее неотъемлемых составляющих.

Профессиональная ответственность, под которой понимается результат деятельности специалиста, который при выборе метода психотерапии руководствуется не личными предпочтениями и пристрастиями, а обоснованным назначением различных компонентов психотерапевтической программы для лечения конкретного пациента.

Третий принцип предполагает признание того факта, что организационные аспекты и сопровождающие лечебный процесс мероприятия (клинический и клинкопсихотерапевтический разбор, супервизия и др.) прямо влияют на психотерапевтическое взаимодействие врача и пациента, а не только являются источником информации о нем.

В заключении следует особо отметить, что реализация данных трех принципов в настоящее время сталкивается с большим недостатком научной информации. Это, однако, не должно вызывать искушения отказаться от медицинской модели психотерапевтической помощи. Просто перед нами стоит множество задач по организации научных исследований.

## **ДИНАМИКА СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ**

И. В. Никитина, Ю. М. Медведева

(Москва)

Исследования, посвященные эпидемиологии социальной тревожности, проводятся прежде всего в США и свидетельствуют о росте социальной тревожности как в общей популяции, так и в клинической выборке. При этом, что тревожность в целом всегда была в фокусе внимания отечественной психологии, исследований такой ее распространенной формы, как социальная тревожность, проводится крайне мало. Таким образом, целью нашего исследования являлось изучение распространенности и динамики социальной тревожности среди студентов различных курсов. Нами было обследовано 150 студентов Московского института стали и сплавов (МИСиС), по 30 студентов с каждого курса. Исследование проводилось комплексом из 5 методик, включающий Опросник тревоги А. Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI) и Опросник депрессивности А. Бека (Beck Depression Inventory – BDI) (для оценки эмоционального благополучия), а также методики, направленные на оценку выраженности социальной тревожности: Шкала страха негативной оценки (Fear of negative evaluation,

Watson & Friend), Краткая шкала социальной фобии (Brief Social Phobia Scale, BSPS, Davidson et al., 1991) и Шкала социального избегания и дистресса (Social avoidance and distress scale, SADS, Watson, Friend, 1989). Для сравнения выраженности социальной тревожности у студентов разных курсов нами был использован критерий Манна – Уитни для двух независимых выборок. Были получены следующие данные: студенты третьего курса показали более высокий уровень социальной тревожности (уровень значимости  $< 0.01$ ) по показателям Краткой шкалы социальной фобии. Опросники, направленные на оценку эмоционального благополучия выявили у студентов 3 курса более высокие показатели депрессии и тревоги по сравнению с остальными курсами на уровне тенденции. Необходимо также отметить, что около 19% всех студентов, принимавших участие в исследовании, получили очень высокие баллы по Краткой шкале социальной фобии (свыше 40 баллов), в то время как среднее значение для пациентов, обратившихся за лечением по поводу социальной фобии составило, 41.61 балл (Davidson et al., 1991).

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о большей уязвимости студентов 3 курса, которую можно объяснить возросшей учебной нагрузкой и необходимостью профессионального самоопределения. В этой связи представляется особенно актуальной организация психологической помощи студентам на базе ВУЗов.

### СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПОДРОСТКОВ

Е. Ю. Никишина, Л. С. Печникова  
(Москва)

Наше исследование было посвящено изучению стратегий совладания и социальных навыков больных шизофренией подростков. Было обследовано 30 подростков 13–17 лет с диагнозом по МКБ-10 F20.6 “простая шизофрения”, первично стационарированных в 6-ю детскую психиатрическую больницу г. Москвы (18 мальчиков, 12 девочек) и 30 подростков того же возраста и пола, обучающихся в средних школах г. Москвы. Применялись методика социальных навыков А.Гольдштейна и полная версия шкалы COPE на исследование стратегий совладания. Были получены следующие результаты:

- для всех подростков (и больных, и здоровых) характерно преобладание адаптивных, в основном, проблемно-ориентированных копинг-стратегий (Планирование совладания”, “Активный копинг”, “Позитивное перераспределение”);
- больные шизофренией подростки гораздо чаще используют дезадаптивную стратегию совладания со стрессом “Психическое избегание”; и гораздо реже здоровых подростков используют юмор в качестве копинга;

- значительно ниже, чем здоровые подростки, больные шизофренией оценивали как собственные социальные навыки, так и социальные навыки сверстников;
- гендерных различий в использовании копинг-стратегий и оценке социальных навыков у больных шизофренией не выявлено, тогда как здоровые мальчики чаще прибегают к использованию юмора, а девочки – к “Фокусировке на эмоциях и их вентилировании”;
- существует положительная взаимосвязь между степенью развития социальных навыков и частотой использования адаптивных способов совладания со стрессом. Также установлена положительная корреляция между значением коэффициента компенсации по методике Гольдштейна и стратегией “Использование юмора”.

### ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В. В. Николаева  
(Москва)

Целью работы являлось сравнение особенностей совладающего поведения подростков с различными видами соматической патологии на начальных этапах лечения. Исследовано несколько групп подростков в возрасте 13–16 лет: больные злокачественными новообразованиями, язвенной болезнью 12-перстной кишки, бронхиальной астмой и здоровые подростки – учащиеся общеобразовательных школ. Использовались различные опросники, модифицированные варианты методики “Незаконченные предложения”, рисуночные тесты и др.

Основные результаты исследования:

- все больные подростки отличаются от здоровых особенностями стрессового опыта в преморбиде (объем стрессового опыта, содержание событий и др.);
- совладающее поведение всех подростков на начальных этапах лечения имеет черты сходства: активные стратегии совладания используются ими так же часто, как и пассивные;
- подростки с бронхиальной астмой, язвенной болезнью 12-перстной кишки отличаются: а) большим объемом стрессового опыта; б) более частой оценкой жизненных событий как травматических; в) более высокими показателями тревоги; г) сосредоточенностью на негативных переживаниях, связанных с заболеванием и лечением; д) противоречивостью и хаотичностью используемых копинг-стратегий.

Дальнейшее изучение особенностей совладающего поведения у подростков с соматической патологией важно не только для выделения типичных способов адаптации к болезни, но и для понимания роли личностных ресурсов совладания в патогенезе различных заболеваний.

**О МЕТОДИКЕ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ОБЛАСТИ  
ПСИХОТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ ПРОГРАММЫ  
ДЛЯ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ  
“АРТ-ТЕРАПИЯ В ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ  
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ”**

А. В. Никулин

*(Санкт-Петербург)*

Целями программы “Арт-терапия в психосоциальной реабилитации и психотерапии психических расстройств”, проводимой в психиатрических учреждениях Северо-Западного ФО при благотворительной поддержке компании Эли-Лилли являются: оказание научно-методической, организационной и квалификационной поддержки психиатрических учреждений по организации Арт-терапевтических центров (студий) для интеграции современной клинической арт-терапии в лечение и программы психосоциальной реабилитации психически больных; научное обоснование возможностей клинического применения метода арт-терапии в лечении и реабилитации психоневрологических больных; совершенствование программ психосоциальной реабилитации и психотерапии в учреждениях, оказывающих психиатрическую помощь; расширение спектра психотерапевтических методов, применяемых в учреждении.

Программа учитывает рекомендации Совета по делам инвалидов при Председателе Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (от 16.06.2009 № 4.7-02/1209) и позволит создать организационные и научно-методические условия для создания (развития) арт-центра психиатрического ЛПУ, провести подготовку специалистов по клинической арт-терапии, интегрировать в программы лечения и реабилитации методы современной арт-терапии.

Программа реализуется в несколько этапов:

1 этап. Научно-организационный анализ существующих ресурсов ЛПУ.

2 этап. Квалификационное обеспечение больниц, принявших участие в программе.

3 этап. Научно-методическая и супервизионная поддержка организованных Арт-центров

4 этап. Проведение в Институте им. В.М. Бехтерева конференции с международным участием.

**ДИЗОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА:  
КОМПОНЕНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
СТРУКТУРЫ, ИМЕЮЩИЕ  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ**

Г. Р. Новикова

*(Москва)*

Решение задач терапии, социальной адаптации и социального прогноза в детском возрасте тесно связано с многоуровневостью клинических картин в онтогенезе,

которая отражена в систематике по уровням (“осям”) психических расстройств. Учитывая значение нарушений развития для клинического оформления психических расстройств, дизонтогенетические признаки выделяются в отдельную ось. Дифференциация нарушений развития обязательно включает анализ психологической структуры, свойственной различным типам дизонтогенеза. Компонентами психологической структуры нарушенного развития, своеобразие которых определяет различия между дизонтогенетическими типами, являются мыслительная деятельность, речь, потенциальные возможности ребенка. Чтобы определить характер дефекта мышления, следует установить его зависимость от недостатков речевой деятельности, используя данные о состоянии фонетико-фонематического, лексического, грамматического уровня речи и особенностях порождения высказываний. Степень выраженности и стойкость дефекта, зона ближайшего развития функции определяются ее местом в структуре нарушенного развития (первичностью, вторичностью или недостатком третьего порядка). Психологические особенности клинических вариантов нарушенного развития в рамках конкретных типов дизонтогенеза определяются соотношением признаков расстройства нейродинамики, слабости высших форм регуляции, недостаточности частных модально-специфических компонентов, а также степенью интериоризации психических функций.

**ГРУППОВАЯ РАБОТА ПО МЕТОДУ  
“ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АНИМАЦИИ”  
С ХРОНИЧЕСКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ**

М. Д. Норамбуэна, О. Г. Кузнецов,  
Н. Г. Космынина

*(Москва)*

**Цель работы.** Определить эффективность длительной групповой работы по методу “психосоциальной анимации” с позиции пациентов.

**Методы и материалы.** Оригинальный метод М.Норамбуэна “психосоциальная анимация”, концептуально близкий к гуманистической психотерапии, в частности, к клиент-центрированной терапии К.Роджерса, – недирективная, слабоструктурированная, творчески ориентированная форма групповой работы, преимущественно в виде групповой дискуссии об актуальных переживаниях каждого участника. Задача терапевта: дать возможность пациенту выразить себя и почувствовать себя понятым, уважаемым. Средствами самовыражения служат рисунок, пение, поэзия. 79,4% участников открытой группы “Опера”, работающей 18 месяцев в отделении психосоциальной реабилитации Московского НИИ психиатрии, опрошены по оригинальному структурированному опроснику из 34 амбулаторных и больничных (ПКБ №4 им.Ганнушкина) пациентов, прошедших группу. Возраст опрошенных  $37,2 \pm 7,4$  (19–55) лет; 85,2% страдают шизофренией, 79,4% – более 10 лет, все инвалиды 2 группы, 76,5%

члены ОООИ “Новые возможности”. Социо-демографические и клинические характеристики респондентов соответствуют таковым в группе в целом. Ни один из респондентов не участвовал ранее в групповой психосоциальной работе.

**Результаты.** Опрошенные отметили безопасность и комфорт атмосферы группы (88,2%), большую удовлетворенность психиатрической помощью (70,5%), приверженность к фармакотерапии (64,7%), общительность (64,7%), а также повышение самооценки и уверенности в себе (76,5%). Треть пациентов привлечена к иным формам групповой психосоциальной работы в отделении, в частности, поддерживаемому трудоустройству (три пациента нашли работу в обычных условиях).

**Выводы.** Длительная групповая “психосоциальная анимация” эффективна с позиции пациентов, удовлетворяя их насущные потребности. Результаты сходны с таковыми в группах М.Норамбуэна в Швейцарии на протяжении 15 лет.

#### **РАЗРАБОТКА ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Г. А. Нюхалов  
(Оренбург)

Психотерапии в комплексе лечебных воздействий при шизофрении всегда придавалось большое значение отечественными специалистами. Большая часть исследований базируется на зарубежном опыте или носит преимущественно экспериментальный характер.

В современных условиях наиболее эффективной и экономичной является краткосрочная групповая психотерапия. Однако теоретическое обоснование, методика проведения, процесс и механизмы лечебного действия, эффективность групповой психотерапии для пациентов с шизофренией в отечественной психотерапии мало исследованы.

Экзистенциальный подход в психотерапии является одним из наиболее динамичных и развивающихся, как в России, так и за рубежом. Это направление имеет свои теоретические основы как в европейской, американской, так и в российской психологии и психотерапии. В то же время исследований отечественных авторов, касающихся групповой психотерапии экзистенциальной направленности для пациентов с шизофренией отсутствуют.

Общей целью работы являлась разработка групповой психотерапии экзистенциальной направленности для пациентов с шизофренией.

Результаты исследования дают возможность использовать в практике отечественной психотерапии новый современный краткосрочный метод групповой психотерапии для пациентов с шизофренией. Разработанная модель терапии учитывает биопсихосоциальный подход и даёт возможность включения пациентов на любом этапе лечебного процесса (стационарном, амбулаторном).

Групповая психотерапия экзистенциальной направленности для пациентов с шизофренией внедрена и успешно апробирована в стационарном Отделении динамической психиатрии и продолжает эффективно применяться в Областном Психотерапевтическом Центре Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №2.

#### **ЗАЩИТНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

А. А. Оксимец  
(Москва)

Важным дополнением к классическому учению о психологической защите стало описание М. Кляйн примитивных защит, которые определяют характер как ранних фаз развития ребенка, так и взрослых патологических аналогов. В отличие от защит высокого уровня, которые запускаются конфликтом влечений, примитивные защитные механизмы призваны совладать с психотическими тревогами – страхом преследования, уничтожения, психического и физического распада, потери любимого объекта и чувством вины.

Следует отметить, что защита далеко не всегда является отдельным и легко выделяемым психическим феноменом, а скорее представляет собой сеть механизмов, встроена в целостное психическое функционирование и связана с мотивацией и с фантазийной жизнью человека. Исходя из этого мы считаем, что исследование психологической защиты пациентов с тяжелыми психическими расстройствами должно ориентироваться не столько на выделение отдельных механизмов, сколько на изучение целостной защитной организации личности в ее интра- и интер-персональной динамике.

Предложенное М. Кляйн описание параноидно-шизоидной и депрессивной позиций, которые характеризуют уровень психического функционирования, позволяет исследовать динамику целостной защитной организации. Каждая из позиций представляют собой устойчивую структуру и динамику субъект-объектных отношений, тревог и защит и может активироваться в качестве защиты от другой. Например, бегство в депрессивную позицию может быть защитой от катастрофических тревог параноидно-шизоидного спектра и наоборот, непереносимость депрессивных переживаний может провоцировать возвращение к более примитивному способу функционирования.

#### **ФОРМИРОВАНИЕ ЭМПАТИИ И АФФИЛИЗАЦИИ МЕДРАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Я. С. Оруджев, Е. А. Козленко  
(Волгоград)

Эмоциональная оценка другого человека является основной единицей системы межличностных отношений.

Устойчивое эмоциональное отношение к партнеру по взаимодействию отражается в эмпатии и аффилиации. Проявление этих феноменов зависит от продолжительности работы в психиатрической больнице.

С целью изучения взаимосвязи между стажем медицинского персонала среднего и младшего звена и социальных работников и проявлением у них эмпатии и аффилиации по отношению к пациенту в Волгоградской областной психиатрической больнице № 1 с помощью специально составленного авторского опросника были обследованы сотрудники вышеназванных групп. В результате проведенного исследования были получены следующие данные. Стаж работы не оказывает влияния на способность среднего медперсонала и социальных работников к эмпатии. У младшего медперсонала вне зависимости от опыта работы сформированность эмпатии отличается значительным сходством и в целом находится на одном, низком, уровне развития.

Аффилиативные способности среднего медперсонала отличаются в зависимости от стажа. Среди младших медработников наблюдается неоднородный характер уменьшения и деформации ими аффилиативных тенденций, но эти различия не определяются опытом работы. Высокий уровень готовности к социальному контакту с психически больным демонстрируют социальные работники, но их аффилиативные способности в незначительной мере определяются трудовым стажем.

Таким образом, уровень развития эмпатии не определяется опытом работы медицинского персонала среднего и младшего звена и социальных работников. Зависимость аффилиативных тенденций от трудового стажа выявлена в группе “медсестры”.

### СОЦИАЛЬНАЯ ФРУСТРИРОВАННОСТЬ И АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ УЧАСТНИКОВ ЛОКАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ

А. В. Остапенко, С. А. Колов  
(Волгоград)

Введение. Деструктивная агрессивность является характерной чертой участников боевых действий и значимым фактором их психо-социальной дизадаптации. При этом недостает системных исследований в этой области психиатрии, в частности остается неизученным вопрос о механизмах возникновения агрессивного поведения (АП) комбатантов.

Целью настоящего исследования было проверка общепринятой научной гипотезы о возникновении и развитии агрессивности как результата фрустрации личности.

Материалы и методы. Было исследовано 557 комбатантов, из них 194 с максимальной выраженностью АП (1-я группа,  $4,01 \pm 1,23$ ,  $M \pm SD$ ), 363 с умеренным (2-я  $1,32 \pm 0,64$ ,  $M \pm SD$ ). Для определения уровня социальной фрустрированности комбатантов была использована “Методика диагностики уровня социальной фрустрированности”, проявления их агрессивного поведения оценивались с помощью

“Шкалы агрессивного поведения”. Анализ данных проводился статистическим пакетом SPSS-17, достоверность различий оценивалась критерием Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. В 1-й группе по сравнению со 2-й наибольшая неудовлетворенность отмечалась по пунктам “Физическое состояние” ( $3,35 \pm 1,15$  и  $2,93 \pm 1,21$ ,  $P < 0,0001$ ), “Психоэмоциональное состояние” ( $3,32 \pm 1,20$  и  $2,61 \pm 1,11$ ,  $P < 0,00001$ ), “Работоспособность” ( $2,95 \pm 1,19$  и  $2,52 \pm 1,21$ ,  $P < 0,0001$ ), “Образ жизни” ( $2,93 \pm 1,10$  и  $2,47 \pm 1,13$ ,  $P < 0,00001$ ), “Проведение свободного времени” ( $2,82 \pm 1,13$  и  $2,28 \pm 1,17$ ,  $P < 0,00001$ ). Таким образом, уровень АП комбатантов зависит от социальной фрустрированности, но не в области межличностного взаимодействия, а сферах, зависящих от их личностной эффективности. Существование внутреннего психологического конфликта с невозможностью полной личностной реализации и актуализации существующих потребностей, создает внутреннюю напряженность, результатом которой может быть враждебное АП как на окружающих, так и на себя. Необходимы дальнейшие исследования механизмов возникновения агрессивности комбатантов.

### НОЗОЦЕНТРИЗМ И НОРМОЦЕНТРИЗМ В ПСИХИАТРИИ

И. С. Павлов  
(Москва)

Сейчас в психиатрии доминирующий подход – нозоцентризм, то есть исходная позиция болезнь, а важно идти и от нормы, то есть нормоцентрический подход. Такой встречный подход актуализирует проблему, высвечивает терапевтические задачи и адаптирует больного к жизни в его микросреде.

Все симптомы и синдромы в психиатрии являются вырванными патологическими явлениями из общего контекста нормальной психической деятельности факторами. Так что задача терапии заключается не только в редукции симптомов и синдромов, но и в включении их функций в целостную структуру обеспечивающую целостную, интегративную функцию мозговой деятельности. Так, например, те механизмы, которые участвуют в порождении чувства реальности, вера в реальность, убежденность, но вырванные из контекста нормы-бред, и т.д. и т.п.

Неудовлетворенность врачей, родственников больных и самих больных результатами лечения психотических форм расстройств вызывает динамика негативной (минус) симптоматики. В тактике лечения негативной симптоматики важно воздействие на такую мозговую структуру как ретикулярная формация, которая оказывает специфическое активирующее воздействие на кору больших полушарий (Мегун, П.К.Анохин). Она вместе с гипоталамической системой определяет “биологическое качество целостной деятельности мозга, участвуя в формировании мотивационно-эмоционального поведения животных и человека”. С этой целью после купирова-



ния острой симптоматики важно применение такого отечественного холиномиметика как Церетон. Он активирует человека, но без возбуждения, за что его любят неврологи.

Актуально в психиатрии понятие “силы Я”, которое ввел З.Фрейд, как в высшей степени важный фактор, от которого в первую очередь зависит успех всякой психотерапии, реабилитации, адекватной адаптации больного к его микросреде. В литературе указывается, что “Я” - это посредник между интимными неосознаваемыми явлениями и внешней средой, который осуществляет функцию “синтеза” этих влечений и внешних требований. Степень силы “Я” склоняет этот синтез в сторону внешних требований.

#### **РАЗРАБОТКА ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА, ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

И. О. Павловский  
(Санкт-Петербург)

Говоря о лечении больных с невротическими расстройствами, лечение которых возможно как с помощью фармакотерапии, так и с помощью психотерапии, учитывая что оба вида лечения обладают относительной эффективностью, то закономерно возникает вопрос об объективизации выбора пациентом типа лечебной модели.

На основе предварительного анализа данных проведенного исследования на базе Отделения внебольничной психотерапии Института им. В.М.Бехтерева был разработан опросник, который в перспективе, после его апробации, может стать психодиагностическим инструментом, позволяющим определять тип лечебного поведения пациента и соответствующего для него лечения. Концепция разработки данного опросника строилась на основе теоретической гипотезы о существовании группы психологических особенностей личности, которые порождают спектр определенных переживаний, определяющих обращение за психотерапевтической помощью. Как предполагается, эта группа факторов напрямую не связана с клинической симптоматикой и относится к особенностям личностного функционирования и заключается в четырех типах проявлений:

1. Причиной переживаний являются не симптомы, а их последствия.
2. Адаптивное значение невротического симптома снижается и не облегчает клиническое состояние и адаптацию.
3. Отмечаются нарушениями личностной идентификации (идентичности).
4. Переживания пациентов с невротическим расстройством определяются не наличием клинических проявлений, а сложностью в реализации.

Проводимые в настоящее время исследования могут послужить базой для создания опросника, который является первым шагом к попытке научно-обоснованного определения “психотерапевтической” лечебной модели для пациентов с невротическими расстройствами.

#### **О ПРОТИВОРЕЧИЯХ В ОПРЕДЕЛЕНИИ НОРМАТИВНОГО СТАТУСА МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА И ИХ ВЛИЯНИИ НА ФОРМИРОВАНИЕ СТОИМОСТИ ЕДИНИЦЫ ОБЪЕМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

М. Л. Пайкин, А. В. Мухина  
(Кострома)

Постановление Правительства РФ от 01.04.2010 года №212 “О внесении изменений в Постановление Правительства РФ от 15.04.2009 года №322 “О мерах по реализации Указа Президента РФ от 28.06.2007 года №825 “Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации” вносит неясность в трактовку категории “прочего персонала”, позволяя относить в данную категорию медицинских психологов, психологов и других специалистов с высшим немедицинским образованием.

В нормативных документах Минздравсоцразвития России медицинские психологи определяются неоднозначно и относятся к различным категориям специалистов.

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2010 год не включает медико-психологическую помощь. Психотерапия, также как медико-психологическая помощь, не защищена ни в рамках вышеуказанной программы, ни в рамках подушевого финансирования.

В дальнейшем возможность оказания медико-психологической помощи появляется лишь в рамках государственного (субъект) и муниципального заказа. При этом, ни на федеральном, ни на региональном уровне не установлены механизмы формирования тарифов на одно посещение врача-психотерапевта (медицинского психолога), на один пациенто/день проведенный в дневном стационаре психотерапевтического профиля, на один случай работы психотерапевтической бригады. Отсутствует корреляционный коэффициент для оценки перехода от стоимости того или иного вида психиатрической помощи к психотерапевтической.

Особенно актуальны эти вопросы будут в ближайшие год-полтора, в связи с переходом от сметного финансирования бюджетных учреждений к финансированию по субсидиям за выполнение государственного (муниципального) заказа на психотерапевтическую помощь и оценки стоимости работы медицинского психолога как равнозначного партнера в процессе оказания психотерапевтической помощи.

В связи с современными тенденциями в финансировании здравоохранения существует угроза затушевыва-

ния бюджетной психотерапевтической помощи за фасадом психиатрии или перевода ее полностью на платную основу.

### **ДИСФУНКЦИИ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ**

Е. С. Пак, О. Д. Пуговкина  
(Москва)

В исследованиях (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А., 2003) описаны различные дисфункции интерперсональной сферы у больных с расстройствами аффективного спектра. В нашем исследовании было проведено сравнение различных аспектов интерперсональной сферы больных депрессивными расстройствами, впервые обратившихся за помощью (F32.1, F32.2, давность заболевания не более 1 года), и пациентов, отвечающих критерию хронифицированной депрессии (F33.2, средняя давность заболевания в этой группе составила 5,1 год, среднее количество госпитализаций – 3,4). Оценивалась выраженность ряда дисфункций интерперсональной сферы – характеристик социальной сети, социальной поддержки, мотивации аффилиации, ряда личностных характеристик (Большая пятерка).

Результаты исследования показали, что по мере хронификации депрессии дисфункции во всех аспектах интерперсональной сферы нарастают. Так, для пациентов с хронифицированной депрессией характерно значительное превышение страха отвержения над стремлением к принятию, в сочетании с выраженным снижением мотивации достижения. “Несмотря на то, что больные депрессией ищут поддержки и помощи у окружающих, они не пытаются ничего сделать, чтобы достигнуть этого, они заранее ожидают отрицательных результатов и убеждены в бесплодности своих начинаний” (Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г., 2003). Кроме того, по мере хронификации депрессии снижается уровень воспринимаемой социальной поддержки и уменьшается размер социальной сети. Снижение успешности в интерперсональных контактах, возможно, связано с более низкой выраженностью ряда черт “Большой пятерки”: кооперативности, открытости опыту, ответственности.

### **ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ**

Г. А. Петрова, М. Т. Даймитова  
(Москва)

Одиночество как многогранный феномен, детерминированный многими факторами, является предметом исследования в рамках различных подходов: психоаналитическом, когнитивном, экзистенциально-гуманистическом. Согласно экзистенциальной парадигме, не само одиночество, а его принятие как одной из данностей

человеческого существования может приводить к развитию психических расстройств, в том числе и аффективных (И.Ялом). Непринятие факта своего одиночества препятствует установлению продуктивных, доверительных отношений с другими людьми, создает постоянное переживание непонятности, покинутости в сочетании с трудностями самопонимания. Многочисленные эмпирические исследования показывают взаимосвязь переживания одиночества и эмоционального неблагополучия (Л. Андерсон, Я. Купершмидт, Д. Перлман, Д. Рассел, П. Тиккайнен). Нами было проведено исследование взаимосвязи переживания одиночества и эмоционального неблагополучия, в котором приняли участие 100 студентов младших и старших курсов московских ВУЗов. Были использованы шкалы тревоги и депрессии А.Бека, опросник одиночества UCLA, шкала экзистенции А.Ленгле, К.Орлер, М.Кунди и тест экзистенциальных мотиваций (ТЕМ) А.Ленгле, П.Экхардт. Результаты показывают статистически значимую связь переживания одиночества с уровнем выраженности тревоги и депрессии. Студенты-первокурсники более страдают от одиночества и имеют более высокие показатели тревоги и депрессии по сравнению со студентами старших курсов (на уровне статистической значимости). Переживание одиночества, выраженность тревоги и депрессии у студентов имеют обратную связь с уровнем реализации фундаментальных экзистенциальных мотиваций и переживанием экзистенциальной исполненности. Студенты старших курсов показывают большую персональную и экзистенциальную компетентность (способность к самодистанцированию, самотрансценденции, умение делать выборы и принимать решения, нести ответственность за принятые решения). Полученные результаты могут использоваться при разработке средств профилактики эмоционального неблагополучия в студенческой популяции.

### **САМООТНОШЕНИЕ ДЕВИАНТНЫХ ПОДРОСТКОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИЕЙ**

Л. С. Печникова  
(Москва)

Наше исследование было посвящено изучению самоотношения девиантных подростков из неблагополучных семей. Решались задачи: исследовать аффективный и когнитивный компоненты самоотношения, особенности самооценки, а также характер внутрисемейных отношений и эмоциональное отношение к родителям и сверстникам. Было обследовано 30 девочек в возрасте 13–16 лет в детской психиатрической больнице № 6 с нарушениями поведения: диагнозы F91.2 “Социализированное расстройство поведения” и F92.8 “Другие смешанные расстройства поведения и эмоций”; основной синдром – психопатоподобный (O315). Все девочки с эмоциональной депривацией (у 4 девочек полная семья, но родители с аддиктивным поведением; 13 девочек из детского

дома; у 13 девочек неполные неблагополучные семьи. Использовались методики: ЦТО, свободное самописание, самооценка Дембо-Рубинштейн, КРС, "Незаконченные предложения", психографический тест Либина, опросник ADOR. Выводы: 1. Самоотношение девиантных девочек-подростков с эмоциональной депривацией характеризуется неадекватно завышенной самооценкой, высокой степенью самопринятия и склонностью приписывать себе положительные личностные качества. 2. Являясь в целом неадекватно завышенной, самооценка девочек отличается неустойчивостью, незрелостью и оторванностью от реальной жизни. 3. Все девочки склонны идеализировать свою семью (как мать, так и отца, который реально в семье не присутствует). 4. Несмотря на то, что объективно семейная ситуация у всех девочек неблагополучная, они в основном отмечают либо позитивный интерес, либо указывают на директивность и жесткий контроль со стороны матери. 5. Девочки плохо представляют себе структуру и содержание семейных взаимоотношений и часто не понимают своего места в этих отношениях. При этом они декларируют важность для них более близких отношений с матерью, которые являются для них более значимыми, чем отношения со сверстниками. 6. Общая эмоционально-мотивационная незрелость девочек проявляется в том, что они сильно зависимы от социального окружения, имеют тенденцию соперничества в ситуациях межличностного общения, основной мотивацией в котором является страх отвержения. 7. Семейная психотерапия и социально-психологическая коррекция девиантных девочек-подростков с эмоциональной депривацией должна быть направлена на укрепление и стабилизацию образа Я и развитие у них автономности, развитие сепарации от родителей. Необходима работа по коррекции родительского стиля воспитания и развитию умения родителей прорабатывать внутрисемейные конфликты.

### **СОЧЕТАНИЕ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ И ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ КОМОРБИДНЫХ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

И. А. Погосова  
(Курск)

Сочетание медикаментозного и психотерапевтического воздействия при коморбидных расстройствах определяет более высокую эффективность по сравнению с использованием только психофармакологического лечения (Вертоградова, О. П., 1995; Карвасарский, Б. Д., 2000; Варфоломеев Ю.Е., 2003). Целью работы явилась оценка эффективности различных психотерапевтических подходов при коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройствах. В 2006–2010 гг. обследовано 53 больных коморбидными тревожно-фобическими (генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия, простая фобия) и аффективными (депрессия) расстройствами. Основная группа была представлена больными

(25 чел.), в лечении которых применяли сочетание психофармакотерапии, и, в одних случаях когнитивно-поведенческой психотерапии, в других – драматерапии. Контрольную группу составили больные (28 чел.), получавшие только психофармакотерапию. Результаты проведенного исследования продемонстрировали эффективность включения в комплекс терапевтических мероприятий больных коморбидными тревожно-фобическими и аффективными расстройствами когнитивно-поведенческой психотерапии и драматерапии.

Эмоционально-личностная сфера больных коморбидными тревожно-фобическими и аффективными расстройствами до начала лечения характеризовалась высоким уровнем ситуативной тревожности, депрессии и социальной фрустрированности, снижением показателей "самочувствия", "активности" и "настроения"; преобладали типы отношения к болезни с нарушением социальной адаптации. В результате проведенной психотерапии уровень выраженности ситуативной тревожности, депрессии, социальной фрустрированности больных коморбидными тревожно-фобическими (генерализованное тревожное расстройство, социальная фобия, простая фобия) и аффективными (депрессивными) расстройствами снизился; отмечен рост показателей "активности" и "настроения"; заметно уменьшилась частота встречаемости типов отношения к болезни, способствующих снижению социальной адаптации. Полученные результаты позволяют сделать вывод об эффективности комплексного (сочетание медикаментозного и психотерапевтического) лечения коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств.

### **ДУХОВНОЕ ИЗМЕРЕНИЕ В ПСИХИАТРИИ**

Ю.И. Полищук  
(Москва)

Теоретическая и эмпирическая психотерапия опередила психиатрию в понимании большого значения духовного фактора при психических расстройствах и показала эффективность его использования при лечении психически больных. Духовно ориентированная гуманистическая психотерапия получила признание во всем мире. Выделено целое направление в психотерапии – терапия духовной культурой. К нему относятся методы арттерапии в многообразных её формах, а также аретотерапия Яроцкого, психотерапия мирозерцанием Марциновского, синтетическая психотерапия В. Кречмера, терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно и ряд других. Их лечебный эффект реализуется через духовную сферу личности в результате её активации, обогащения, расширения поля сознания, эмоционального возвышения. В отличие от духовно ориентированной психотерапии, духовно ориентированная психиатрия находится пока на начальной стадии своего развития. Состоянию духовной сферы преморбидной, морбидной и постморбидной личности психически больных российские пси-

хиатры почти не уделяют внимания и не анализируют роль и значение духовного фактора в психогенезе, персоногенезе и социогенезе психических расстройств. Появление и разработка новой концепции выздоровления психически больных (recovery) в зарубежной психиатрии и новая концепция личностно-центрированного интегративного диагноза в психиатрии (Х. Мезич, 2007), в которых выражено признание важности и необходимости учёта духовной сферы психически больных и необходимости её оздоровления с обретением новых жизненных смыслов и целей, являются подтверждением растущего понимания большой роли и значения фактора духовности в возникновении и развитии психической патологии.

Можно полагать, что биопсихосоциальная парадигма в психиатрии будет дополнена и расширена за счёт включения в неё духовного измерения психически больного человека. В этом проявится закономерная тенденция интеграции естественных и гуманитарных наук о здоровом и больном человеке.

#### **ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕЖЕНЦАМ В ЗОНЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

А. А. Портнова  
(Москва)

Военный конфликт несет в себе значительные психотравмирующие факторы для мирного населения, включающие вынужденную миграцию с размещением в лагерях беженцев, гибель близких, разрушение жилья и социальных инфраструктур.

Целью исследования явилось изучение структуры острых психических нарушений у беженцев из зоны военного конфликта и разработка принципов оказания психолого-психиатрической помощи этой категории пострадавших.

Были обследованы 62 пострадавшие женщины из Ю. Осетии в возрасте от 23 до 65 лет, находившиеся в условиях временного пребывания в С. Осетии. Обследование проводилось в течение первых 2 недель после начала военного конфликта. Более чем в 90% случаев выявлены признаки затяжной острой стрессовой реакции различной глубины – F 43.0. Тяжесть состояния определялась длительностью пребывания под бомбежкой, отсутствием сведений о близких, наличием в анамнезе хронических стрессовых нарушений, развившихся в результате войны 1992 г. Совокупность расстройств включала эмоциональные (тревогу, страх), соматовегетативные и функциональные невротические симптомы. Ведущими в клинической картине были проявления тревожного (32 чел.), ипохондрического (24 чел.), адинамического (6 чел.) характера. Краткосрочная терапевтическая программа, включающая мониторинг состояния, проводилась в течение 3–5 дней. Через 1–2 дня улучшение психического состояния отмечалось у 58% пострадавших: имело место общее успокоение с умень-

шением выраженности психического и физического напряжения, редукция вегетативной симптоматики, улучшение сна и аппетита

Заключение. Психолого-психиатрическая помощь пострадавшим должна оказываться в ранние сроки. Необходима доступность помощи каждому беженцу. Используемые методы должны быстро купировать острые психические расстройства, с другой – лечебные воздействия не должны вызывать у пострадавших выраженной сонливости, двигательной заторможенности, препятствующих их участию в экстренных эвакуационных мероприятиях, решению социальных задач. В связи с этим предпочтение следует отдавать психотерапевтическим методам и препаратам мягкого седативного и анксиолитического действия.

#### **ДЕСТРУКТИВНЫЕ ЦИКЛИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И СЕМЕЙНОГО ПОВЕДЕНИЯ МАТЕРЕЙ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

В. А. Празднова, Т. В. Зеленкова  
(Москва)

Нами были исследованы особенности психопатологической симптоматики, механизмы психологической защиты и индивидуально-типологические характеристики матерей, совершеннолетние дети которых имели психические патологии невротического уровня (37 чел.), особенности их семейного воспитания. Проведенный корреляционный анализ выявил наличие циклических взаимосвязей, имеющих деструктивный характер.

Результаты показали, что для данной группы матерей характерен интровертированный тревожно-сензитивный тип личности с выраженным депрессивным фоном настроения. В качестве ведущего механизма психологической защиты выступает проекция, которая формирует неустойчивость стиля воспитания в семье ( $p < 0,05$ ), выраженную в виде резкой смены воспитательных воздействий, постоянных колебаний между повышенным вниманием к ребенку и его эмоциональным отвержением. Эта неустойчивость нейтрализуется за счет возникающей депрессии ( $p < 0,01$ ), являющейся результатом проецирования, что создает деструктивный замкнутый круг, препятствующий выздоровлению и создающий неблагоприятные условия для психического функционирования семьи.

Было выявлено, что “фобия утраты ребенка”, характерная для матерей данной группы, подавляет их эмотивность ( $p < 0,05$ ), способствуя увеличению интровертированности, десоциализации и закреплению тревожно-сензитивных черт личности матери, потенцирующих формирование депрессивного фона. Это еще одна циклическая взаимосвязь, которая также является деструктивной.

Выявление подобного рода деструктивных циклических взаимосвязей четко указывает мишени системной семейной психотерапии и основные темы для планирования цикла групповых занятий.

## ОПЫТ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОГЕННЫХ ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

А. А. Прибытков  
(Пенза)

С учетом влияния антидепрессантов на развитие ребенка (при грудном вскармливании) для лечения психогенных послеродовых депрессий целесообразно использование психотерапии.

Эффективность психотерапии была исследована в группе 27 пациенток с психогенными послеродовыми депрессиями непсихотического уровня. Применялись когнитивно-бихевиоральные и суггестивные методики, по возможности в психотерапевтическую работу включались ближайшие родственники (супруг, родители). Контроль состояния пациенток осуществлялся в ходе 6 визитов: визит 1 – оценка до лечения, визиты 2 и 3 – исследование через 1 и 2 недели соответственно, дальнейшая оценка проводилась каждые 2 недели, последний визит – после 8 недель терапии. В исследовании использовался клиничко-психопатологический метод и клинические шкалы для оценки депрессивных и тревожных расстройств (шкала Монтгомери-Асберг, шкала Спилбергера).

Из 27 больных, включенных в исследование, полностью прошли курс терапии 25 (92,6%). Причиной выбывания двух пациенток послужил отказ от рекомендованной терапии. Согласно результатам, полученным при оценке тяжести депрессии по шкале Монтгомери-Асберг, достоверное ( $p < 0,01$ ) снижение уровня депрессивных расстройств выявлялось ко 2-й неделе с последующей положительной динамикой в течение всего курса лечения. Достоверное обратное развитие симптомов тревоги у родильниц (оценка по шкале Спилбергера) начиналось на 2-й неделе лечения ( $p < 0,05$ ) и становилось все более выраженным на фоне дальнейшей терапии с непрерывным улучшением показателей вплоть до последней (8-й) недели терапии. К концу исследования значимая редукция аффективных нарушений (50 и более процентов по используемым шкалам) зарегистрирована у 19 из 25 родильниц (76% наблюдений).

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОЖОГОВОМ ЦЕНТРЕ ГКБ № 36 ОБОЖЖЕННЫМ ЛИЦАМ, ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ПОЖАРЕ В ПЕРМСКОМ КЛУБЕ “ХРОМАЯ ЛОШАДЬ”

В. Н. Прокудин, Ю. П. Бойко, Т. В. Лященко  
(Москва)

После пожара в Пермском клубе “Хромая лошадь”, случившемся 5 декабря 2009 г., 12 пострадавших были самолетами МЧС доставлены в ряд московских больниц.

В Ожоговый Центр (ОЦ) ГКБ № 36 в эти дни было доставлено 12 человек, из них трое больных умерли не приходя в сознание. Настоящее сообщение посвящено организации психотерапевтической и медико-психологической помощи остальных 9-ти больным.

У всех больных врачами ОЦ были выставлены диагнозы: Ожог пламенем I-II-III AB-IV степени головы, туловища, верхних и нижних конечностей (от 2% до 15–52% поверхности тела); термоингаляционное поражение тяжелой степени; отравление продуктами горения и углекислым газом; ожоговый шок; состояние после транспортировки. Психиатрический диагноз у пострадавших был однотипным: острая реакция на стресс, ПТСР, расстройство адаптации с или без депрессивной реакцией; органические эмоционально-лабильные расстройства и др. У больных наблюдались флешбэки, ретроградная амнезия, конверсионные расстройства моторики и др.), все эти расстройства порой перекрывались, по-видимому, за счёт тяжести токсической (ожоговой) интоксикации органическими, в т.ч. симптоматическими, расстройствами, начиная с органического эмоционально-лабильного расстройства, делирия, легкого когнитивного расстройства, органических расстройств личности и т.п.

Отметим заслугу в спасении жизни 9-ти пациентов, получивших тяжёлые ожоги, высококвалифицированных врачей-комбустиологов ОЦ ГКБ №36. бригадной работы их с психотерапевтами. Отметим положительные личностные особенности пермских пациентов (скромность, доброжелательность, непретенциозность, сердечность) и их искреннюю благодарность московским медикам за спасение их жизни.

## ДИСФУНКЦИИ ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ И ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

О. Д. Пуговкина, Л. М. Щеголева  
(Москва)

Психологические факторы могут вносить значимый вклад в процесс хронификации расстройств аффективного спектра. В настоящем исследовании проводился сравнительный анализ различных дисфункций интерперсональной сферы у больных депрессивными расстройствами (F33.2, n=26) и больных тревожными расстройствами (F40.01, F41.1, n=23). Все пациенты отвечали критерию хронифицированного расстройства (Смулевич А.Б., 2002). В группе пациентов с депрессиями средняя давность заболевания составила 5,7 лет, среднее количество госпитализаций – 3,0; в группе пациентов с тревожными расстройствами – 3,6 и 2,8 соответственно. Оценивалась выраженность ряда дисфункций интерперсональной сферы – характеристик социальной сети, социальной поддержки, мотивации аффилиации, ряда личностных характеристик (Большая пятерка).

Было обнаружено, что показатели социальной сети (размер, ядро, плотность, количество эмоционально значимых и поддерживающих контактов) значительно ниже в группе пациентов с хронифицированной депрессией. Этим пациентов также отличает большее число формальных контактов и контактов с конфликтными отношениями в ядре сети.

По мере увеличения давности заболевания в группе больных депрессивными расстройствами снижается выраженность страха отвержения и возрастает уровень воспринимаемой инструментальной поддержки, а в группе больных тревожными расстройствами не обнаружено связи давности заболевания и нарастания дисфункций. Восприятию эмоциональной поддержки у пациентов с депрессией могут препятствовать снижение выраженности таких личностных черт, как кооперативность, ответственность и экстраверсия, а у больных с тревожными расстройствами – высокий страх отвержения.

#### **ПЕРСПЕКТИВЫ КЛИНИКО-ЛИНГВИСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ**

М. Б. Ремесло, Н. С. Медведева  
(Санкт-Петербург)

Лингвистические аспекты психотерапии, которые в комплексе рассматриваются как область клинической лингвистики, остаются областями мало разработанными и незнакомыми большинству психотерапевтов. Декларативность определения психотерапии, как, прежде всего, речевой (языковой) терапии связана с отсутствием научной лингвистической базы у большинства психотерапевтических методов. Существующие исследования в этой области только сравнительно недавно стали принимать во внимание современные методологические принципы изучения языка, достижения динамической лингвистики, предполагающие изучение языковых явлений в динамике, на различных уровнях его организации.

За последнее время проводились исследования лингвистических особенностей пациентов с пограничными и невротическими расстройствами; небольшое количество исследований посвящено анализу текстов, используемых в психотерапевтической коммуникации; изучению алекситимии и эффективности психотерапии таких пациентов.

Однако клиническая лингвистика должна стремиться к более полной интеграции достижений лингвистики в психотерапию. Одним из перспективных направлений представляется изучение семантических особенностей речи пациентов при различных пограничных психических расстройствах. Большое значение для развития психотерапии имела бы возможность доказательства существования лингвистических маркеров мотивации и комплаенса пациентов, начинающих психотерапию. В данное время так же не изучены и лингвистическая специфика психотерапевтических методов, различных форм и видов психотерапии. Особого внимания заслуживает изучение речи

самого психотерапевта, динамики лингвистических показателей во время прохождения психотерапевтической подготовки, соотнесение особенностей речи психотерапевта и пациента на различных этапах лечения.

#### **НАРУШЕНИЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Г. Е. Рупчев, А. А. Алексеев  
(Москва)

Выделение Э. Крепелином неблагоприятного протекающего психоза, как болезни преждевременного оскудения ума (*dementia praecox*), переопределение позже Э.Блейлером этой болезни, как шизофрении, до сих пор задает полюсы научной дискуссии, где шизофрения, рассматривается или как нейродегенеративный процесс, или – грубое рассогласование психических сфер (*schizophrenia*). После эры внимания к бреду и галлюцинациям, внимание исследователей повернулось к негативным, а затем и к когнитивным нарушениям, которые переформулировались от “нарушений высших процессов”, до “явления гиподлительности”, своеобразной “лобной патологии”. В настоящее время шизофрения рассматривается как именно нейрокогнитивное (т.е. обеспеченное объективно выявленным нарушением мозгового субстрата, функциональным или органическим) расстройство, а “гиподлительность”, как ее ключевая особенность, описывается в уже в терминах дефицита исполнительных функций, в отечественной патопсихологии известных как, нарушение контроля и регуляции своих действий. (Зейгарник Б. В., Рубинштейн, 1971, 1970, 1978, Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф., 1991, 2004). Однако, несмотря на то, что число публикаций по данной проблеме в период с 1990 по 2000 год превысило 500 (Palmer и Heaton, 2000), авторами подчеркивается, что выявляемые “гиподлительные” знаки, не могут быть отождествлены с явлениями истинной гиподлительности – “стигмами”, наблюдаемыми при локальных поражениях передних долей (Weinberger DR, Berman KF, 1996). Подобные внешние сходства и различия по сути, а также избирательность нарушений (только в 60% исследований были обнаружены явления гиподлительности) (Weinberger и Berman, 1996) ставят задачи по детальной дифференциации этих явлений для диагностики, терапии, реабилитации. Исследование выполнено при поддержке РФФИ, проект 08-6-00057А.

#### **АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧА-ОНКОЛОГА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

В. Я. Сазонов, В. Н. Клименко  
(Санкт-Петербург)

Термин эмоционального выгорания появился в психологии сравнительно недавно (1974 год), но в последнее время он стал широко использоваться в

научных текстах. Под эмоциональным выгоранием (burn-out) понимается комплекс особых психических проблем, возникающих у человека в связи с его профессиональной деятельностью. Особенно актуальна эта проблема для медицинских работников, в частности, врачей-онкологов. Врачу-онкологу помимо основных обязанностей приходится в своей работе выполнять не свойственные ему функции медицинского психолога и психотерапевта. Обсуждая профессиональный аспект факторов синдрома эмоционального выгорания врача-онколога, необходимо отметить, что врач-онколог постоянно находится в контакте с тяжелобольными людьми, находящимися в кризисной ситуации, поэтому можно говорить о вторичной психологической травме, которой он опосредованно подвергается.

Имеются доказательства всё более ухудшающегося психологического состояния врачей, причём максимальная выраженность наблюдается именно у онкологов. Усиление эмоционального выгорания может быть связано с целым рядом причин, часть которых уже изучены: это особенности личности, такие как агрессивность, тревожность, эмоциональная чувствительность, неконструктивные копинг-стратегии.

Однако специальные исследования эмоционального выгорания врачей-онкологов не дают полной картины, личностных и профессиональных факторов, формирующих вышеуказанный синдром и путей его профилактики, что позволяет сделать обоснованный вывод о необходимости планировании специальных исследований.

### **О НЕОБХОДИМОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНТАМ**

О. Г. Сидорова, Н. С. Сединина, О. И. Кузнецов  
(Пермь)

В настоящее время наблюдается рост количества тревожных людей. Нормальная (физиологическая) тревога адекватна ситуации, в которой находится человек, патологическая тревога не связана с истинными проблемами, усиливается неадекватно ситуации. Высокая личностная тревожность порождает неуверенность в своих силах, заставляет преувеличивать жизненные трудности, снижает умственную работоспособность, ухудшает учебу и адаптацию, формирует невротические реакции. Коррекция уровня тревожности относится к наиболее важным задачам психологического воздействия. Нами было обследовано 436 студентов-медиков младших курсов, средний возраст  $18,9 \pm 0,3$  года. Высокий уровень личностной тревожности выявлен у 107 (24,5%) человек, среднее значение тревоги –  $50,4 \pm 1,8$  баллов. Уровень личностной тревожности взаимосвязан с показателем самооценки, в этой группе обследованных студентов определен низкий уровень самооценки по методике Будасси –  $0,17 \pm 0,02$  баллов, следовательно, эти люди не уверены в собственных способностях и возможностях,

не пытаются ставить перед собой серьезные цели. По методике Айзенка экстраверсия –  $11,8 \pm 1,2$ ; интроверсия  $12,2 \pm 1,6$  нейротизм  $10,8 \pm 0,8$  баллов. Учитывая средние, “уравновешенные” значения показателей данных шкал, можно говорить об отсутствии патологических реакций в эмоциональной сфере в момент обследования. Представленные данные говорят о необходимости проведения профилактической психологической и психотерапевтической работы с данной категорией студентов, для того, чтобы помочь им сформировать чувство уверенности в себе и лучше адаптироваться в обществе.

### **СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ К КРИЗИСУ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА И ТРУДОСПОСОБНОСТЬ У РАБОТАЮЩИХ ЖЕНЩИН**

Е. Н. Скрипачева, М. М. Аксенов  
(Северск, Томск)

Социально-экономическая трансформация, происходящая в России, затрагивает основные сферы развития общества. Современная жизнь как бы ставит эксперимент на психической стрессоустойчивости, предъявляя к ней непосильные, чрезмерные требования, действуя крайне разрушительно, создавая благоприятные условия для перманентного расстройства адаптации, дистресса. Возрастной кризис среднего возраста у женщин существенно изменяет их жизненный путь, вызывает экзистенциальный (психодуховный) кризис и нарушает процесс социальной адаптации и работоспособности. Многие женщины при низкой стрессоустойчивости самостоятельно не могут решить задачу развития на этом возрастном этапе, что приводит к увольнениям и разводам. По результатам проведенных исследований у 112 женщин среднего возраста из контингента обследованных уже имеющих одного и более детей, с учётом материального, социального и семейного положения, было сформировано две группы. В первую группу вошли женщины, у которых присутствовали все факторы, а именно полная семья (родители, муж, хотя бы один ребенок), наличие работы, отсутствие жилищных проблем, средний и высокий материальный достаток. Вторая группа – женщины, у которых отсутствовал хотя бы один из вышеперечисленных факторов. Таким образом, во вторую группу вошло наибольшее количество женщин, что составило 71,4% от общего количества испытуемых. Исследование выявило, что в актуальном состоянии в основной группе испытуемых присутствует: низкая стрессоустойчивость, тревога, пессимизм, неуверенность в будущем, депрессия, страхи и опасения за будущее, неудовлетворенность взаимоотношениями с супругом и коллегами по работе. Результаты исследования используются в программах по повышению стрессоустойчивости, коррекции возрастных кризисов у женщин работоспособного возраста.

## ВЫБОР ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ДЕПРЕССИЙ

Д. А. Смирнова  
(Самара)

Проведенное в ходе исследования речи больных легкими депрессиями (n=124) разделение их на психолингвистические типы тоскливого (Т, n=38), тревожного (Тр, n=45) и астено-гиподинамического (А, n=41) вариантов позволяет анализировать тропность данных состояний к разным психотерапевтическим подходам.

Повествовательность изложения, редкие элементы рассуждения и наиболее выраженная семантическая редукция обнаружены у Т – типа. Способность продуцировать последовательные суждения – ресурс для включения в психоаналитический сеттинг, но не для динамики пациента. Показан когнитивно-поведенческий подход, ориентированный на рассогласование патологического повествования, изменение способа мышления, создающего новые и восстанавливающего утраченные смыслы.

Усиление связности фактов, причинно-следственных взаимоотношений между суждениями характеризуют Тр – тип. Психоанализ с техникой ассоциирования направлен на редукцию механизмов патологического поиска взаимосвязей, объяснения причин и гиперрефлексии. Терапия образами смещает фокус с зоны искаженных когниций на зону чувств и здоровых эмоций и предпочтительна для Т и Тр – типов

Короткие, незаконченные предложения, пропуск слов и фактов свойственны А – типу. Астения и гипопатия – антиресурсы эффективности любой терапии, где требуется участие, коммуникация, в т.ч. вербального формата. Терапия образами (эриксоновский гипноз, психосинтез) способствует заполнению семантических лакун, проговариванию образов, восстановлению побуждений к действиям. После получения эмоциональных ресурсов в состоянии релаксации и транса может быть подключена экзистенциально-гуманистическая терапия, направленная на восстановление у А – типа смыслов, эмоций и поведения.

## СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Е. Ю. Соколов  
(Москва)

К специальностям, где нередко присутствует синдром эмоционального выгорания, относятся сотрудники органов внутренних дел и другие специалисты, у которых существует система работы “человек-человек”, где сотрудник, работая с большой отдачей, постепенно истощается.

Возникновению эмоционального выгорания способствуют:

### 1. Внешние факторы:

- хроническая напряженная психоэмоциональная деятельность;

- повышенная ответственность за исполняемые функции и операции;
- неблагоприятная психологическая атмосфера профессиональной деятельности;
- наличие конфликтной ситуации между подчиненным и руководителем или между коллегами, или при обеих ситуациях;
- психологически трудный контингент или трудные ситуации у сотрудников милиции, с которыми им приходится сталкиваться.

### 2. Внутренние факторы:

- психологические особенности личности;
- интенсивные восприятия и переживания обстоятельств профессиональной деятельности.

К симптомам эмоционального выгорания относятся разнообразные астено-вегетативные, депрессивные состояния.

Одним из существенных факторов, преграждающих усугубление синдрома сгорания, является принятие сотрудником ОВД личной ответственности за свою работу. Если он из-за неудач или плохого самочувствия занимает пассивную позицию и обвиняет окружающих, чувство бессилия и безнадежности лишь увеличивается.

Эмоциональное выгорание не является неизбежным. Для его предупреждения или дальнейшего развития должны быть предприняты профилактические шаги, которые могут предотвратить, ослабить или исключить его возникновение. Своевременно заметив симптомы, можно справиться с болезнью самостоятельно.

## ГРУППОВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С ПЕРСОНАЛОМ ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ

Т. А. Солохина, Л. М. Алиева, В. В. Анохина,  
Н. В. Марушкевич, Н. С. Грачева, А. И. Цапенко  
(Москва)

Работы отечественных и зарубежных авторов, а также собственные исследования свидетельствуют об эмоциональном выгорании, подверженности стрессу, возникновении профессионального бремени персонала психиатрических учреждений. Учитывая это, актуальным является проведение для них профилактических и восстановительных мероприятий.

**Цель:** разработка методических основ групповой работы с персоналом психиатрических стационаров, оценка ее эффективности.

**Результаты.** Модель включала тренинг повышения стрессоустойчивости и снижения профессионального бремени, участие в Балинтовских группах и групп-аналитических супервизиях. Тренинг основан на интегративном подходе с использованием когнитивно-поведенческой и телесно-ориентированной терапии, а также арттерапии для осознания источников профессионального стресса, развития стратегий совладания, адаптивных реакций. Балинтовские и групп-аналитические встречи проводились в тради-



ционном формате. Участвовали 45 медсестер и социальных работников, 22 психиатра и психолога. Результаты тестирования с использованием шкалы психологического благополучия (Ryff, 1989), опросников ОФДСИ-26-В (Манолова, 2005), IIP-64 (Horowitz et al., 2000), SCL-90-R (Дерогатис, 1983) и др. зафиксировали профессиональный и личностный рост, расширение репертуара коммуникативных паттернов и профессиональных вмешательств, освоение техник самовосстановления, снижение тревоги, эмоционального утомления, неудовлетворенности работой. Для повышения качества работы профилактические и восстановительные мероприятия, предназначенные персоналу психиатрических учреждений, следует проводить на постоянной основе.

### **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МОНТАЖ – НОВЫЙ МЕТОД ПСИХОТЕРАПИИ**

А. Е. Строганов  
(Барнаул)

В последние годы мы активно разрабатываем позитивно зарекомендовавшее себя в лечении невротических расстройств и личностной коррекции направление в психотерапии – трансдраматическую терапию, которая представляет собой совокупность психотерапевтических методов, основанных на театральном методе и системах. Новый метод, созданный в рамках направления – психотерапевтический монтаж базируется на учениях В.Э. Мейерхольда и Г.И. Гурджиева, содержит в себе структуру последовательной, поэтапной коррекции личности, находящейся в проблемной ситуации, включая коррекцию вторичных и третичных личностных расстройств, формирует и использует творческий потенциал пациента, с целью выхода из кризиса, направлен на социальную реабилитацию и психологическую адаптацию пациента, страдающего психическим расстройством и способствует формированию у него резистентности к психотравмирующим ситуациям. Психотерапевтический монтаж содержит в себе элементы личностно-ориентированной терапии и элементы поведенческого тренинга. Состоит из шести этапов: вступительного собеседования, экспликации, предварительного монтажа, окончательного монтажа, моделирования, заключительного собеседования. Средняя длительность лечения составляет 10–12 недель.

Метод может использоваться в реабилитационной психиатрии, лечении невротических расстройств, алкогольной и наркотической зависимости. Первые результаты клинической апробации показали его состоятельность.

### **ПСИХОЛОГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА – НОВОЕ НАУЧНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Н. В. Тарабрина  
(Москва)

Анализ и обобщение результатов многолетних теоретико-эмпирических работ, выполненных в Институте

психологии РАН (1990–2009 гг.) под нашим руководством на различных контингентах лиц, переживших травматические ситуации и направленных на изучение психологической картины ПТСР, позволил выделить новое научное направление в клинической психологии – психология посттравматического стресса (Тарабрина Н.В., 2009). Обоснована необходимость и возможность выделения термина “посттравматический стресс” в самостоятельную категорию; основой для этого служит критерий наличия в биографии человека травматического события, связанного с угрозой жизни и сопровождающегося переживанием интенсивных негативных эмоций интенсивного страха, ужаса или чувства безвыходности (беспомощности), т.е. пережитого травматического стресса. Установлены границы и статус психологии посттравматического стресса как теоретического и прикладного раздела клинической психологии. Показана эвристическая ценность введения в теорию и практику клинко-психологических исследований категории “посттравматический стресс”.

Актуальность такого исследования обусловлена, прежде всего, высокой социальной значимостью проблемы, потребностью теоретического осмысления различных подходов, разработанных в зарубежных работах и необходимостью их интегрирования с традициями отечественной психологии, а также потребностью в разработке методов дифференцированной оценки негативных психологических последствий воздействия травмы на человека, которые необходимы для учета посттравматических когнитивно-эмоционально-личностных изменений в психике при выборе методов и мишеней психологической коррекции и психотерапии.

### **МЕТОДИКА КОГНИТИВНО- ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИСТУПАМИ ПАНИКИ**

Р. Д. Тукаев, О. П. Корабельникова,  
А. Н. Кузнецов, В. Н. Кузнецов, К. А. Срывкова  
(Москва)

Актуальность терапии тревожных расстройств с приступами паники (ПП) определяется их распространенностью, дезадаптивностью и коморбидностью. Исследования терапии тревожных расстройств с ПП акцентируются на фармакотерапии, хотя частота рецидивов после 6-ти месячной антидепрессивной терапии превышает 50%. Из методов психотерапии чаще применяется когнитивно-поведенческая терапия.

Нами разработана методика психотерапии тревожных расстройств с ПП (агорафобии, социофобии, специфической фобии и собственно панического расстройства (МКБ-10)), включающая психообразовательный, когнитивно-ориентированный, гипнотерапевтический компоненты. Психообразовательный компонент включает: понимание тревоги как нормальной мобилизационной ре-

акции; формирование представления о фазном развитии тревожного расстройства с ПП; формирование представления о путях купирования расстройства. Когнитивно-ориентированный компонент: индивидуализирует понимание пациентом развития расстройства; способствует нормализации травматического опыта пациента в переживании ПП; стимулирует копинг триггерных компонентов ПП, ограничительного поведения и фобий, наряду с формированием здорового образа жизни и нормализацией вегетативного регулирования; стимулирует овладение пациентом навыка копинга проблемных ситуаций и формирование позитивного мышления. Гипнотерапия в формате универсальной гипнотерапии оказывает противотревожное и вегето-нормализующее действие, потенцирует действенность психообразовательного и когнитивно-ориентированного компонентов психотерапии.

При психотерапии 102 пациентов с тревожными расстройствами и ПП значительное улучшение состояния (ЗУС) достигнуто в 64,7% случаев, а улучшение состояния (УС) – в 31,4% случаев (суммарно – 96,1%). При катamnестической оценке (1 год) у 54 пациентов ЗУС сохранялось в 53% случаев, а УС – в 35% случаев (суммарно – 88%). Результаты указывают на: клиническую эффективность методики психотерапии; возможность ее применения самостоятельно, в комплексе с фармакотерапией, с прекращением фармакотерапии.

### СООТНОШЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ИНСОМНИИ И ОБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ СНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНСОМНИЕЙ

А. Ш. Тхостов, Е. И. Рассказова  
(Москва)

Было проведено исследование корреляции психологических факторов инсомнии и объективной картины сна:

1. Выраженность хронифицирующих факторов инсомнии (количество мыслей перед сном, дисфункциональные убеждения в отношении сна) связана с ухудшением субъективного качества сна у больных инсомнией. Усиление внимания больных к связанным со сном ощущениям и вегетативным симптомам также коррелирует с большей тяжестью инсомнии.
2. Выраженность дисфункциональных убеждений положительно коррелирует с долей (в процентах) второй стадии сна в общей структуре сна.
3. Выраженность мыслей перед сном отрицательно коррелирует с четвертой стадией сна, ее долей в структуре сна и дельта-сном в целом, положительно коррелирует с латентным периодом дельта-сна (на уровне тенденции), долей быстрого сна в структуре сна. Помимо этого, балл по ОСМ отрицательно коррелирует с латентным периодом быстрого сна и – на уровне тенденции – числом пробуждений. Т.е. выраженность мыслей, мешающих зас-

нуть, способствует ускорению перехода к быстрому сну за счет уменьшения дельта-сна, при этом частота пробуждений парадоксально снижается.

4. Число вегетативных симптомов на уровне тенденции положительно коррелирует с долей первой стадии в структуре сна и отрицательно – с долей четвертой стадии в структуре сна. При этом чрезмерно большое или незначительное количество симптомов отрицательно коррелирует с долей быстрого сна.

Полученные данные подтверждают связь таких психологических факторов как тревога в отношении сна, убеждения в отношении сна и мысли, мешающие уснуть с хронификацией первичной инсомнии.

### ВЛИЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА НА ВЫРАЖЕННОСТЬ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С СД 2 ТИПА

Р. А. Тютев, П. П. Балашов  
(Томск)

В исследовании использовались шкалы CES-D и Спилбергера–Ханина, проводилось регулярное взвешивание и исследование уровня сахара крови. Обследования проводились перед началом снижения веса, через месяц и через 3 месяца. В исследование были включены 41 пациент с симптомами депрессии и СД 2 типа, средние показатели на момент начала: вес 106,6 кг, индекс массы тела (ИМТ) 39,3 (тяжелое ожирение), уровень сахара крови 6,23 ммоль/л, индекс CES-D 21,8 балла. Уровень реактивной тревоги 49,6 балла, личностной тревожности – 53,6 балла.

Через месяц: средний вес составил 99,6 кг, (–7,1 кг). ИМТ снизился с 39,3 до 36,7. Показатели шкалы CES-D составили 18,8 балла, показатели подшкалы реактивной тревоги Спилбергера–Ханина – 44,2 балла, личностной тревожности – 52,4 балла. Уровень сахара крови составил 5,25 ммоль/л.

Через 3 месяца средний вес составил 94,2 кг, ИМТ составил 34,7 балла. Индекс CES-D составил 16,3 балла, показатели реактивной тревоги – 42,3 балла, личностной тревожности – 49,5 балла. Уровень глюкозы составил 5,07 ммоль/л. Таким образом, в течение 3 месяцев наблюдалась позитивная динамика всех основных показателей: снижение массы тела в среднем на 12,4 кг и ИМТ на 4,6 балла, а также показателей шкалы CES-D в среднем на 5,5 баллов, реактивной тревоги на 7,3 балла и личностной тревожности на 4,1 балла. Также снизился уровень сахара крови с 6,23 до 5,07 ммоль/л. Данные указывают, что психотерапевтическая коррекция избыточного веса у пациентов с СД 2 типа эффективна не только в отношении снижения веса, но также позволяет снизить тяжесть депрессивной и тревожной симптоматики и нормализовать уровень сахара крови в краткосрочном периоде времени.

## О ВЛИЯНИИ МОДЕЛИ ПЕРВИЧНОГО КОНТАКТА С НЕВРОТИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТОМ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Д. А. Федоряка, В. В. Холявко  
(Санкт-Петербург)

В рамках современной отечественной неврологии (В.Н. Мясищева – Б.Д. Карвасарского) и теории лично-отно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии по Карвасарскому, Исуриной, Ташлыкову, рассматриваются три формы невротических расстройств, которым соответствуют три типа интрапсихического конфликта – неврозу навязчивых состояний соответствует психастенический тип конфликта, неврастении – неврастенический, истерическому неврозу – истерический.

Эффективность психотерапии определяется возможностью первоначального соприкосновения психотерапевта с зоной особо значимых отношений личности пациента с невротическим расстройством, что затем, на основном этапе психотерапии используется для реконструкции всей личностной системы пациентов. При истерической форме невротического расстройства (с истерическим типом конфликта) получить доступ к интимным переживаниям позволяет роль врача, которую можно описать как соглашающуюся – психотерапевт делает акцент на высокой значимости собственного “Я” больного в окружающем мире, предоставляет свободу выбора в видах оказания помощи, ориентируется в разумных пределах на запрос пациента. При контакте с больным при неврозе навязчивого состояния необходимо занять авторитарную позицию, врач таким образом избавляет пациента от выбора, необходимость которого и приводит пациента к страданию. Для пациентов с неврастением наиболее предпочтительной является партнерская, сотрудничающая модель поведения психотерапевта.

Представляется, что исследовательская работа может вестись в направлении изучения соотношений смешанных типов внутриличностного конфликта пациента и особенностей его поведения на первичной встрече в случаях успешно проведенной психотерапии.

## ТРЕНИНГ АНАЛИЗА СИТУАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Е. А. Харина, В. А. Бардюркина,  
Э. Т. Байдавлетова, Е. Ю. Антохин  
(Оренбург)

Высокая распространенность депрессий с их частой резистентностью к психофармакотерапии (ПФТ) определяет актуальность изучения данных состояний и разработки методов нелекарственной терапии. Цель работы: оценка эффективности групповой когнитивно-поведенческой психотерапии – тренинг анализа ситуаций (ТАС) у больных непсихотической депрессией в структуре ком-

плексной терапии. Методы исследования: клиничко-психопатологический с объективизацией опросником SCL-90-R, патопсихологический (опросник SVF, методика Хейма – диагностика структуры копинга), статистическая оценка сдвига – критерий Вилкоксона. Обследовано 60 пациентов: 32 пациента (основная группа), прошедших ТАС (21 день) и получавших ПФТ (комплексная терапия), и 28 пациентов (контрольная группа), получавших только ПФТ. По ПФТ группы были сопоставимы. В результате лечения в основной группе выявлены статистически значимые ( $p < 0,05$ ) изменения в клинической картине: снижение интенсивности тревоги, соматизации, межличностной сензитивности, депрессии, склонности к сверхценным образованиям, враждебности, ограничительного поведения, когнитивной обсессивности. Снизилась ( $p < 0,05$ ) частота использования неадаптивных копинг-стратегий в поведенческой и эмоциональной сферах (“избегание”, “подавление эмоций”, “покорность”, “самообвинение”, “агрессия”). В контрольной группе статистически значимой динамики изменений клиники и копинг-стратегий не установлено, определена тенденция к снижению симптоматики по шкалам “депрессия”, “тревога”, “обсессивность” и “межличностная сензитивность”, усиление относительно адаптивного паттерна копинга. Таким образом, комплексная терапия, включающая ТАС, повышает эффективность лечения больных непсихотическими депрессиями, в сравнении с больными получающими преимущественно ПФТ.

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА НА ОСНОВЕ “СБАЛАНСИРОВАННОЙ” ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ МЕТОДОЛОГИИ

А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян,  
Т. В. Довженко, О. Д. Пуговкина,  
С. В. Воликова, И. В. Никитина, Г. А. Петрова,  
Т. Ю. Юдеева  
(Москва)

**Актуальность.** РСТ или методология исследований психотерапии в соответствии с критериями медицины, основанной на доказательствах, сыграла важную роль в обосновании статуса психотерапии как высокоэффективного метода лечения психических расстройств, однако в настоящее время многие психотерапевты, как психологи, так и психиатры подвергают критике прямой перенос данных этих исследований в практику и критикуют эту методологию, как несоответствующую сути психотерапии. Ведущими специалистами подчеркивается важность изучения факторов эффективности психотерапии в естественных условиях ее проведения (Lambert, Garfield, 2004). **Цель.** Выявление факторов успешности интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра (Холмогорова, Гаранян, 1998), направленной на систему мишеней (макросоциальных, семейных, личнос-

тных и интерперсональных) на основе новой, так называемой “сбалансированной” методологии (Caspar, 2010), сочетающей естественные условия проведения психотерапии с использованием валидизированных методов оценки вклада различных факторов.

**Методы.** Комплекс методик, направленный на тестирование симптоматики (SCL-90-R, Derogatis; Clinical Global Impression Scale, CGI), уровня стресса (Daily Hassle Scale, DHS-revised, J. Holm, A. Holroyd), семейных дисфункций (Freiburger allgemeiner Familienfragebogen Scheib et al; Опросник семейных эмоциональных коммуникаций Холмогоровой, Воликовой), личностных черт (опросник перфекционизма и тест враждебности Гаранян, Холмогоровой; Personal Beliefs Questionnaire Beck et al), интерперсональных отношений (опросник социальной поддержки Sommer, Fydrick; шкала рабочего альянса и комплайнса). **Результаты.** На основании обследования 41 больного расстройствами аффективного спектра были выделены факторы-предикторы прерывания психотерапии, факторы успешности краткосрочной психотерапии и факторы, увеличивающие ее продолжительность. Наличие обсессивно-компульсивных симптомов и черт уклоняющегося расстройства личности оказалось связанным с ее большей длительностью, а наличие шизоидных черт – с риском прерывания. Основные факторы, препятствующие успешности краткосрочного лечения: личностные – высокий уровень враждебности и низкая способность к интернализации конфликтов; семейные – низкий уровень эмоциональной открытости и готовности открыто признавать наличие семейных проблем; интерперсональные – низкий уровень социальной интеграции и способность к созданию и укреплению терапевтического альянса.

### ПОМОЩЬ В ПРЕОДОЛЕНИИ БОЛЕЗНИ

А. И. Цапенко, Т. А. Солохина, Л. С. Шевченко  
(Москва)

Учитывая накопленный отечественный и зарубежный опыт, нами была разработана модель психосоциальной реабилитации пациентов и их семей, концептуальная основа которой базируется на интеграции идей общей теории систем, теории социального научения, группового и индивидуального психоанализа. Методической основой модели является комплексный характер воздействий, длительный период психосоциальной терапии за счет последовательной смены ее видов, осуществление вмешательств непосредственно в сообществе в реабилитационном центре и клубе, созданных общественной организацией “Семья и психическое здоровье”, а также вовлечение в работу общественной организации.

Для пациентов предусмотрено психообразование, тренинг социальных навыков, групп-аналитическая психотерапия, лечебная физкультура, содержательный досуг, терапия средой (воздействие сообщества, функционирующего на принципах партнерства).

Модель помощи для родственников включает психообразование, психологическое консультирование, тренинг снижения эмоциональной экспрессии, групп-аналитическую психотерапию, работу в общественной организации.

Более 200 пациентов и 300 членов семей приняли участие в этих программах. Десятилетний опыт проведения реабилитационной работы, результаты исследований свидетельствуют о гармонизации семейных отношений, уменьшении конфликтности в семье, снижении семейных психологических тягот, расширении круга общения родственников, улучшении их коммуникативных навыков. Пациенты – участники реабилитационных программ демонстрировали развитие социальных навыков, улучшение комплаентности, социального функционирования, качества жизни, осознание своих потребностей в разных сферах жизни, поиск способов их удовлетворения.

### ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГНЕВА В ПРОЦЕССЕ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ КОМБАТАНТОВ

Е. И. Чехлатый, С. А. Колов  
(Санкт-Петербург)

Комбатанты являются “трудными” пациентами для психотерапевтов. Патологический гнев – их самая частая и сложная проблема, он в наибольшей степени влияет на их адаптацию и социальные отношения, в том числе на терапевтический альянс, ухудшает психическое здоровье и увеличивает риск возникновения кардиологических заболеваний. В настоящее время не существует эффективных методов психотерапии дисфункционального гнева участников войн.

Цель настоящего исследования – изучение динамики показателей патологического гнева в результате применения авторских методов психотерапии ветеранов.

Обследовано 310 комбатантов, из них 44 (1-я группа) проходили курс модифицированной групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, направленной на коррекцию гнева и агрессивного поведения. 2-я группа из 266 ветеранов получала неспецифическое лечение. Использовалась клиническая шкала многомерной оценки гнева. Анализ данных проводился статистическим пакетом SPSS-17, достоверность различий оценивалась критерием Манна-Уитни. Для адекватной оценки результатов лечения использовалась разница между средними исходными показателями после ( $M_{nr}$ ) и до ( $M_{nt}$ ) лечения по каждой шкале гнева ( $D_{Mnr-Mnt}$ ) с определением достоверности различия между этими динамическими величинами.

Показатели шкалы патологического гнева изменились в обеих группах. В 1-й группе выявилась большая динамика изменений ( $D_{Mnr-Mnt}$ ) по шкале “Гнев-болезнь” (1-я –  $-0,23$ , 2-я –  $-0,09$ ,  $p=0,002$ ,  $p<0,01$ ) и по шкале “Неэффективный копинг” (1-я –  $-0,22$ , 2-я –  $-0,14$ ,  $p=0,05$ ,  $p<0,05$ ), а также итоговой шкале (1-я –  $-0,20$ , 2-я –

-0,12,  $p=0,02$ ,  $p<0,05$ ). По шкалам “Изменения личности”, “Соматизированный гнев” и “Психические последствия гнева” не было выявлено достоверной разницы показателей в динамике.

Краткосрочная специфическая психотерапия уменьшила свободно плавающий гнев, снизила прогредентность, увеличила механизмы контроля. Недостоверным оказалось ее влияние на гневные трансформации личности и снижение гневной соматизации.

### ПРИНЦИПЫ ДУХОВНОСТИ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДУШЕВНЫХ БОЛЬНЫХ

М. А. Шмакова  
(Казань)

Духовность – это определение способа жизни, смысла собственного существования, отражающего внутренний мир человека. В биопсихосоциальной концепции психического здоровья человека духовность является одной из ведущих систем функционирования в обществе. В настоящее время, в период глобальных перемен в обществе, возникла необходимость анализа духовных причин и предпосылок развития и лечения психопатологических расстройств с учетом целостности личности как носителя духовных ценностей и потребностей. Поэтому в лечебно-реабилитационных мероприятиях для улучшения качества жизни наших пациентов целесообразно интегрировать духовные и социо-культуральные компоненты в единую систему лечения. Духовность является позитивным копинг-ресурсом, направленным на самосознание и самооценку, а в связи с тем, что она часто соответствует реализации человеком адаптивных стратегий поведения, ее низкая значимость для личности предполагает возможность развития дезадаптивного состояния, поэтому в реабилитационных мероприятиях мы вводим в лечение социально-психологические тренинги общения, творческого самовыражения, психотерапевтические техники, направленные на улучшение функционирования пациента, сопровождающегося его духовным ростом. Наш опыт подтверждает целесообразность использования религиозной психотерапии как терапевтического подхода в работе с психологическими проблемами пациента. Вопросы духовности и религии помогают структурировать ценности поведения пациента, его отношения к болезни. Работу с пациентами ведут специалисты по социальной работе, психологи и священнослужители и богословы двух направлений религии – христианства и ислама. Эти занятия помогают раскрыть глубину эмоциональных проблем и сформировать пациентам новую систему ценностей. Катамнестический анализ проведенной работы свидетельствует о позитивных психотерапевтических тенденциях дальнейшей социальной направленности больных в реабилитационных программах.

### РОЛЬ СЕМЕЙНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Т. Ю. Юдеева, С. В. Воликова  
(Москва)

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что растет распространенность расстройств аффективного спектра в разных возрастных группах, в том числе и в юношеском возрасте. Пациенты с аффективными расстройствами нуждаются в своевременной медико-психологической помощи. Поскольку пациенты этой возрастной группы часто еще проживают с родителями, именно родители активно ищут помощь для своего взрослого ребенка. Пациентам оказывается индивидуальная медико-психологическая помощь. Часто не учитывается роль семейных факторов в формировании расстройств аффективного спектра. Результаты исследований (например, Эйдмиллер Э.Г., Юстицкис В., 1999, Холмогорова А.Б., 2002) показывают, что семья может быть источником и хронификатором психологических проблем. Исследования показывают (Холмогорова А.Б., 2002, 2008), что для семей пациентов с аффективными расстройствами характерны нарушения семейной структуры и связей в виде симбиотических связей, нарушения иерархии, нарушения микродинамики в виде дисфункциональных коммуникаций, высокого уровня родительской критики, индуцирования негативных эмоций, стрессогенные события в истории семей пациентов, нарушения в аспекте семейной идеологии в виде семейного перфекционизма, дисфункциональных семейных правил и др. Результаты исследований и опыт психотерапевтической работы с пациентами этой группы говорят о том, что помощь пациентам с аффективными расстройствами должна строиться на основе системного подхода в самом широком смысле слова. Системный подход предполагает прежде всего сочетание фармакотерапии и психотерапии. Психологическая помощь должна сочетать в себе индивидуальную психотерапию с пациентом и семейную системную психотерапию. Аффективное расстройство важно рассматривать с точки зрения системного подхода. Необходимо понять, какую роль в семейной системе играет симптоматика пациента. Например, болезнь пациента может укреплять семейную систему, удерживать родителей от развода, быть основным предметом психологической жизни пациента и его семьи. Регулярные семейные консультации позволяют нормализовать семейную обстановку, сделать семейные коммуникации более конструктивными.

**МЕТОДИКА НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ  
КАЧЕСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ  
С БОЛЬНЫМИ НЕВРОТИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

**А. С. Яковис**

*(Санкт-Петербург)*

Увеличение числа специалистов-психотерапевтов, разнообразие применяемых методов и организационных форм психотерапии вызывает необходимость разработки способов повышения качества оказываемой психотерапевтической помощи и критериев оценки эффективности психотерапии, которые могли бы на практике использоваться организаторами психотерапевтической службы. Использование современных аудиовизуальных и компьютерных средств создает новые возможности для решения этих задач.

Оценка качества индивидуальной психотерапии пациентов с невротическими расстройствами производилось в несколько этапов.

На подготовительном этапе пациент давал информированное согласие с условиями оказания психотерапевтической помощи, включающим, видеопротоколирование индивидуальных психотерапевтических встреч. Кроме того, собиралась информация о данном психотерапевтическом случае у лечащего врача-психотерапевта.

После предварительной подготовки в период со второй по четвертую встречу с пациентом после заключения психотерапевтического контракта осуществлялась видеозапись двух индивидуальных психотерапевтических сессий с пациентом.

Далее проводилась экспертная оценка качества индивидуальной психотерапевтической работы. Экспертами выступали два врача-психотерапевта или медицинских (клинических) психолога, имевшие опыт психотерапевтической работы с пациентами, страдающими невротическими расстройствами. К экспертизе не привлекался лечащий врач-психотерапевт анализируемого психотерапевтического случая.

На основании экспертной оценки, поведение пациента характеризовалось несколькими паттернами, которые позволяли оценить качество проводимой индивидуальной психотерапевтической работы.

Предложенный алгоритм независимой оценки индивидуальной психотерапевтической сессии может быть использован в практической работе как врачами-психо-

терапевтами, так и организаторами психотерапевтической помощи.

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОДДЕРЖКИ РОДСТВЕННИКАМ  
ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕРАКТА  
В СТАВРОПОЛЕ**

**В. Б. Яровицкий, И. А. Былим**

*(Ставрополь)*

Психологами Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы осуществлялась психологическая поддержка родственников при стационарах, где находились пострадавшие во время теракта. На первом этапе установления контакта психологическая атмосфера была очень напряженной. Количество родственников увеличивалось, они постоянно находились вместе на территории больницы. У них отмечались чувство тревоги, беспомощности, страха, у некоторых имело место агрессивное – словесное поведение с высказываниями претензий к властям, с постоянным требованием пропустить к тяжело больным, к врачам. Доводы и объяснения администрации, врачей не всегда понимались и принимались, поведение лидеров среди родственников чаще было агрессивным и мало конструктивным и вело к отрицательному индуцированию настроения остальных. Вследствие этого система общения основных взаимодействующих структур (родственники, врачи, административная власть) в первые дни была недостаточно эффективной.

Постоянное присутствие психологов среди родственников, кризисное консультирование, разъяснение получаемой медицинской информации о состоянии пострадавших, стабилизация информации по времени путем организации брифингов с лечащими врачами, способствовало установлению доверия и более конструктивному взаимодействию всех сторон. На этом этапе взаимодействия отмечалось более спокойное поведение лидеров среди родственников, их тесное взаимодействие с психологами и совместная эмоциональная поддержка остальных. В дальнейшем многие родственники пострадавших были готовы к сотрудничеству с психологами и проходили групповые психотерапевтические тренинги.

Таким образом, важным моментом в оказании помощи родственникам пострадавших явилась организация рабочего союза всех взаимодействующих лиц в структурно-психологических рамках.

## СУИЦИДОЛОГИЯ И СТРЕССОВЫЕ РАССТРОЙСТВА

### КЛИНИКО-НЕЙРОИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ТЕРАПИИ СУИЦИДЕНТОВ-БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ

С. А. Алтынбеков, А. Ю. Толстикова  
(Алматы, Казахстан)

**Материалы и методы.** Обследованы 30 мужчин в возрасте 58 лет (медиана) с зависимостью от алкоголя (17 чел.) и опиоидов (13 чел.), находящихся в условиях, исключающих их употребление (F. 10.21 и F. 11.21 соответственно по МКБ – 10). В браке состояло 9 чел. (30%). Средняя тяжесть депрессии отмечена у 70% пациентов и тяжелая – у 30%. Тревожно-депрессивные проявления отмечены у 21 чел. (70%), апато-адинамическая депрессия отмечена у остальных. Тревожный компонент присутствовал у больных легкой (33,3%), средней (63,3%) и тяжелой (3,3%) степени депрессии. Суицидальное поведение обнаруживали все обследуемые, активно высказывали суицидальные мысли 13 чел. (43,3%), сочетание суицидальных мыслей и попыток отмечено у 17 чел. (56,6%). Для определения иммуномодулирующей эффективности полиоксидония, синтетического иммуномодулятора нового поколения, вводимого внутримышечно (на фоне психосоциальной работы) по 6 мг через 2–3 суток, всего 5 инъекций, определены концентрации  $\gamma$ -интерферона (ИФН), интерлейкина (Ил) Ил-1 $\beta$ , Ил-2, Ил-10, Ил-4, Ил-6 в крови методом иммуноферментного анализа двукратно: при поступлении и перед выпиской.

**Результаты.** Суицидальное поведение наркологических больных коррелирует с формой злоупотребления психоактивными веществами: для больных алкоголизмом неразрешенные микросоциальные конфликты в сфере семейных, профессиональных и межличностных отношений нередко приобретают характер суицидогенных. В формировании суицидального поведения больных наркоманиями большую роль играют невозможность удовлетворения потребности в наркотике, степень выраженности наркотической зависимости и абстинентных явлений. Реабилитационные мероприятия для суицидентов, страдающих алкоголизмом, представлен антиалкогольным лечением и психотерапией в сочетании с широким спектром социальной помощи. В реабилитации больных наркоманиями-суицидентов важно принудительное лечение и разрушение антисоциальных группировок. Уровень цитокинов у 30 пациентов составил для Ил-1 $\beta$  –  $1,6 \pm 0,22$  пг/мл,  $\gamma$ -ИНФ –  $2,22 \pm 0,27$  пг/мл, Ил-2 –  $2,21 \pm 0,21$  пг/мл, Ил-4 –  $1,28 \pm 0,23$  пг/мл, Ил-10 –  $2,21 \pm 0,21$  пг/мл и Ил-6 –  $2,42 \pm 0,22$  пг/мл. Дефицит Ил-1 $\beta$  как причина подавления иммунореактивности восполнялся комплексной терапией: низкий уровень –

$0,44 \pm 0,20$  пг/мл у 80% больных поднимался до  $1,67 \pm 0,29$  пг/мл в 53,3% случаев  $1,67 \pm 0,29$  пг/мл. Психоиммунотерапевтические мероприятия способствовали устранению дисбаланса между про- и противовоспалительными цитокинами: повышение концентраций Ил-2 до  $1,46 \pm 0,46$  пг/мл и  $\gamma$ -ИФН до  $2,14 \pm 0,22$  пг/мл у 53,3% и 56,7% больных соответственно наблюдалось на фоне снижения высоких показателей Ил-4 и Ил-10 у 53,3% больных до  $6,69 \pm 1,29$  пг/мл и  $6,55 \pm 0,86$  пг/мл соответственно. Разнонаправлены изменения уровня Ил-6 при поступлении: повышение до  $13,47 \pm 2,57$  пг/мл в 73,3% случаев и снижение до  $0,45 \pm 0,19$  пг/мл у 26,7% больных корректировались в 73,3% случаев до нормальных значений. Итак, результаты изучения цитокинового статуса свидетельствовали об иммуномодулирующей эффективности комплексной психоиммунотерапии.

### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЗОВ У ВETERАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН, ПРОХОДИВШИХ СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А. Л. Арбузов, А. М. Резник  
(Москва)

Среди 264 ветеранов, прошедших лечение в психиатрических отделениях ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, эндоформные неорганические психотические расстройства, в том числе шизофрения, были диагностированы всего у 15 (5,7%) обследованных. Причем шизофрения в качестве заключительного диагноза была выставлена 10 (3,8%) больным, шизоаффективное расстройство – 2 (0,8%), шизотипическое расстройство – 1 (0,4%), реактивный психоз диагностирован у 2 (0,8%). У всех больных шизофренией была диагностирована параноидная форма. В 80% наблюдений имел место приступообразно-прогредиентный тип течения шизофрении. При анализе клинической структуры последнего эпизода параноидный синдром выявлялся у 30% больных шизофренией, галлюцинаторно-параноидный синдром – в 60%, онейроидный синдром – у 10%. Проявления эмоционально-волевого дефекта были описаны у 60% больных, структурные расстройства мышления – у 80%. У больного с диагнозом шизотипического расстройства к имевшиеся в начале болезни навязчивые образные переживания военной тематики сменились obsessions контрастного содержания. Присоединились выраженные расстройства мышления, насильственные действия, эпизоды каталепсии и пассивного негативизма. У обоих пациентов с диагностированным шизоаффективным расстройством в периоды обострений имел место галлюцинаторно-параноидный синдром с умеренно выраженными аффективными нарушениями. У больных с реактивным психозом отмеча-

лась параноидная симптоматика у одного пациента и невротоподобная – у второго. При этом у одного из них была описана негативная симптоматика, присущая шизофрении.

Анализ коморбидности психотических симптомов и симптомов стрессовых расстройств показал, что симптомы повторного переживания или избегания воспоминаний о военных событиях имелись всего у 1,1% всех обследованных ветеранов или у 4,7% ветеранов, имеющих симптомы кластеров интрузии и избегания. Тематическая связь галлюцинаторных и бредовых переживаний с воздействием военных стресс-факторов не была прослежена ни у одного больного не только имеющего диагноз шизофрении, но даже с диагнозом “реактивный психоз”.

### **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОНВЕРСИОННЫХ РАССТРОЙСТВ**

**А. О. Асанов**  
(Нальчик)

Изучение пограничных расстройств в Кабардино-Балкарской Республике выявило высокую актуальность особенно конверсионных расстройств, в связи с их высокой распространенностью и наличием клинико-динамических особенностей течения этих расстройств в зависимости от этнокультуральной принадлежности пациентов.

С целью выявления этнокультуральных особенностей конверсионных расстройств в КБР за период с 2004 по 2010 год проведено исследование более 300 пациентов с конверсионными расстройствами в рамках различных диагностических категорий по МКБ – 10 (F 06; F 44; F 60.4). Набор пациентов проводился в отделении пограничных состояний и в дневном стационаре ГУЗ “ПНД” КБР, а также в психоневрологическом диспансере, часть пациентов была обследована в неврологическом отделении Республиканской клинической больницы г. Нальчика.

Исследование выявило преобладание смешанных форм конверсионных расстройств, большую распространенность среди женщин среднего возраста.

Принятые в культуре формы реагирования на стресс, понятия о нормативности либо ненормативности определяли и клиническую картину расстройств. У пациентов групп: “кабардинцы”, “балкарцы” – в клинической картине преобладали двигательные и диссоциативные синдромы, тогда как в группе – русских, преобладали эмоционально – вегетативные.

Привлекает внимание патоморфоз указанных расстройств, который и ранее рассматривался как сложное биосоциальное явление, в основе которого лежат адаптационные механизмы. При конверсии имеет место внешний диссонанс, проявляющийся разнонаправленностью тенденций динамики социального и психического функционирования: повышение уровня базисных соци-

альных показателей сопровождается соматизацией психических расстройств.

Выявлены различные невротические расстройства, начинающиеся с четких кратковременных конверсионных реакций в виде хорошо известных псевдоневрологических истерических расстройств, описанных еще Ж. Шарко и его последователями. В последствии они реализуются в такие расстройства, как расстройство адаптации, ПТСР или некоторые соматоформные расстройства, что, по – видимому, свидетельствует об общности этиопатогенетических механизмов всех этих расстройств.

### **ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ПРЕБЫВАНИЯ В ЗАЛОЖНИКАХ**

**И. А. Бедина**  
(Москва)

Были обследованы 52 женщины, которые вместе со своими детьми находились в числе заложников в школе № 1 г. Беслана.

Проведенное исследование показало, что в период пребывания в заложниках поведение и психические нарушения обследуемых были схожи. В течение первых суток в клинической картине у всех женщин ведущими являлись тревожно-фобические расстройства. На фоне тревоги и выраженного страха за свою жизнь и жизнь ребенка у обследуемых отмечались диссомнические расстройства. Одновременно наблюдались диспептические расстройства.

На вторые сутки пребывания в заложниках у большинства женщин (86,49%) отмечались астено-вегетативные расстройства. Пострадавших беспокоили утомляемость, раздражительность, неустойчивый фон настроения, болезненные ощущения в области сердца, сопровождающиеся усилением и учащением сердцебиений, тупые головные боли различной локализации, головокружения, повышенная зябкость, потливость.

К концу вторых суток, когда боевики запретили заложникам принимать пищу и пить воду, у женщин на первый план выступили депрессивно-апатические расстройства. На фоне сниженного настроения обследуемые с безразличием наблюдали за происходящим, у них отсутствовали желания и побуждения. Приблизительно у половины пострадавших (48,65%) в этот период отмечались внеочередные менструации (чаще у женщин молодого возраста ( $r\ 0,35$ ;  $p < 0,05$ ), что, вероятно, свидетельствовало о “запределенности” перенесенного стресса.

Таким образом, в период пребывания в заложниках динамика психических расстройств у пострадавших женщин имела общую закономерность, что было обусловлено влиянием на обследуемых общих стрессовых факторов.



**ЗАВИСИМОСТЬ ВЫЯВЛЕННЫХ  
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С НАЛИЧИЕМ  
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ,  
ПОДВЕРЖЕННЫХ СУДЕБНО-  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ**

Е. В. Вальздорф, Е. И. Цилли, И. С. Петрова  
(Иркутск)

Задача: изучение видов суицидального поведения с выявленными психическими расстройствами у подэкспертных в условиях амбулаторного отделения судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ).

Метод: клинико-психопатологический в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния и экспериментально-психологического исследования ("пиктограмма", тест Эббингауза, тест Розенцвейга, ММРІ, субтест Векслера).

Результаты: в течение последних 6 месяцев обследовано 150 подэкспертных. Из них 134 мужчин и 16 женщин в возрасте от 16 до 56 лет в условиях амбулаторного отделения СПЭ. В ходе обследования было выявлено 33 чел. с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа, 20 – первичным органическим расстройством личности, 17 чел. – с легкой умственной отсталостью, 16 – вторичным органическим расстройством личности, 7 чел. – с чертами эмоционально-волевой неустойчивости в рамках личностных особенностей, 4 – социализированным расстройством поведения, 4 чел. – с наркотической зависимостью от опиоидов, 3 – легким когнитивным расстройством, 2 чел. – с алкогольной зависимостью, 1 чел. – с органическим эмоционально-лабильным расстройством, 1 – с шубообразной параноидной шизофренией в стадии ремиссии, 42 чел. оказались психически здоровыми. Из этих же подэкспертных было обследовано 24 чел. с различными вариантами суицидального поведения: демонстративно-шантажный суицид – нанесение самопорезов в область предплечья острым предметом (14 чел. с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа, 2 – первичным органическим расстройством личности, 1 чел. с легкой умственной отсталостью и 4, которые были признаны психически здоровыми); действия, имеющие цель намеренного прекращения жизни отмечены у 1 чел. с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа и 1 – психически здорового; 1 чел. с наркотической зависимостью от опиоидов совершил аутоагрессивные действия, не связанные с суицидальным поведением.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало, что суицидальное поведение среди подэкспертных, обследуемых в условиях амбулаторного отделения СПЭ, более характерно для лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа. При этом преобладал демонстративно-шантажный вариант суицида.

**АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

С. В. Ваулин, М. В. Алексеева  
(Смоленск)

Одной из обсуждаемых проблем психиатрии является оптимизация суицидологической помощи. Актуальность преобразований суицидологической службы обуславливается изменениями в концептуальных подходах к оказанию психиатрической помощи с переходом от преимущественно медицинской к биопсихосоциальной модели ее оказания.

С целью повышения качества и обеспечения эффективности суицидологической помощи лицам, госпитализированным в психиатрический стационар по поводу суицидальной попытки (СП), проводилась оценка стационарной клинической практики на основе анализа историй болезни 318 больных, а также анкетирования 132 врачей-психиатров с использованием специально разработанной анкеты.

Анализ результатов позволил выявить и систематизировать ошибки, допущенные врачами-психиатрами при оказании суицидологической помощи в стационарных условиях, выявить факторы, влияющие на эффективность работы медицинских учреждений по раннему выявлению и купированию суицидоопасных состояний.

Для решения данной проблемы необходимо внедрение клинических протоколов оказания психиатрической помощи пациентам с суицидальным поведением, а также стандарта отчета о случаях совершения СП или завершенного суицида пациентами, наблюдающимися врачами-психиатрами. Требуется создание сети социальной поддержки для лиц, совершивших СП как находящихся на стационарном, так и на амбулаторном лечении. Целесообразно включение в программы циклов усовершенствования и профессиональной переподготовки специалистов раздела, посвященного суицидологической помощи с рассмотрением организационных, юридических, клинических, в том числе фармакотерапевтических и социальных вопросов, с опорой на биопсихосоциальный подход.

**СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ НАСЕЛЕНИЯ  
УСТЬ-ОРДЫНСКОГО БУРЯТСКОГО  
АВТНОМНОГО ОКРУГА**

О. П. Ворсина  
(Иркутск)

Целью настоящего исследования явилось определение распространенности покушений на самоубийство среди населения Усть-Ордынского Бурятского автономного округа и разработка мер превентивного характера.

За 2005–2007 гг. на территории УОБАО было зарегистрировано 910 случаев суицидального поведения, из них 314 (262 мужчины и 52 женщины) случаев завершен-

ные суициды и 596 (332 мужчины и 264 женщины) суицидальные попытки.

Уровень распространенности покушений на самоубийство превышал ( $p < 0,01$ ) уровень завершенных суицидов, составив 139,0, 146,4 и 159,3 на 100 тысяч населения соответственно. Соотношение завершенных суицидов и суицидальных попыток равно 1:1,7; 1:1,9; 1:2,1.

Среди совершивших суицидальные попытки преобладали мужчины – 151,4 против 127,5 среди женщин на 100 тысяч лиц каждого пола в 2005 году; 175,0 против 120,2 в 2006 г.; 191,5 против 129,8 в 2007г. ( $p < 0,01$ ). Соотношение женщин и мужчин, совершивших суицидальные попытки колеблется от 1:1,2 до 1:1,5. Это противоречит данным большинства европейских стран, где количество суицидальных попыток среди женщин превышает аналогичный показатель у мужчин в 2–4 раза.

Максимальная частота ( $p < 0,01$ ) суицидальных попыток отмечалась в группе 20–29 лет (382,8; 410,0 и 421,4 на 100 тысяч населения), в 1,5–2 раза этот показатель был ниже среди лиц 30–39 лет (206,1; 202,2 и 273,3 на 100 тысяч населения) и 15–19 лет (191,5; 215,5 и 178,1 на 100 тысяч населения).

Анализ суицидального поведения в зависимости от этнической принадлежности жителей УОБАО показал, что частота суицидальных попыток в русской субпопуляции (180,5 на 100 тысяч населения) оказалась в 1,4 раза выше ( $p < 0,05$ ), чем у представителей бурятской субпопуляции (124,6 на 100 тысяч). Соотношение между частотой завершенных суицидов и суицидальных попыток среди бурят составило 1:1,4, тогда как среди русских – 1:2,4, что более сопоставимо с общепопуляционными показателями других регионов. К причинам такой суицидологической ситуации в УОБАО можно отнести полное отсутствие суицидологической помощи в округе, неполную регистрацию суицидальных попыток, что делает актуальным направлением разработку превентивных мер.

### **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПТСР У УЧАСТНИКОВ СОВРЕМЕННЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ**

К. Н. Дедова, И. В. Шадрина  
(Челябинск)

Через военные конфликты последних лет показала, что ситуация в мире не становится спокойнее. Это обуславливает интерес к проблеме посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Этиология ПТСР связана с действием экстремального стрессора, в частности боевой травмы. Согласно МКБ-10, ПТСР включает 3 группы облигатных симптомов: интрузии, избегания, гипервозбудимости.

Исследование проводилось на базе психосоматического Центра для участников современных военных конфликтов ( $n=112$ , длительность наблюдения 1 год). В результате было выявлено 2 основные закономерности,

повлиявшие на изменение подходов к лечению: 1) нарастание степени тяжести ПТСР сопровождалось ростом удельного веса симптомов гипервозбудимости. 2) динамика психических нарушений заключалась в том, что обсессивная симптоматика в динамике редуцировалась, становясь неактуальной, а симптомы гипервозбудимости и коморбидные психоорганические расстройства нарастали. При этом социальная дезадаптация являлась частым последствием хронического ПТСР. Общепринятое лечение ПТСР носит симптоматический характер (мишени – депрессивная, тревожно-фобическая и обсессивно-компульсивная симптоматика, гипервозбудимость, нейровегетативные расстройства). Мишенью должны стать гипервозбудимость и психоорганические проявления, обуславливающие дезадаптацию. Лечение антидепрессантами малоэффективно в отношении выбранной мишени. Опыт работы показал, что нормотимики, в первую очередь карбамазепин, полностью купировали гипервозбудимость и импульсивность, терапия являлась патогенетической. Для смягчения психоорганических расстройств применялись ноотропные и сосудистые препараты. “Мягкие” нейрорепетики, как корректоры поведения, оказались неприемлемы в силу развивающихся на их фоне органических повреждений цнс. Предпочтительными схемами терапии стали следующие: ноотроп в сочетании с транквилизатором и карбамазепином; ноотроп в сочетании с карбамазепином. Проведение психотерапии оказалось целесообразным после уменьшения гипервозбудимости и импульсивности.

### **ТЕРАПИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Е.М. Епанчинцева, В. Я. Семке, Л. П. Якутенок,  
М. М. Аксенов  
(Томск)

Проблема пограничных нервно-психических расстройств, обусловленных воздействием тяжелых стресс-факторов до настоящего времени остается одной из наиболее актуальной. Расширение масштабов таких кризисных ситуаций, как стихийные бедствия, техногенные катастрофы и вооружённые конфликты, обуславливает интерес к проблеме посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). На основе клинико-патогенетического и динамического изучения ПТСР выделены три группы пограничных состояний: невротическая (59,1%), патохарактерологическая (27,9%) и невротическая, психопатоподобная (13,0%). Клинико-патогенетическое понимание пограничных психических расстройств при ПТСР показывает целесообразность оказания трёхэтапной помощи на амбулаторном, полустационарном и стационарном уровнях. Особенности ПТК (психотерапевтического комплекса) является “кризисное” разрешение конфликта, дезактуализация боевой травмы, нивелировка производ-

ственных и семейных отношений за счёт мобилизации резервных способностей организма. “интенсивной” психотерапии. Всё лечебно-профилактическое воздействие осуществляется по трём направлениям ведения и реабилитации: “кризисному” (ориентирован на охранительные мероприятия, достигается путём применения ПТК + ПФК (психофармакологический комплекс); “базисному” (рассматривается нами как лечебно-активирующий с использованием ПТК, ПФК и ППК) и “регредидентному” (изменение позиции больного от пассивно-акцептивной до активной, партнёрской). В настоящее время все больше внимания уделяется превентивным мерам, которые способствуют повышению стрессоустойчивости. Большую роль в их разработке играет идея о том, что знание посттравматических стрессовых механизмов и эффектов в значительной мере способствует возможности распознать их, относясь к этому как к естественному процессу.

#### СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А. А. Заливин, Ю. В. Дроздовский, С. И. Козлов  
(Омск)

В настоящее время актуальность и высокая социальная значимость проблемы суицидального поведения подтверждается большинством отечественных и зарубежных авторов, достигая упоминаний об эпидемии суицида. Исследователи отмечают значительное увеличение частоты суицидов в периоды экономической нестабильности общества. Под нашим наблюдением находились 139 суицидентов с пограничными психическими расстройствами, обоего пола в возрасте от 18 до 59 лет, с диагнозом пограничной психической патологии: “острая реакция на стресс” (F43.0); депрессивное расстройство (F32.0, F32.1, F43.2); расстройства личности – (F60.1-F60.9); психопатоподобные нарушения органической этиологии (F07.00-F07.09).

В соответствии с вариантами постсуицидального периода обследуемые сформировали 4 группы: с критическим вариантом постсуицида, наибольшая часть пациентов страдала расстройствами адаптации (31,4%); с манипулятивным – расстройствами личности (85,8%); с аналитическим – депрессивными расстройствами (38,3%); с суицидально фиксированным вариантом – органическими расстройствами личности (55,1%), другими психопатиями (23,0%). Тип воспитания суицидента был дисгармоничным в 76,2% случаев. Значительная доля суицидогенных конфликтов приходилась на семейную (53,3% – преимущественно у женщин), и трудовую (35,9%) сферы.

Разработаны реабилитационные программы, с учетом взаимодействия клинко-патогенетических факторов с вариантом постсуицидального периода. Особое внимание следует уделить вопросам вторичной профилактики, реабилитации и ресоциализации суицидентов с пограничными нервно-психическими расстройствами.

#### РАННЯЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТОВ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИДАЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Н. М. Захарова, С. Н. Петрова, И. К. Чобану,  
К. Я. Немсцверидзе  
(Москва)

**Актуальность.** Проблема социально-психологической дезадаптации у лиц современного общества наиболее остро звучит в суицидологии. Затяжные, неразрешенные микросоциальные конфликты все чаще заканчиваются попытками уйти из жизни, либо привлечь к своим проблемам внимание окружающих аутоагрессивными действиями. Необходимость ранней социальной реабилитации таких пациентов очевидна и требует подробного изучения с разработкой современных методик.

**Материалы и методы.** Проведено клиническое и психометрическое исследование группы из 45 пациентов в возрасте 25–65 лет, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в соматопсихиатрическое отделение для хирургических больных.

Распределение по локализации ранений: 40% – ранения предплечий, 33,3% – изолированные и сочетанные ранения шеи, груди, живота; 8,9% – травма в результате падения с высоты; 6,7% – странгуляционная асфиксия; 2,2% – отравления; 4,4% – оружейные ранения; 2,2% – ожоги пламенем; 2,2% – инородными телами ЖКТ.

Распределение по психической патологии: 33,4% – депрессивные расстройства, 33,4% – зависимость от алкоголя, 17,8% – шизофрения и шизофреноподобные расстройства, 11% – расстройства личности, 4,4% – органическое заболевание ЦНС.

**Результаты.** Выявлено, что основная часть пациентов совершивших суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения (71,1%). 15,6% – инфицированы ВИЧ, гепатитом В и С.

В социальном статусе: 57,8% не имели среднего образования; работали только 26,7%; состояли в браке – 33,3%; в 15,6% отмечались повторные аутоагрессивные действия.

Причиной аутоагрессивных действий в большинстве случаев послужили межличностные конфликты, ссоры с близкими значимыми лицами, желание привлечь к себе внимание.

Разработана методика ранней психосоциальной реабилитации пациентов на этапе госпитализации, включающая тестирование личностного статуса, изучение степени зависимости от ПАВ, степени социальной дезадаптации и качества жизни. Реабилитационная программа включала: антиалкогольную работу, адаптацию в микро- и макро-социуме, работа с родственниками, профилактику ВИЧ инфекции. В процессе проведения социаль-

ной реабилитации наблюдалась позитивная динамика: улучшалось настроение, налаживался контакт со значимыми лицами и вырабатывалась установка на продуктивную трудовую деятельность.

**Вывод.** Предварительные результаты проведенного исследования свидетельствуют о значимости раннего начала реабилитационных мероприятий для дальнейшей социальной адаптации пациентов, совершивших аутоагрессивные действия.

### СУИЦИДАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ У ПОДРОСТКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ: ГРУППЫ РИСКА

Т. П. Злова, В. В. Ахметова, А. Н. Ишимбаева  
(Чита)

В Забайкальском крае показатель подростковой суицидной смертности является сверхвысоким и составляет по данным на 2008 г. 65,61 на 100 000 населения.

В целях настоящего исследования сплошным методом были обследованы 960 подростков. Анализ сформированности суицидальных тенденций выявил их наличие более чем у половины респондентов (61%). При этом у старших подростков отмечены осознанные аутоагрессивные тенденции (замыслы и намерения), а у 7% из них в анамнезе уже были суицидальные попытки. У 16,5% подростков на момент исследования отмечен высокий риск совершения суицида.

Среди социальных факторов наиболее значимым в формировании аутоагрессивного паттерна поведения оказалось неправильное воспитание: в особенности авторитарный контроль и недостаточная эмоциональность. Особую группу риска составили дети-воспитанники детских домов, где неизбежно присутствуют оба указанных фактора.

Отмечена прямая зависимость формирования аутоагрессивных тенденций от эмоционального состояния обследуемых (выраженности тревоги и гипотимии-депрессии).

Анализ факторной обусловленности дезадаптации выявил наибольшую значимость для подростков следующих проблем: чувство неполноценности, отношения с окружающими, несчастная любовь и неблагополучие в семье (в т.ч. алкоголизация и "противоправные" действия родителей). Фактор семейного неблагополучия оказался наиболее значимым для детей-сирот, вероятно, как стереотип поведения их родителей.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования в Забайкальском крае оказания медико-психологической помощи подросткам группы суицидального риска. Планируется создание межведомственной кризисной службы, объединяющей усилия Министрств здравоохранения, образования и социального развития по профилактике и оказанию помощи подросткам в кризисных ситуациях.

### САМОУБИЙСТВА И СУИЦИДАЛЬНЫЕ ПОПЫТКИ ОНКОБОЛЬНЫХ

П. Б. Зотов, С. М. Уманский  
(Тюмень)

Больные злокачественными новообразованиями относятся к одной из наиболее суицидоопасных категорий. Считается, что риск самоубийства среди онкологических больных в 2–4 раза выше, чем у здоровых лиц того же возраста. Один из каждых 300 пациентов в заболевания совершает суицидальную попытку, которая в 1–2 случаях из 3-х приводит к его гибели.

В проведенных нами исследованиях было показано, что большинство суицидальных действий (85,7%) онкологических больных носят истинный характер и завершаются гибелью суицидента (63,3%). Самоубийства заранее продуманы и спланированы, совершаются чаще в пределах своей квартиры, в отсутствие лиц, способных прервать суицид. В случае эффективных реанимационных мероприятий больные негативно оценивают оказанную помощь.

Так же было установлено, что суицидальные действия в 2,3 раза чаще совершаются мужчинами, у которых среди способов самоубийства преобладают самоповешение (32,4%), самоотравление (32,4%) и самострел (20,6%). Женщины (66,6%) с суицидальной целью достоверно чаще ( $P < 0,05$ ) осуществляют прием больших доз назначаемых им лекарственных средств.

Суицидальное поведение у этих пациентов формируется на фоне депрессивных расстройств невротического уровня. При этом ведущими факторами риска повышенной суицидальной готовности являются хронический болевой синдром (61,8%;  $P < 0,05$ ) и низкий болеутоляющий эффект противоболевой фармакотерапии (68,0%;  $P < 0,05$ ), а так же соматогенные детерминанты основного заболевания: тяжелое состояние больных (21,9%;  $P < 0,05$ ), со снижением их способности к самообслуживанию; дыхательная недостаточность (18,7%;  $P < 0,05$ ).

Среди факторов антисуицидального барьера доминирующее значение у больных имеют влияние семьи и близких (95,9%), религиозные воззрения (85,2%) и культурально сформированные представления о социальной неприемлемости самоубийства (56,6%). У больных с суицидальным поведением вследствие негативного влияния заболевания и связанных с ним социальных и психологических изменений наблюдается достоверное снижение ( $P < 0,05$ ) защитной роли семьи (73,9%), религии (67,5%) и надежды на улучшение (10,6%), что требует обязательного учета при разработке индивидуальных программ паллиативной помощи.

Нами та же было установлено, что в практическом здравоохранении активное выявление суицидальных идей у больных осуществляют лишь 0,9% онкологов. Большинство (61,7%) опрошенных специалистов считают нецелесообразным активное выявление суицидаль-

ных тенденций, опасаясь возможного потенцирования самоубийства. Однако предложение врача пациенту обсудить проблему самоубийства, поддерживают 82,5% лиц с суицидальным поведением.

### МЕТОДЫ ТЕРАПИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

З. Р. Зулкарнеева  
(Казань)

В результате настоящей работы было пролечено на базе Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М.Бехтерева МЗ РТ 50 человек с диагнозом: шизофрения и 70 человек с диагнозом: органическое расстройство личности различной этиологии за период с июня 2009 г. по июнь 2010 г. Все больные находились в постсуицидальном периоде, где имели место постсуицидальные расстройства. Предупреждение психических последствий суицида, компенсация имеющихся психических расстройств, а также социальная реадaptация больных в постсуицидальном периоде включала в себя сочетание фармакотерапии и психотерапевтическую коррекцию. В схематическом виде принципы построения терапии постсуицидальных состояний были следующими: у всех больных после проведенных реанимационных мероприятий имели место психопатологические расстройства экзогенно-органического характера, в терапии которых основным препаратом выбора стал препарат кортексин, назначаемый в дозе 30 мг в сутки в первые 5–10 дней, с повторными курсами спустя три месяца в той же дозе. Учитывая, что в раннем постсуицидальном периоде (от недели до месяца после суицидальной попытки) на первый план выступают переживания проблем, связанных с конфликтными ситуациями, а в ряде случаев с наличием психопатологической симптоматики в той и другой нозологической группе, препаратом стратегического плана явился трициклический антидепрессант людимила, в связи с тем, что он не усугублял последствий суицида. Отмечено, что кортексин потенцировал действие трициклического антидепрессанта. Дозировки людимила увеличивались ежедневно с 50 мг 1 раз в сутки до 200 мг в сутки. Наиболее универсальным препаратом тактического плана оказался атипичный антипсихотик – рисполепт. Рисполепт назначался на 3 недели, с максимальной дозой 16 мг. Наиболее эффективной терапией на наш взгляд в обеих диагностических группах явилась терапия, представляющая сочетание действия людимила, рисполепта и кортексина. Всем 120 больным в обеих нозологических группах проводилась групповая психотерапия, основным методом которой была впервые примененное нами сочетание психодраматических импровизированных элементов со свободной вербальной дискуссией. Таким образом, сочетание психофармакоте-

рапии с предложенными нами психодраматическим тренингом и свободной вербальной дискуссией коррелирующей личностные характеристики изучаемых групп психически больных людей открывает новые возможности для урегулирования взаимоотношений психически больного человека с микросоциальным окружением, в результате конфликта с которым и возникло суицидальное поведение больного.

### ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У КОМБАТАНТОВ-ПЕНСИОНЕРОВ МВД

Е. Г. Ичитовкина, М. В. Злоказова  
(Киров)

Среди ветеранов боевых действий значительно чаще, чем среди других социальных групп населения, наблюдаются различные формы дезадаптивного поведения, такие как алкоголизм, наркомания, склонность к совершению асоциальных поступков, актов насилия, а также случаи проявления аутоагрессивного поведения, включая суицидальные действия (Фастовцов А.Г., Василевский В.Г., 2005). Манифестация психических расстройств нередко происходит спустя годы после возвращения ветеранов к мирной жизни (Снедков Е.В., Литвинцев С.В., 2007).

**Целью** исследования являлось выявление психических расстройств у комбатантов-пенсионеров МВД через два года после увольнения со службы по выслуге лет.

**Материалы исследования:** было обследовано 48 комбатантов-пенсионеров МВД, командировавшихся в СКР в период службы более 10 раз, не получавших лечебно-реабилитационной помощи, и уволенных из МВД по выслуге лет психически здоровыми. Средний возраст составил  $37,8 \pm 2,4$  года, средний стаж работы в правоохранительных органах  $20,7 \pm 1,2$  лет. Применялось клинико-anamnestическое обследование.

**Результаты и обсуждение:** оказалось, что только 35,0% обследованных комбатантов не имели психических расстройств; 27,3% – состояли на учете у нарколога с алкогольной зависимостью; 25,2% – лечились у психиатров с диагнозом: неврастения; невротическое развитие личности было зарегистрировано в 12,5% случаев. При этом у 23,4% комбатантов наблюдалась выраженная депрессия, 46,2% имели проблемы с межличностным общением, 73,1% были разведены и связывали данный факт с командировками в СКР и последующими сложностями в контроле своего поведения в быту, 85,4% – страдали от кошмарных сновидений о войне.

**Выводы:** полученные результаты свидетельствуют о недостаточной диагностике начальных симптомов пограничных психических расстройств после командировок в СКР, что в дальнейшем приводит к хронизации заболеваний. Необходимо совершенствование психодиагностических мероприятий для выявления инициальных симптомов психических расстройств с последующей лечебно-реабилитационной помощью всем участникам боевых действий.

**ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СРЕДИ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Ю. А. Калмыков  
(Казань)

Проведен анализ структуры первичных очных обращений несовершеннолетних в Кабинет суицидологической и социально-психологической помощи Республиканской клинической психиатрической больницы имени академика В. М. Бехтерева МЗ РТ за 2007–09 годы. За три года в Кабинет обратилось 126 несовершеннолетних, из них 78,6% пришли на прием вместе с родителями и лишь 21,4% обратились за помощью самостоятельно. Наибольшие частыми причинами обращений являются детско-родительские конфликты (40,5%), проблемы с учебой (25,4 %) и отношения с окружающими (14,3%). У 19 несовершеннолетних (15%) выявлялся высокий суицидальный риск. В динамике обращений за период с 2007 по 2009 год, так же, как и в динамике числа суицидальных попыток отмечается тенденция к уменьшению возраста обратившихся и относительный рост числа обращений девушек в сравнении с юношами. Анализ обращений по месяцам показал максимум обращений в феврале (21,4%) и в октябре (15,8%) при минимуме в январе и июне (по 2,4%).

Совместно с Министерством здравоохранения Республики Татарстан и администрацией средней школы №1 города Казани нами было проведено обследование с помощью опросника Бека 108 учащихся 10–11 классов. У 29,7% из них выявлены признаки легкого депрессивного состояния, у 1,9% – признаки умеренной депрессии. Депрессивное состояние в 3 раза чаще выявлялось среди девушек, чем среди юношей.

Один из вопросов в опроснике Бека касается наличия суицидальных мыслей или намерений. Выяснилось, что 13,9% учащихся в той или иной степени задумывались о самоубийстве. Частота подобных мыслей среди мальчиков и девочек практически одинакова.

Считаем важным отметить, что проведение подобных обследований учащихся должно быть правильно организовано. В частности, опросники для выявления группы суицидального риска лучше применять не изолированно, а в комплексе с другими опросниками. В противном случае учащиеся могут воспринимать обследование как выявление “потенциальных самоубийц”, что приведет к неискренним ответам, а также к нежелательному ажиотажу и привлечению внимания в школе к теме самоубийства и, как следствие, к имитационным (кластерным) суицидам.

Для выявления группы риска нам представляется удобным применять также опросник “Индекс благополучия ВОЗ” (Вассерман Д., 2005).

**СИМПТОМЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО  
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА  
И ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ В ОТДАЛЕННОМ  
ПЕРИОДЕ БОЕВОГО СТРЕССА**

С. А. Колов  
(Волгоград)

Введение. Категория посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) не охватывает всей клинической картины возникающей после подвергания боевому стрессу. В частности, в рамках МКБ-10 не описаны признаки деперсонализации-дереализации и нами не найдено российских исследований комбатантов, посвященных этой теме.

Целью настоящего исследования было изучить место и значение деперсонализационных расстройств в психическом статусе участников боевых действий.

Материалы и методы. Обследовано 440 ветеранов, из них 83 ПТСР позитивных (1-я группа,  $107,06 \pm 8,87, M \pm SD$ ) и 357 ПТСР негативных ветеранов (2-я,  $73,17 \pm 11,67, M \pm SD$ ). Использовались модифицированная оценочная градуированная шкала деперсонализации Нуллера-Генкиной и “Миссисипская шкала посттравматических стрессовых реакций (военный вариант)”. Анализ данных проводился статистическим пакетом SPSS-17, достоверность различий оценивалась критерием Манна-Уитни.

Результаты. Анализ данных показал, что деперсонализация выражена у всех комбатантов как по интенсивности отдельных симптомов, так и распространенности (по 19 пунктам). Максимально измененной из всех психических свойств в рамках деперсонализации у комбатантов оказалась память. 1-я –  $1,29 \pm 0,11$ , 2-я –  $0,95 \pm 0,06$ , ( $p < 0,01$ ). Эти изменения носили характер “симптомов выпадения”, гипо- и амнезии. Большинство из ветеранов считали, что у них или значительно снизилась, или отмечали ощущение “полного отсутствия памяти”. В 1-й группе эти показатели значительно выше, чем во 2-й. Нарушения памяти являются важным компонентом боевого ПТСР, но их характер отличается от общепринятых представлений. МКБ-10 как патогномоничный симптом ПТСР отмечает гипермнезию, яркие воспоминания о травме, т.н. flashback’s. Наши результаты этому противоречат. Чем больше выраженность ПТСР, тем сильнее защитная роль деперсонализационной гипомнезии, при которой нарушается целостность памяти и последовательность воспроизведения личной истории. Это позволяет комбатантам избегать повторных болезненных переживаний и последующего чувства дисфункциональной вины. Таким образом, интенсивность ПТСР связана не с увеличением симптомов интрузии, гипермнезии, а преобладанием защитных амнестических процессов. Необходимы дальнейшее клинико-патопсихологическое исследование этого контингента больных.

## ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ВЫЯВЛЕНИЮ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРЕВЕНЦИЕЙ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н. А. Корнетов

(Томск)

За последние 20 лет в эпоху кардинальных перемен в обществе нами непрерывно разрабатывается биопсихосоциальный подход, общественно ориентированная помощь при психических и поведенческих расстройствах, междисциплинарность в их терапии и реабилитации. На этой основе удалось создать эффективные формы помощи вне традиционной системы психиатрической службы и развить терапию депрессивных расстройств (ДР) в первичной медицинской сети.

Были созданы трехзвеньевая система суицидологической службы с расширением ее методологии на неотложную антикризисную социально-психологическую помощь. Развита "сельская суицидология", где центрами в районах стали кабинеты социально-психологической помощи при работе со "случаем" и телефоны экстренной психологической помощи.

Учитывая генетическую связь депрессий и суицидальности, а также негативные последствия, которые приносят в неисчислимом объеме ДР, были развернуты исследования, которые способствовали вовлечению специалистов различных клинических дисциплин. В это направление вошли исследования по клинической эпидемиологии в общей и дифференцированных популяциях, изучение коморбидности ДР и соматических заболеваний, тактика ведения депрессивных пациентов в первичной медицинской сети. Особое место занимает образовательная программа по ДР в общемедицинской практике с акцентом на обучение врачей первичной медицинской сети по многолетней программе "РАДЕП". Программа включает в себя образовательные модули по ДР. Если рассматривать снижение смертности от суицидов как обобщенный маркер эффективности в распознавании и терапии ДР при вовлеченности в этот процесс первичной медицинской помощи, то показатель снижения смертности от суицидов в Томской области существенно опережает все другие сибирские регионы.

## О НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЯХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ И БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ АУТОАГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

А. А. Кукушина

(Москва)

Качество жизни (КЖ) относительно состояния здоровья, определяется, как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирова-

ния здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии. Аспекты, непосредственно связанные с состоянием здоровья и системой здравоохранения, объединяют под понятием КЖ, связанным со здоровьем. В современном обществе все большее значение приобретает изучение влияния различных психических заболеваний на показатели КЖ, в т.ч., достигающих масштабов эпидемии расстройств депрессивного спектра непосредственно связанных с аутоагрессивной настроенностью.

В исследование были включены 100 пациентов лечебной группы с униполярной депрессией (МКБ: F32.1; F33.1 F32.2; F33.2 F32.3; F33.3) или депрессией в рамках биполярного расстройства (МКБ: F31.3 F31.4) и сопоставимые по демографическим показателям 100 психически здоровых добровольцев группы сравнения.

Оценка тяжести депрессии проводилась с помощью шкалы Гамильтона при поступлении в стационар и при выписке. Документировались демографические и клинические данные: возраст, пол, семейное положение, возраст начала болезни, суицидальные действия и их тяжесть, суицидальные попытки до поступления, наличие наркотической или(и) алкогольной зависимости. КЖ оценивалось при помощи стандартного инструмента Еврокол (EuroQol), состоящего из самоопросника (EQ5D) и визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

В результате проведенного исследования было показано, что 14,6% пациентов, совершивших аутоагрессивные действия, вынуждены были сократить трудовую активность в связи с депрессией, а 17,1% – потеряли работу (учитывая, что средний возраст пациентов составил  $34,82 \pm 11,92$  года), а качество жизни пациентов стационара по показателям ВАШ было снижено на 38%, а по индексу EQ5D на 19% по сравнению со здоровыми добровольцами.

## СУИЦИДАЛЬНЫЙ СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ У БОЛЬНЫХ, ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Н. И. Куценко, П. Б. Зотов

(Тюмень)

Профилактика и ранняя диагностика суицидального поведения являются актуальными в связи с высокой частотой самоубийств в нашей стране. Указывается на важность подробного сбора не только суицидологического анамнеза самого индивида, но и наличие любых проявлений суицидального поведения у его родственников. Считается, что присутствие попыток и завершённых суицидов в семье, может быть отнесено к факторам риска не по принципу генетического наследования, а как элемент, ослабляющий влияние психологических факторов антисуицидального барьера ("не запрещено") (Амбрумова А.Г., 1996).

Цель исследования: оценить семейный суицидальный анамнез больных рассеянным склерозом (РС).

Материал исследования составили 214 больных РС, из них 154 пациента, у которых при первичном обследовании были выявлены различные формы суицидального поведения; 60 больных – группа сравнения (без суицидального поведения). Мужчины – 35,0%; женщины – 65,0%; средний возраст –  $38,2 \pm 4,9$  лет. Длительность заболевания РС от 4 до 27 лет.

Результаты: проведенные исследования с подробным сбором семейного анамнеза у самого больного, возможным привлечением его родственников и данных медицинской документации позволили выявить случаи совершения суицидальных попыток и завершенных суицидов по первой, второй и третьей линии родства. Как показали исследования, в основной группе общая частота совершенных родственниками больных суицидальных действий была достоверно выше (28,6%;  $P < 0,05$ ), чем в группе сравнения (16,7%). Причем максимальные различия (почти в 2 раза) регистрировались в частоте реализованных попыток суицида родственниками по первой линии родства (18,8% и 10,0% соответственно). Различия по 2-й (3,2% и 1,7%) и 3-й (6,5% и 5,0%) линиям родства были минимальны. Между тем, несмотря на достоверное превышение частоты “положительного” суицидального анамнеза в основной группе, число завершенных суицидов близких было несколько ниже (7,1%), чем в группе сравнения (8,3%). Более глубокий анализ, возможно, позволил бы оценить нюансы таких различий. Однако тяжесть эмоционального состояния и высокая вероятность индуцирования психической травмы пациентов не позволяла всесторонне изучить условия тех событий. В целом, полученные нами данные, могут свидетельствовать в пользу мнения А.Г. Амбрумовой (1996) о положительной связи феномена накопления суицидального поведения в семейном анамнезе и суицидальной активности самого больного. Это указывает на необходимости обязательной оценки данного показателя при обследовании пациентов.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Е. А. Панченко, С. Е. Агеев, Е. В. Степанов  
(Москва)

В настоящее время в большинстве стран мира отмечается тенденция роста суицидальной активности населения. В России, несмотря на происходящее в последние годы в стране снижение частоты самоубийств, ее показатель (27,1 на 100 000 в 2008 г.) превышает среднемировой уровень в 1,7 раза, а критический уровень ВОЗ – в 1,4 раза.

**Целью** настоящего исследования явилось определение клинических, социальных и личностно-психологических детерминантов суицидального поведения. **Материалом** исследования послужили лица, совершившие

суицидальные попытки и госпитализированные по этому поводу в психиатрический стационар (Московскую психиатрическую больницу № 13) в 2006–2009 годах. Всего – 394 человека. **Методы исследования:** клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический.

**Результаты.** В изучаемой группе суицидентов количество мужчин и женщин оказалось практически одинаковым (соответственно 49,6 и 50,4%). Наиболее типичными социальными характеристиками лиц, совершивших покушение на самоубийство, являлись молодой и зрелый трудоспособный возраст, утрата работы при сохранной трудоспособности (около 40% всех случаев), отсутствие собственной семьи, бездетность, узость или утрата социальных контактов. Среди клинических детерминантов суицидального поведения ведущее место занимают психические расстройства, выявленные у всех суицидентов. В клинической структуре психической патологии 25% составили депрессивные расстройства, 18,1% – расстройства личности и поведения, 17,2% – шизофрения и шизотипическое расстройство; 15,1% – расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; 10,9% – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; 9,9% – органические психические расстройства; 3,4% – умственная отсталость легкой и умеренной степени. Кроме того, у 41,4% суицидентов (мужчины – 52,2; женщины – 30,8%) было установлено злоупотребление алкоголем. Наиболее характерными личностно-психологическими детерминантами суицидального поведения оказались высокий уровень аутоагрессии, эгоцентризм, импульсивность, ригидность поведенческих стереотипов, “избегающие” типы реагирования на стресс, высокий уровень тревожности. **Заключение.** Знание клинических, личностных и социальных детерминантов суицидального поведения может позволить повысить эффективность его профилактики.

#### КРАТКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕВОГИ СУЩЕСТВОВАНИЯ В ГРУППАХ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ МАКРОСОЦИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА (РАМГ)

О. В. Потапов, И. Г. Ульянов  
(Владивосток)

В рамках изучения различных социально дезадаптированных групп населения на протяжении 1997–2010 гг. нами изучались шахтеры, потерявшие работу (300 человек), милиционеры, командированные на полугодичную службу в Чечню (400 человек), мигранты (100 человек). Показатели выраженности ситуативной тревожности (тах значение  $k = 4,0$ ) были наиболее высоки в группе мигрантов:  $k = 3,91 \pm 0,04$ ; социальный компонент тревоги выявлен у 67%; дезадаптивная тревога выявлена у 87%. Высоки показатели дезадаптивной тревожности в группе шахтеров:  $k = 3,77 \pm 0,12$ ; дезадаптивная тревога выявлена у 82,3%. В группе милиционеров тревож-



ность значительно ниже, с преобладанием средней и высокой адаптивной:  $k = 2,33 \pm 0,59$ ; дезадаптивная тревога выявлена у 13,25% группы. В исследовании наблюдались следующие виды экзистенциальной вовлеченности: витальная, травматическая, групповая, антропозмичная, псевдоидентификационная, инволюционная, поисковая, идентификационная, реализующая. Тревога и особенности существования определяют особенности воображения и фантазии, что отражается в имажинативной, проективной и арт-терапевтической работе.

Полученные результаты исследования и терапии лиц с РАМГ ( $N = 800$ ) включены в систему медико-социальной реабилитации в ее преемственности с психотерапией в соответствии с разработками отечественных ученых (Мясищев В.Н., 1995; Кабанов М.М., 1998; Семке В.Я., 1999; Карвасарский Б.Д., 2004; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2005; Александровский Ю.А., 2009).

### **ЗАТЯЖНЫЕ РЕАКТИВНЫЕ ДЕПРЕССИИ С ФАНТОМНЫМИ ПЕРЕЖИВАНИЯМИ У МАТЕРЕЙ ПОГИБШИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ**

И. В. Пудиков  
(Самара)

В условиях специализированного отделения психологической реабилитации Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн наблюдали и лечили женщин (27 человек) – матерей воинов, погибших при исполнении служебного долга в различных “горячих точках”. Для всех женщин сообщение о гибели сына носило характер потрясения системы жизненных ценностей, нарушающего стабильное функционирование субъекта и, таким образом, соответствовало критериям психической травмы по МКБ-10. По данным анамнеза, в остром периоде у всех женщин отмечались признаки реактивной депрессии. Из 27 пациенток у 18-ти на момент пребывания в отделении выявлялись различные психо-эмоциональные и соматические расстройства, патогенетически связанные с психической травмой. В целом состояние пациенток соответствовало картине затяжной субдепрессии. На наш взгляд, своеобразие затяжного течения и психического статуса пациенток связано с некоторыми особенностями психической травмы. Невозможность опознания тела погибшего составляет ключевой элемент патогенной ситуации, определяя в дальнейшем специфику клинической картины. По данным анамнеза, отсутствие возможности реализовать ритуал прощания с погибшим приводило к появлению тревоги, чувства вины, тягостного ощущения душевного разлада. Дальнейшая трансформация клинической картины определялась угасанием тревожного аффекта и компенсаторным оживлением образа сына, формированием сверхценного отношения к личным вещам, предметам обихода, одежде погибшего. Женщины часто мысленно или

вслух общались с погибшим сыном, в рассказе о нем идеализировали его. Особое значение приобретали его фотографии, портретные и иные изображения, которые служили предметом специфического, культового отношения. В общении с пациентками создавалось впечатление, что они не смогли оплакать тягостную утрату и пытаются “удержать” образ сына в своем восприятии, фантазийно “подстраивая” повседневную реальность. Подобное компенсаторное оживление представлений составляет весьма специфический клинический феномен – фантомные переживания. Рассмотрение депрессивных состояний в свете их патогенетического формирования позволяет выявить существенные звенья патогенеза подобных форм патологического реагирования.

### **СРАВНЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ И СИНДРОМОВ У ВETERANОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН И ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, НЕ ПРИНИМАВШИХ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ**

А. М. Резник  
(Москва)

Проведен анализ медицинской документации 264 ветеранов локальных войн и 125 военнослужащих кадра и запаса, которые никогда не принимали участия в боевых действиях. Выяснилось, что встречаемость депрессивной симптоматики у ветеранов локальных войн оказались меньше, чем у стационарных больных группы сравнения, подобранных методом рандомизации с последующей стратификацией по возрасту (47,4% и 60%, соответственно,  $p < 0,01$ ). Также у ветеранов встречались реже, чем в группе сравнения симптомы тревоги (29,6% и 36,8%, соответственно,  $p < 0,01$ ), раздражительности (39,8% и 53,6%,  $p < 0,05$ ), инсомнии (44,7% и 58,4%,  $p < 0,05$ ). При меньшем числе не получено значимых различий в частоте соматоформных расстройств (9,4% и 12%) и ипохондрии (14,8% и 17,6%). Всего лишь у одного ветерана наблюдались проявления обсессивно-компульсивного расстройства (0,4% против 1,6% в группе сравнения). Примерно с равной частотой отмечались астения (68,9% и 64%). Несколько чаще, чем в группе сравнения, наблюдались эксплозивные реакции (17,4% и 12,8%), дисфория (8% и 5,6%), проявления демонстративного поведения (7,2% и 3,2%). Диссоциативные расстройства психических и двигательных функций встречались только в группе ветеранов (1,9%), среди больных, попавших в группу сравнения, они не наблюдались. Особо следует отметить то, что у ветеранов значимо чаще встречались симптомы ослабления памяти (26,9% против 16% в группе сравнения,  $p < 0,01$ ) и инертности психических процессов (36,4% и 24%, соответственно,  $p < 0,01$ ), судорожные припадки (9,1% и 5,6%). Распространенность когнитивных на-

рушений и судорожного синдрома объясняется большим числом ветеранов, которые в период участия в боевых действиях перенесли черепно-мозговые травмы. Но, несмотря на это, у ветеранов и в группе сравнения оказались примерно одинаковой частота объективно выявляемых случаев снижения уровня мышления (8,7% и 10,4%, соответственно), деменции и синдрома Корсакова (3,3% и 2,4%). Последнее, вероятнее всего, связано с более ранним обращением за помощью ветеранов из числа офицеров кадра и запаса, и своевременно начинаемым лечением, когда еще не успевают развиться более тяжелые психические нарушения.

### **РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ**

**В. В. Руженкова, В. А. Руженков, Ю. Н. Туркова  
(Белгород)**

В течение 2008–2009 гг. социологическим методом обследована сплошная выборка, состоящая из 495 учащихся (435 студентов и 60 школьников, учащихся 11 класса), 148 (29,9%) мужского и 347 (70,1%) женского пола.

Четвертая часть – 25% респондентов, на период обследования курили, 84% – употребляли алкогольные напитки (крепкие – 9%, вина – 38%, слабоалкогольные – 37%). Пробовали наркотики 14% обследуемых (в большинстве случаев – 86%, курение анаши), а 16,9% – сообщили, что готовы попробовать, если бы представилась такая возможность.

Суицидологический анализ показал, что в 14 (3%) семьях один из родителей покончил жизнь самоубийством. У большинства опрошенных 410 (83%) имели место колебания настроения в сторону пониженного. У 30% обследуемых в анамнезе были мысли о нежелании жить (более чем в половине случаев переходящие в суицидальные замыслы), возникающие преимущественно в возрасте 12–16 лет, а в 10% случаев встречались и в текущий год. В 3% случаев были попытки самоубийства, которые реализовывались в возрасте от 7–19 лет. Характерно, что все респонденты, имеющие внутренние формы суицидального поведения курили табак и употребляли алкогольные напитки.

Исследование показало, что в период пубертатного криза почти у трети учащихся возникают внутренние формы суицидального поведения. В плане организационных форм предупреждения самоубийств мнения студентов разделились примерно поровну: по 34% считают, что для этого было бы целесообразно создать Интернет-службу оказания психологической помощи лицам, находящимся в состоянии кризиса и Телефон Доверия, 32% предпочли бы кабинет социально-психологической помощи при студенческой поликлинике.

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОПАСНЫХ АНТРОПОГЕННЫХ ФАКТОРОВ СРЕДЫ**

**Г. М. Румянцева, О. В. Чинкина  
(Москва)**

Современный этап развития постиндустриального общества отличается возникновением новых видов угроз здоровью человека и такого рода модификацией относительно уже известных, адаптация к которым крайне затруднена. К ним можно отнести: угрозу возникновения эпидемий ранее неизвестных инфекций; терроризм с использованием средств массового поражения от ионизирующей радиации до воздействий другой физической природы, химического и бактериологического факторов; техногенные аварии, локальные войны или стихийное разрушение потенциально опасных объектов с высвобождением указанных факторов. Во всех случаях происходит потеря контроля над опасностью, которую создал сам человек.

Эти угрозы обладают свойствами, благодаря которым отрицательные последствия для психического здоровья вовлеченных и нанесенный ущерб могут во много раз перекрывать по глубине и массовому охвату пострадавших собственно биологическое действие. При этом сами психические расстройства у пострадавших всегда являются результатом одновременного воздействия внешней вредности и психогенного пути развития, соотношение которых определяется характеристиками конкретного экстремального события.

Своевременное и научно-обоснованное определение статуса пострадавшего и адекватная помощь предполагают экспертное решение вопроса о связи развившихся заболеваний с факторами имевшего место воздействия и оценку нанесенного вреда. При этом существенным является разграничение вреда здоровью и морального вреда.

Существует мнение, согласно которому к моральному вреду относятся психические изменения как непатологического характера, так и болезненные психические нарушения пограничного круга и даже тяжелые психические расстройства. Такая позиция не может считаться адекватной, поскольку в основе психических нарушений всегда лежат функциональные или органические изменения органов и систем, и, следовательно, психические расстройства – это всегда вред здоровью.

В указанных случаях возникает необходимость в комплексном экологическом психолого-психиатрическом исследовании, которое предполагает наличие у экспертов психиатров и психологов знаний биологических эффектов вредных факторов и отличительных особенностей развивающихся психических расстройств, что требует создания для них специальных образовательных программ.

## РОЛЬ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОВ В ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД

В. Рутц

(Кобург, Германия)

Во времена социальных потрясений в европейских странах именно суицидальное поведение мужчин катастрофически отражает бремя общего стресса, вызванного перестройками как в социуме, так и на уровне индивида. Тем самым суицидальность попадает в кластер заболеваемости и смертности в связи со стрессом, что опосредуется определенным стилем жизни и рискован поведением, сочетаясь с сердечно-сосудистой патологией, болезнями зависимости и агрессией.

Как показывают исследования, недавно проведенные в Швеции и других странах Европы, уровень мужских самоубийств оказывается наибольшим именно в тех обществах, где стрессовые перемены отразились в том числе и на соотношении половых ролей, которое в прошлом было вполне традиционным. По всей видимости, это тесно связано с неспособностью мужчин совладать с жизненными коллизиями, кардинально влияющими на их иерархический и социальный статус, чувство собственного достоинства, самоуважение, социальную значимость и экзистенциальные переживания.

Чаще всего мужские суициды совершаются без предварительного поиска помощи и контакта с медицинскими и прочими учреждениями, которые могут оказать поддержку.

Таким образом, проблемы осложняются привычными для мужчин затруднениями искать помощь и выполнять врачебные назначения, а также неготовностью служб, занимающихся охраной психического здоровья, обеспечить услуги, которые не только были бы доступны для мужского населения, но и были бы им востребованы.

В дополнение к этому существуют сложности в распознавании известных "атипичных" симптомов депрессии и суицидальности у мужчин при использовании традиционных диагностических критериев, что ведет к недооценке депрессивных состояний и, как следствие, к росту мужской суицидальности.

В результате, эпидемиологические исследования ясно показывают, что депрессивные расстройства и суициды среди мужской части населения составляют значительную часть проблем психического здоровья в обществе. Это имеет социальные проявления, что приводит не только к страданиям и затратам отдельных индивидуумов, но и влияет также на расходы и состояние здоровья больших групп, состоящих из членов семей и друзей, и на общество в целом, на состояние моральных и этических ценностей, а также на социальные структуры.

Для выявления, предупреждения, распознавания и мониторинга депрессий и суицидальности у муж-

чин требуются новые диагностические инструменты и стратегии первичной профилактики, учитывающие половые различия. Следовало бы развивать когнитивные подходы, которые научат мужчин, склонных к суициду, вовремя просить о помощи и позволят формировать у них адекватное отношение к лечению, необходимое для выполнения нужных предписаний.

## КОМПЛЕКСНАЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО БОЕВОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

В. А. Сергеев, Л. В. Грачёва

(Челябинск, Орск)

Отдалённые последствия боевого стресса до настоящего времени остаются малоизученными, что определило **цель** данного исследования – комплексный клинико-психологический анализ субклинических посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) в отдалённом периоде боевого стресса.

**Методы и группы исследования.** Клинически и экспериментально-психологически (методикой "Миссисипская шкала" - МШ военный вариант) обследовано 120 сотрудников милиции. Из них 40 человек (группа I) участвовали в боевых операциях в Чеченской Республике в 1994 и 2001 гг., ещё 40 (группа II) – выполняли служебные задания в том же регионе в относительно "мирный" период с 2002 по 2005 гг., остальные 40 (контрольная группа III) – не имели служебных командировок в "горячие точки". Ранее никому из обследованных диагноз ПТСР не выставлялся.

**Результаты.** Клиническое исследование наибольшее число разнообразных жалоб пограничного и психосоматического характера выявило у обследуемых группы I – 92,5 %, заметно меньше в группах II – 42,5% и III – 30 % ( $p < 0,001$ ). Наиболее частыми в группе I являлись жалобы на навязчивые мысли о пережитом – 92,5 %, тогда как в группе II они были отмечены лишь у 15 %, а в контроле – отсутствовали ( $p < 0,001$ ). Нарушения сна регистрировались: в группе I - у 75 %, II - 30 % ( $p < 0,01$ ), III - 17,5 % ( $p < 0,001$  I-III). Снижение настроения: в группе I – 47,5 %, II – 12,5 % ( $p < 0,01$ ), III – 5 % ( $p < 0,001$  I-III). Жалобы на тревогу и напряжение: группа I – 50 %, II – 42,5 %, III – 30 % ( $p < 0,05$  I-III). Головные боли: группа I – 37,5 %, II – 25 %, III – 17,5 % ( $p < 0,05$  I-III). С близкой частотой во всех группах отмечалась раздражительность и вспыльчивость (32 %, 25 % и 20 %), боли и неприятные ощущения в области сердца (25 %, 20 % и 12,5 %), расстройства желудочно-кишечного тракта (17,5 %, 12,5 % и 20 %).

По результатам тестирования методикой МШ наиболее высокие показатели, соответствующие большей выраженностью признаков ПТСР, отмечены в группе I – 73,15,7±14,77 баллов, заметно ниже в группе II –

61,12±13,2 баллов ( $p < 0,05$ ) и самые низкие в III – 44,9±7,91 баллов ( $p < 0,001$ ).

**Выводы:** Сотрудники милиции, участвовавшие в выполнении служебно-боевых задач на Северном Кавказе и не выявлявшие по их завершению достаточно выраженных клинических проявлений ПТСР, в последующем (спустя годы) обнаруживают стойкие субклинические признаки хронического ПТСР, что свидетельствует о необходимости проведения повторных углублённых медико-психологических обследований данных контингентов военнослужащих с проведением психокоррекционных и психопрофилактических вмешательств.

#### ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

А. Г. Синенченко, Г. П. Костюк, А. С. Слюсарев  
(Санкт-Петербург)

Проблема исследования распространенности и структуры психических расстройств у военнослужащих в экстремальных ситуациях на сегодняшний день является крайне актуальной. С одной стороны это обусловлено резким ростом в мире в последние десятилетия вооруженных конфликтов и локальных войн, с другим привлечением военнослужащих к ликвидации последствий техногенных аварий и катастроф.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей невротических расстройств у военнослужащих по призыву, принимавших участие в боевых операциях на территории Северного Кавказа. Исследование проводилось в архиве военно-медицинского музея. Материалом для исследования послужили архивные истории болезни военнослужащих. В результате изучения 100 архивных историй болезни было установлено преобладание в структуре невротических расстройств у военнослужащих по призыву, принимавших участие в боевых операциях в период с декабря 1994 по декабрь 1995 года невротических реакций (63,3%), которые характеризовались острым развитием, кратковременностью и парциальностью болезненных проявлений. Нами было установлено, что среди невротических реакций у военнослужащих по призыву, участвующих в боевых действиях преобладали астено-депрессивные реакции (55,2%), среди которых также можно было выделить астено-ипохондрический и астено-невротический их варианты. В свою очередь в развитии тяжелых невротических расстройств важную роль играли преморбидные личностные особенности, которые определяли клиническую картину заболевания и его исход.

Таким образом, в условиях боевых действий особую актуальность приобретают мероприятия медико-психологической экспресс-коррекции, раннее начало которых будет способствовать профилактике развития пограничных психогенных расстройств.

#### ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СОЛДАТ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ

С. В. Ступакова, Н. С. Сединина, А. Л. Сединин  
(Пермь)

Высокая тревожность неблагоприятно сказывается на жизнедеятельности человека, вызывает неуверенность в себе, создает предпосылки к конфликтным отношениям, агрессивному поведению. Нами было обследовано 100 солдат срочной службы, средний возраст которых составил 19,4±0,3 года, срок службы после призыва не менее 4 месяцев. Высокий уровень тревожности – 52,4±1,8 баллов, по методике Спилбергера-Ханина, был определен у 19; средний уровень – 37,2±0,5 балла у 57 и низкий уровень – 26,9±0,5 балла у 24 человек. При оценке качества жизни по методике SF-36 в группе солдат с высоким уровнем тревожности по шкале физического функционирования результат был 85,0±4,3 балла, в группе со средним уровнем тревожности – 94,7±0,9; с низким уровнем тревожности – 98,5±0,5. По шкале ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием – 97,9±1,4; 82,9±4,5; 97,9±1,4 балла соответственно; интенсивности боли – 60,2±2,5; 84,7±2,2; 97,8±1,7; общего состояния здоровья, оценивающего субъективное восприятие состояния здоровья – 51,9±4,9; 74,3±1,9; 84,5±2,9; жизненной активности – 49,5±5,0; 71,8±1,5; 81,5±2,7; социального функционирования – 48,9±2,3; 46,6±1,5; 49,1±1,3; ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием – 68,7±7,4; 85,5±3,2; 98,6±1,4; психического здоровья – 53,3±4,5; 74,0±1,5; 84,8±2,7. Выявлена достоверная связь ( $p < 0,05$ ; критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони) между уровнем личностной тревожности и показателями качества жизни. Следовательно, исследуемые с повышенным уровнем личностной тревоги нуждаются в проведении психологической поддержки.

#### ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ И ДРУГИЕ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВЕТЕРАНОВ ВОЙН, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Н. Б. Халеева, А. М. Резник  
(Москва)

В психиатрических отделениях Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко в 1992–2009 годах прошли стационарное лечение 264 ветерана локальных войн. Из них всего у 14 человек (5,3%) было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). У 53 ветеранов (20,1%) диагностированы различные невротические расстройства, развившиеся спустя разные периоды времени после участия в боевых действиях.

У всех пациентов с диагностированным ПТСР в различной комбинации присутствовали симптомы повторно-го переживания (вторжения или интрузии), избегания и повышенной возбудимости. В частности, симптомы вторжения выявлялись у 13 человек (92,9%), проявления избегания – у 8 (57,1%). Признаки повышенной возбудимости отмечались у 12 человек (85,7%). Причем в большинстве случаев это были проявления раздражительной слабости, эмоциональной лабильности и лишь 1 пациент (7,1%) проявлял эксплозивные черты. Изменения личности с трансформацией системы ценностей, склонностью к полярным оценкам поступков окружающих, затруднением общения и снижением возможностей социальной адаптации имели место у 8 ветеранов (57,1%). У ветеранов с невротическими расстройствами симптомы интрузии и избегания, типичные для ПТСР, встречались значительно реже – в 19 случаях (35,9%). В частности, симптомы вторжения – у 18 больных (34%), избегания – 5 (9,4%). Кроме того, признаки возбудимости имели место у 22 (41,5%), эксплозивности – у 5 (9,4%). Изменения личности наблюдались у 21 пациента (39,6%).

Сравнение так называемых коморбидных психопатологических симптомов показало, что в обеих группах самой частой оказалась астеническая симптоматика (78,6% и 86,9% соответственно). У ветеранов с ПТСР значительно чаще, чем при других неврозах, выявлялись признаки инертности и низкой продуктивности (35,7% и 11,3%), незначительно чаще наблюдались диссоциативные расстройства (7,1% и 1,9%) и демонстративное поведение (14,3% и 9,4% соответственно). Реже, чем у пациентов с неврозами, у ветеранов с ПТСР встречались признаки депрессии (50% и 75,5% соответственно) и соматоформные нарушения (14,3% и 20,8%). В отличие от лиц с диагностированными неврозами, у них не наблюдалось выраженной ипохондрической симптоматики, проявлений панического и обсессивно-компульсивного расстройства. Перечисленные синдромы у больных неврозами диагностировались в 22,6%, 17% и 1,9% случаев.

### ЭТНОРЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

В. Е. Цупрун, П. Н. Фадеев, М. Ю. Бондаренко  
(Москва, Йошкар-Ола)

Самоубийства продолжают оставаться весьма важной медико-социальной проблемой. Изучение этнокультуральных и региональных особенностей особенно актуально для нашей многонациональной страны.

Наибольшее внимание в этом плане представляет финно-угорская этническая группа, отличающаяся по данным мировой литературы высокой суицидальной активностью и к которой относится Республика Марий Эл. Анализу были подвергнуты все случаи завершённых суицидов по Республике Марий Эл за 10-летний период (1999–2009 гг.). Распространённость суицидов на 100 тысяч населения фиксировалась от 71,2 (в 1999 г.) до 47,0 (в 2009 г.). Среди суицидентов отмечается значительное преобладание лиц мужского пола – до 86%. Причем в больше, чем половине случаев констатировано алкогольное опьянение, что косвенным образом подтверждается высоким уровнем потребления алкоголя в регионе.

В среднем на одно женское самоубийство в Республике Марий Эл приходится 4 мужских, в то время как в г. Москве за этот же период – в среднем – 2,6–2,9.

Интересным фактом является рост завершённых самоубийств среди сельского населения Республики Марий Эл, хотя общероссийская тенденция показывает корреляцию низкого уровня самоубийств с аграрной основой региона.

Объяснение этого феномена наискать предположительно в ряде этнокультуральных особенностей угро-финской популяции, таких как незрелая религиозность, актуальность языческих традиций, допустимость самоубийства как действия не противоречащего религиозной нравственности.

Все описанные факторы имеют существенное значение для организации эффективной превенции суицидального поведения с учетом этнокультуральных и региональных особенностей Республики Марий Эл.

## ПРОБЛЕМЫ СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ

### КОМПЛЕКСНОЕ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ ВТОРИЧНАЯ НОРМОГОНАДОТРОПНАЯ АМЕНОРЕЯ

В. А. Агарков, Е. В. Уварова, С. А. Бронфман,  
К. В. Самохвалова, У. С. Манн

(Москва)

В исследовании, проведенном на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. Кулакова, приняли участие 29 девушек возрасте 18–25 лет, с диагнозом вторичной нормогонадотропной аменореи (НГА), с нормальной массой тела.

Целями исследования являлось изучение психологических особенностей и разработка оптимальной индивидуально-ориентированной схемы лечения пациенток с ФГА.

Результаты клинических интервью выявили в анамнезе пациенток с НГА факты ранних сепараций с матерью, послеродовой депрессии у матери, искусственного вскармливания, конфликтов в родительской семье, развода родителей, физического насилия в семье.

Согласно полученным результатам, группа «НГА» характеризуется умеренным уровнем ситуативной и личностной тревожности. Среднее значение балла ШОВТС составило 39,4 балла, близкое по величине к таковому для выборок беженцев и ликвидаторов (Тарабрина, Агарков, и др. 2001), что при меньшем, чем в группе нормы, опыте психотравмирующих ситуаций (LEQ-2) указывает на «особую» уязвимость пациенток с НГА к воздействию потенциально психотравмирующих ситуаций (Агарков и др. 2007). По шкале депрессии Гамильтона средний балл в исследуемой группе составил 11,5, что можно интерпретировать как проявление маскированной депрессии.

Результаты контент-анализа рассказов по картам ТАТ для оценки паттернов ядерной половой идентичности (May, 1980) и механизмов психической защиты (отрицание, проекция и идентификация) (Cramer, 1996, Gottschalk & Gleser, 1969) показали, что, по сравнению с контрольной группой «норма», у пациенток с НГА значительно менее выражен паттерн женской ядерной идентичности и значительно выше показатели по наиболее ранней защите отрицание.

Назначение антидепрессантов из группы СИОЗСН в течение 4–6 месяцев в средней терапевтической дозе, показало высокую эффективность в лечении пациенток с вторичной НГА, резистентной к традиционной гормональной терапии цикла.

### ТРИ ПРИНЦИПА КАТЕГОРИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ГЕНДЕРНЫМ ИССЛЕДОВАНИЯМ

С. Т. Агарков, Е. А. Кащенко, Ю. Н. Жарков

(Москва)

Гендерные исследования отличаются, с одной стороны, широтой подходов, ориентацией на оценку экономических, социальных и культурных характеристик и возможностей в определенной социальной среде в определенный момент времени, а, с другой, акцентом субъективных точек зрения, связанных с принадлежностью к мужскому или женскому полу. Гендерные равенство, справедливость, дискриминация могут по-разному восприниматься женщинами и мужчинами, в зависимости от конкретных социальных функций и ролей. Сущность гендерного исследования всегда дуалистична, – с одной стороны, измеряются установки, а, с другой, используется описание социальной группы. Предлагаемый нами подход принадлежит первой части гендерного исследования и состоит в измерении иерархии установок, связанных с сексуальностью, особым способом, с учетом следующих трех принципов.

Первый заключается в принятии несоответствия иерархии категорий, отражающих сексуальность, у специалистов-сексологов и тех, у кого нет профессиональных знаний. Второй принцип состоит в том, мы не стремимся приобщить респондента к профессиональной точке зрения, а наоборот, вуалируем профессиональную категорию так, чтобы респондент мог более точно выразить собственную позицию.

Третий принцип состоит в том, что прежде чем проводить опросы мнений, обязательно создается иерархическая структура конкретных категорий, и только после этого разрабатывается система анкет.

### ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОТЕРАПИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

А. П. Азизов, Н. Д. Кибрик

(Москва)

Сексуальные нарушения невротической природы являются самой частой формой половых расстройств у мужчин (Х. Каплан, 1987; Г.С.Васильченко, 1990; З. Старович, 1991 и др.). По данным суицидологической службы г. Москвы, среди лиц, обратившихся за помощью, 26% составляют пациенты с интимно-личностными и сексуальными проблемами (Н.Д. Кибрик, 1999). В связи с этим наиболее существенная роль в сексологическом лечении принадлежит эффективной психотерапевтической коррекции психологических механизмов половых дисфункций. Отсутствие одного метода психотерапии одинаково, эффективно воздействующего на весь спектр

психологических проблем сексологических пациентов, побуждает ряд сексологов использовать комбинированный психотерапевтический подход.

Мы в своей практике чаще используют сочетание гипнотерапии, рациональной и поведенческой психотерапии (включая секс-терапию и приёмы супружеской терапии).

Цель лечебных воздействий носит непрерывный, последовательный, комплексный и дифференцированный характер. Первый этап состоит в формировании у пациентов здоровых психологических установок с помощью цикла индивидуальных и парных психотерапевтических бесед. Второй этап психотерапии служит преодолению невротических реакций больных на свою сексуальную несостоятельность и супружескую дисгармонию (рациональная и гипносуггестивная психотерапия, наркопсихотерапия, парная психотерапия, опосредованная и потенцирующая психотерапия). Третий этап имеет целью непосредственно восстановление и активизацию сексуальных функций пациентов, обучение правильному поведению, в частности сексуальному. С этой целью проводятся парная, супружеская психотерапия, тренинг общения, сексуально-эротический тренинг. С учётом механизмов патогенеза сексуального расстройства психотерапия может выступать в качестве ведущего метода лечения либо дополнять фармакотерапию и другие методы.

С 2007 года по 2008 год, к нам обратились 48 мужчин от 17 до 35 лет, с жалобами на нарушение эрекции. Всем больным была применена методика психотерапевтического опосредования диагностических и терапевтических манипуляций, гипносуггестивная и парная терапия, парадоксальная психотерапия (предписание "ложного" сексуального запрета), с первого же дня обращения. У 68% пациентов проблема разрешилась с благополучным совершением сексуального контакта в течение первой недели с приемом только плацебо. Еще у 20% пациентов – после дополнительного одного двукратного приема ингибиторов фосфодиэстеразы. Остальные пациенты нуждались в более длительных и комбинированных курсах лечения.

### ОТ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ К СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Б. Е. Алексеев

(Санкт-Петербург)

Последние десятилетия ознаменовались существенным обогащением знаниями и технологиями в области сексологии. Широкий круг медицинских специалистов вовлекается в деятельность по оказанию помощи пациентам с сексологическими расстройствами. Это сексологи, урологи-"андронологи", урологи, оперирующие на половых органах, эндокринологи, психотерапевты и др. Оказание сексологической помощи требует очень обширных знаний. Трудно себе представить, что одно лицо может на должном уровне владеть познаниями и навы-

ками в рамках медицинской сексологии и одновременно быть хирургом, способным осуществить фаллопротезирование. Следовательно в процесс оказания помощи пациентам с сексологическими расстройствами будут включаться представители разных специальностей. Практика показывает, что такая стихийно складывающаяся структура предложений по оказанию помощи данному контингенту, имеет существенные недостатки. Отсутствие установленного алгоритма оказания сексологической помощи приводит, например, к тому, что судьба пациента с функциональным расстройством оказывается в руках хирурга, который не ведает о психических механизмах сексуального расстройства. С тем, чтобы повысить качество помощи сексологическим пациентам, необходимо, чтобы профессионалы включенные в этот процесс или желающие подключиться к нему могли получить общие базисные знания из области сексологии и сексологической медицины. Для этого предлагаются специальные программы последипломного образования. Достигнутое таким образом общее понимание проблемы обеспечит реализацию алгоритма помощи по принципу "от простого к сложному", "от консервативного к оперативному", что безусловно понизит уровень явного и трудно учитываемого вреда, который причиняется сексологическим пациентам сегодня, и повысит качество их жизни. В этом процессе медицинская сексология должна занимать ключевое место.

### ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ СИНДРОМА СНИЖЕННОГО СЕКСУАЛЬНОГО ВЛЕЧЕНИЯ

А. В. Анипченко, М. Э. Григорьев,  
Э. С. Амбарцумян

(Санкт-Петербург, Москва)

Синдром сниженного сексуального влечения (СССВ, англ. HSDD, Hypoactive Sexual Desire Disorder, F52.0) был выделен впервые около 30 лет назад и определяется как недостаток или отсутствие сексуальных фантазий и желаний, являющиеся причиной значительного дистресса или трудностей межличностных коммуникаций.

Диагностические критерии подчёркивают, что данный синдром не должен быть вызван каким-либо другим заболеванием (кроме сексуальной дисфункции) или приёмом психоактивных веществ, т.е. не быть вторичным.

Вместе с тем, трудно представить изолированность данного расстройства от общего состояния здоровья и метаболизма человеческого организма. В настоящее время уже выделен ряд факторов, провоцирующих развитие указанного состояния: менопауза, психосоциальная составляющая (включая депрессивные расстройства, супружеские сексуальные дисгамии и др.).

Особую группу риска составляют пациенты, принимающие различные психоактивные субстанции, в т.ч. алкоголь. Показано, что уровни серотонина, опиоидов, пролактина находятся в обратной связи с сексуальным желанием, в то время как дофамина, половых гормонов

– в прямой. Отечественными исследователями было выявлено, что у пациенток, страдающих алкоголизмом 3 стадии, также наблюдаются признаки снижения сексуального желания (Б.Д.Цыганков, С.А.Овсянников, Ю.Н. Кручинская, 2008).

Все эти данные указывают на сложности как диагностики СССВ (являющегося скорее диагнозом исключения), так и выбора терапии. Наиболее целесообразным (и, вероятно, единственным) представляется комплексный подход с применением различных психофармакологических методов в сочетании с психотерапевтической коррекцией.

### ПСИХОТЕРАПИЯ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ

М. Л. Аркус, Н. Д. Кибрик, Ю. П. Прокопенко  
(Москва)

Психотерапия обсессивно-фобических расстройств сексуального содержания (ОФРСС) проводят наряду с психофармакотерапией, с учетом парности сексуальной функции. ОФРСС могут проявляться как в виде аффективного синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН), так и идеаторного – коитофобии, что определяет удельный вес психо- и фармакотерапии в каждом отдельном случае. При выявлении СТОСН психотерапия играет основную роль в рамках комплексных лечебных программ.

Система психотерапевтической коррекции включает в себя три элемента: 1) когнитивный (информационный) – формирование у пациента здоровых психологических установок; 2) аффективный (эмоциональный) – преодоление невротических реакций на ситуацию и супружескую дисгармонию; 3) конативный (поведенческий) – активизация сексуальной функции пациента, научение правильному интимному поведению.

Наиболее эффективный метод терапии ОФРСС – супружеская секс-терапия. Она направлена на обучение интимной технике как выражению эмоционального отношения к партнеру, основана на парности сексуальной функции и осуществляется при помощи сексуального партнера. Секс-терапия направлена на изменение неадаптивной ситуации в паре, восстановление или образование новых когнитивных и условно-рефлекторных связей, позволяющих адаптировать партнеров к новому сексуальному стереотипу.

В процессе секс-терапии происходит воспитание эмоционально окрашенной чувствительности, упрочение нервно-рефлекторных связей с последующей когнитивно-оценочной реакцией. При этом происходит изменение стереотипа сексуального поведения, а также и восстановление нарушенных физиологических реакций.

Секс-терапия строится поэтапно, совпадая с этапами психо-сексуального развития: 1. **Информационный**, включая секс-просвещение, коррекцию целей, выработку психологических здоровых установок на решение

проблемы. 2. **Эмоциональный**, включая разясняющую дискредитацию. 3. **Поведенческий**: осуществление секс-терапевтических установок, активизация сексуальных функций пациентов.

Для одиноких пациентов рекомендовано проведение специального курса обучения эротико-сексуальному поведению и тактике петтинга на фоне декларированного отказа от имиссии. В дальнейшем проводится поддерживающая психотерапия в процессе контактов с новой партнершей.

### СЕКСУАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н. А. Березовская  
(Минск)

Проведено клинико-психопатологическое, клинико-сексологическое и экспериментально-психологическое исследование 102 женщин 18–45 лет, состоящих в браке, страдающих психическими расстройствами невротического регистра (F40–F45, МКБ-10), проходивших лечение в условиях стационара (основная группа) и 67 женщин детородного возраста без каких-либо психических и поведенческих расстройств (контрольная группа).

Исследование выявило сочетанный характер невротических расстройств и сексуальных дисфункций у 67 из 102 женщин (65,7%) основной группы ( $\chi^2=10,7$ ;  $v=0,635$ ,  $p<0,01$ ). Согласно МКБ-10 сексуальные дисфункции были представлены у них: отсутствием или потерей полового влечения – у 18 (17,6%); сексуальным отращиванием – у 7 (6,9%); отсутствием генитальной реакции – у 8 (7,8%); оргазмической дисфункцией – у 29 (28,5%); диспареунией неорганической природы – у 5 (4,9%). В контрольной группе среди 67 обследованных женщин сексуальные дисфункции зарегистрированы лишь у 15 (22,4%).

Установлено, что неблагоприятные для женской сексуальности особенности воспитания и сексологического анамнеза, личностные и конституциональные характеристики в 22,4% случаев приводят к формированию сексуальных дисфункций с самого начала половой жизни и сопутствуют развившимся позднее невротическим нарушениям; в 34,3% случаев – способствуют возникновению невротических расстройств на фоне межличностных и сексуальных проблем с супругом; в 43,3% случаев – облегчают развитие половых дисфункций, обусловленных невротической симптоматикой. Обнаружено, что невротические и сексуальные нарушения у женщин имеют тенденцию к взаимному усилению, что негативно влияет как на течение невротического расстройства, так и на удовлетворенность супружескими отношениями и качеством жизни в целом. У пациенток с невротическими расстройствами, в особенности с сочетанной невротической и сек-



суальной патологией, преобладали отрицательные репродуктивные установки, зарегистрированы более низкие показатели рождаемости и более высокая частота искусственных прерываний беременности, чем у женщин без невротической симптоматики. Поэтому эффективная коррекция невротических и половых расстройств у женщин детородного возраста важна не только для улучшения их психического и сексуального здоровья, но и в целях более полной реализации ими своего репродуктивного потенциала, что может внести свой вклад в стабилизацию демографической ситуации в Республике Беларусь.

### СЕКСОПАТОЛОГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Б. М. Ворник, Е. В. Кришталь  
(Киев)

Начиная с 18–19 вв. в российской, а впоследствии и в советской медицинской науке подход к разработке вопросов этиологии, клиники, диагностики и лечения сексуальных расстройств традиционно всегда базировался на позициях классической медицины. Это позволило, в итоге, впервые создать новую отрасль медицины – сексопатологию (или медицинскую сексологию, что звучит более деонтологично), и, впервые в мире, ввести в практику специальность врача-сексопатолога. Сексопатология имела (и пока еще имеет к счастью) свои методологические подходы, понятийный аппарат, анатомио-физиологический и патофизиологический базис, без чего невозможны ни одна медицинская наука. И хотя в подходах к классификации и формулировке диагноза так и не победил ни один из традиционных подходов (синдромологический или этиопатогенетический) – в подходах к лечению (среди грамотных врачей) – классическим правилом считается этиопатогенетический подход.

К сожалению, в последнее десятилетие сексопатология как наука, не без стараний урологов и других специалистов, а особенно под влиянием коммерциализации была сведена к эректильной дисфункции (симптом) и оперативному (симптоматическому) лечению, облекшись в красивое и непонятное название сексуальная медицина. Это не просто словоблудие, – это демонстрация уровня знаний и методологического понимания (непонимания) проблемы и постепенная ликвидация прогресса в сексологии с отбросом на 60–70 лет назад.

Эти и другие деструктивные факты в отношении сексологии и сексопатологии создают необходимость решения ряда неотложных проблем:

1. Сохранение сексопатологии как медицинской дисциплины;
2. Законодательное обеспечение улучшения и подготовки врачей-сексопатологов;

3. Научные разработки в области сексологии и сексопатологии с учетом антропологического, демографического, этнокультурного и социального факторов;
  4. Стандартизация, клинические протоколы, ориентированные на результат лечения;
  5. Оценка качества лечения и ответственность врача за результат (особенно в случаях оказания платных медицинских услуг).
- Успешное решение этих задач сможет сделать сексологию наукой третьего тысячелетия.

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ ГОМОСЕКСУАЛИЗМА

Я. Г. Голанд, М. Б. Сулова, А. А. Голанд  
(Нижний Новгород)

В этом году успешно закончил курс психотерапии 75-й гомосексуал за 46 лет работы с гомосексуалами. Все методы психотерапевтического вмешательства, предложенные пациентам, основаны на различных воззрениях не обязательно разделяли те или иные теории психотерапии. Мы пытались подобрать оптимальную технику. В одной из главных фишек психотерапии является метод кассеты “Пациент зеркало” (ПЗ), мы активно привлекаем на групповые занятия бывших пациентов гомосексуалов, имеющих многолетний до 40 лет благоприятный анамнез их гетеросексуальной жизни. Процесс обучения новым навыкам и передачи новых знаний посредством моделирования или научения посредством наблюдения позволяют укрепить терапевтические отношения между пациентами и психотерапевтом сексопатологом.

Некоторые поведенческие проявления гомосексуализма мы считаем результатом “неудачных” стечений обстоятельств в жизни индивида. Наша психотерапия стремится к изменению поведения проявляемого пациентом в настоящем времени. Все проводимые психотерапевтом интервенции находят отражение в необходимости операционализации конкретных проблем пациента. Поведенческие формы вмешательства опираются под конкретного индивида и конкретные значимые проблемы, переживаемые наиболее остро.

Одним из основных принципов комплексной психотерапии является ориентированность на достижения целей с приемами гипнотерапии, образной тренировки, программирования гетеросексуальных сновидений, системы саморегуляции, тщательного выполнения домашних заданий. Знакомство с нашей методической психотерапевтической литературой, посещением групп психотерапии малой, средней, большой и мегалогруппы, прослушивания курса лекций и, конечно, скрупулезная индивидуальная психотерапия.

В комплексную систему также входит физическое самосовершенствование (культуризм, борьба самбо, каратэ, танцы).

Пациенты в процессе психотерапии конструируют свой окружающий мир, согласно с новыми разработками во многих областях знаний. Предлагаемая психотерапия является подходом к изменению как на основании теории обучения. Пациенты начинают по-новому разбираться в биографических и интроспсихических причинах, по которым ранее избегали интимных отношений с лицами противоположного пола. Приходит убеждение в собственных способностях, возникают серьезные гетеросексуальные отношения, сексуальность начинает приобретать надлежащую форму, как выражение любви.

### **F52.0 У ЖЕНЩИН: ГИПОДИАГНОСТИКА ИЛИ МЕНТАЛЬНОСТЬ?**

Э. С. Амбарцумян, А. В. Анипченко,  
М. Э. Григорьев

(Санкт-Петербург, Москва)

Согласно мировой практике снижение либидо (F52.0 – Отсутствие или потеря сексуального влечения) встречается у 10% взрослых американок и 7–16% европейцев (А.Н.Слейтон, 2010).

Вероятно, похожие цифры могут присутствовать в спектре психической патологии и на территории России. Однако в современной научной литературе практически полностью отсутствуют какие-либо данные о распространенности F52.0 у женщин в нашей стране.

Возможными объяснениями данного феномена “гиподиагностики”, по нашему мнению, являются несколько основных факторов:

- Отсутствие чётких критериев диагностики этого расстройства, что вызывает трудности у врачей, вынужденных активно выявлять и правильно интерпретировать жалобы пациенток.
- Особенности ментальности и представлений российских женщин о качестве жизни (в том числе сексуальной) и связанные с этим затруднения в предъявлении пациентками соответствующих жалоб и адекватном выборе профиля врача.
- “Пограничность” патологии. Несмотря на то, что указанный синдром входит в класс V, большинство пациенток предпочитает обращаться с подобными вопросами к гинекологам. Последние, как в силу своей компетенции, так и в соответствии с Законом о психиатрической помощи, не имеют должных полномочий для диагностики и назначения лечения данного расстройства.
- Недостаток результатов клинических исследований и рекомендаций доказательной медицины, посвящённых F52.0, и, как следствие этого, отсутствие общепринятых схем и стандартов его терапии.

Вместе с тем, неуклонно растущее в мире внимание к проблемам женского сексуального здоровья позволяет надеяться, что и отечественная медицина, в свою очередь, тоже не останется в стороне от процесса общего развития.

### **ПСИХОТЕРАПИЯ СИНДРОМА ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ И КОИТОФОБИИ У МУЖЧИН**

В. А. Доморацкий

(Минск)

Пациенты с тревожно-фобической симптоматикой, непосредственно связанной с сексуальной сферой, составляют одну из наиболее распространенных групп пациентов сексологического профиля. У них наблюдаются: а) навязчивые опасения неудачи при коитусе, связанные с возможным отсутствием достаточной для полового акта эрекции; б) возникновение сильного беспокойства в интимных ситуациях либо только при одной мысли о предстоящем сексуальном контакте; в) повторяющиеся ситуации фиаско вследствие ослабления эрекции при попытках коитуса (при отсутствии явной органической патологии); г) избегающее поведение из-за страха потерпеть очередную сексуальную неудачу.

Предложенная нами психотерапевтическая модель коррекции указанных расстройств включает 4 основных блока: 1). *Нейтрализация негативного сексуального опыта* с использованием, десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ) техник нейролингвистического программирования (интеграция якорей, взмах, визуально-кинестетическая диссоциация), или гипнотического транса (возрастная регрессия с последующей переработкой травматического эпизода); работа с эпистемологической метафорой. 2). *Разрушение триггеров (мыслей, образов и ощущений), запускающих страх перед коитусом и дисфункциональные сексуальные реакции*: бихевиоральная техника “остановки мыслей”, техника Сандерса; сокращенная версия ДПДГ, визуализация дискомфорта ощущений и разрушение полученного образа в гипнотическом трансе и др. 3). *Устранение гиперконтроля коитуса и обучение ассоциированному восприятию половой близости* ассоциирование в переживание (погружение в приятные ощущения); мнимый запрет коитуса; локальная декомпрессия с визуализацией ситуации коитуса; гипнотические техники (сопровождение в приятное воспоминание, левитация руки, достижение телесного комфорта); наркопсихотерапия с использованием закиси азота и др. 4). *Активизация внутренних ресурсов* через обращение в гипнотическом трансе к позитивному опыту прошлого (как сексуальному, так и иному опыту, связанному с уверенностью и спокойствием).

Десятилетний опыт практического использования данной модели у пациентов с психогенными эректильными дисфункциями свидетельствует о том, что за 3–10 психотерапевтических сессий примерно в 90% случаев происходит восстановление полноценной эрекции и удовлетворяющего пациентов уровня половой активности.

## ИСТЕРИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Б. Е. Егоров, Г. Н. Тихомирова  
(Москва)

В современном цивилизованном обществе истерические проявления кардинально изменились - они растворились в психосоматических расстройствах. Это касается и сексуальных расстройств. Вместо прямого отказа от сексуальной жизни в силу нежелания, отсутствия потребности или внутреннего стремления, на поверхности оказываются социально-приемлемые причины отказа через проявления психосоматических стигматов, на которых происходит концентрация, и вопрос о сексуальном общении с противоположным полом вообще не ставится. Это положение касается как женщин, так и мужчин. Порой незаметно, бессознательно, формируется отказ от сексуальной жизни в связи с различными болевыми, тактильными, сенестопатическими и иными проявлениями, но в основе, которых все же, находятся глубинные эмоциональные и психологические причины неправильных представлений между мужчиной и женщиной.

Симптомы истерических стигматов в сексологической практике многообразны и могут проявляться в различных сферах. Особенно этим отличаются так называемые панические атаки, как у мужчин, так и женщин. В основе этого состояния в обязательном порядке находятся конфликты на сексуальной почве, и отражение непосредственно полового акта, а проявления могут быть самыми разнообразными: частое дыхание, учащение сердцебиения, страх, различные проявления головокружение, неустойчивость, мигрирующие или постоянные головные боли и т.д. все это после неоднократных повторений приобретает устойчивые болезненные формы: вагинизм, диспареуния (болезненность, ощущаемая во время полового акта), аноргазмия, холодность, ощущение нечувствительности влагалища, эротомания, исчезновение либидо, повышенная чувствительность половых органов, мнимая беременность и т.д., то есть практически она подразумевает расстройства любого рода. Истерические проявления у мужчин могут быть источником разных болезненных нарушений, в том числе и сексуальных, таких как преждевременная эякуляция, истерическая импотенция, мнимый гомосексуализм и т.п. Задачи психотерапии в таких случаях заключаются в осознании этих процессов. Пациент учится в терапевтических отношениях способу работы со своими комплексами: отслеживание вновь возникающих повторений, их последствий и возможность выбрать другую линию поведения. Психотерапия направлена на истерические стигматы с увеличением суггестивных методов и аналогом бессознательного, осознанием настоящего положения вещей.

## К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

А. Г. Кабанов  
(Волгоград)

История становления сексологической службы в России сложна и противоречива (Чугунов В.И., 1994). В полной мере отражением этого сложного пути может служить и Волгоградская область.

Первые официальные упоминания, обнаруженные в Государственном архиве Волгоградской области, об оказании помощи больным с половыми расстройствами относятся к 1890 году. В 1911 году в г. Царицыне вели частный приём, в том числе и по сексуальным расстройствам, врачи-урологи Б.Г. Бабелянц, В.Д. Бронштейн, А.И. Остен-Сакен. Данные о больных с сексуальными проблемами в отчетах врачей периода гражданской войны не отмечаются.

В середине 70-х годов в Волгограде начинают вести приём сексологических больных А. Б. Фёдоров (1948–1990), В.Г. Колесниченко, В.Н. Куцеконь. В настоящее время сексологический приём в Волгограде ведут А.Г. Кабанов, С.П. Рудов, А.Н. Калугин, О.Н. Семко, В.А. Минин, О.В. Акимов, В.И. Бакумец, М.С. Катсон.

В 80-х годах проводились Всесоюзные конференции психиатров, значительное место в которых отводилось вопросам сексопатологии (В.В. Евдокимов – 1980, 1985; А.Г. Кабанов, И.М. Шейко – 1980; А.Г. Кабанов – 1985, 1987). В 1993–96 гг. в Волгограде проводились совместные конференции педагогов и сексопатологов, посвящённые актуальным вопросам полового воспитания. В работе конференций принимали участие И.Л. Ботнева и В.М. Маслов (Москва), С.В. Понедельник (Ростов на Дону), Г.А. Макеев (Волгоград), Б.М. Ворник (Киев, Украина), К.А. Топчян (Ереван, Армения) и другие.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ

И. Ю. Кан, М. И. Ягубов  
(Москва)

Несмотря на то, что среди жалоб, предъявляемых пациентами при обращении за сексологической помощью, преобладают расстройство эрекции и эякуляции у мужчин и нарушение оргазма у женщин, по нашим данным (Ягубов М.И., 2006; Кан И.Ю., Ягубов М.И., 2007) при более их детальном обследовании не менее чем в 25–30% случаев выявляется расстройство полового влечения. При этом обращает на себя внимание то, что тематическое оформление жалоб зависит от выраженности у больных нарушений либидо. При более сильном снижении сексуального влечения в тематике жалоб преобладает непосредственно расстройство либидо, а при невыраженном на первый план выступают расстройство эрекции и эякуляции у

мужчин и нарушение оргазма у женщин. Нередко такая ситуация приводит к тому, что врачи, к которым обращаются данные пациенты, не диагностируют расстройства полового влечения, и больные не получают адекватной помощи. В практической работе сексолога, особенно при диагностическом поиске следует руководствоваться тем, что выделение ведущих сексopatологических симптомов должно основываться не только на жалобах пациентов, которые чаще бывают сочетанными, но и на результатах их комплексного обследования. Причиной расстройства полового влечения преимущественно оказываются неотчетливо выраженные психические нарушения, нераспознаваемые врачами соматической практики, к которым чаще всего обращаются пациенты за сексологической помощью. Аффективные расстройства у этих больных чаще представлены в виде соматизированных, субдепрессивных и астенических нарушений, чем и объясняется редкое их обращение к психиатрам.

Целью исследования, которое проводится на протяжении ряда лет в отделении сексopatологии МНИИП, является анализ с установлением связи структуры психической и сексуальной патологии у пациентов мужского и женского пола с расстройствами полового влечения. Выборку составили 95 пациентов (65 муж. и 30 жен.) в возрасте от 22 до 55 лет, обратившихся с жалобами на расстройство эрекции и эякуляции у мужчин и оргазма у женщин.

Методы: клиничко-психopatологический, клиничко-сексологический.

Результаты: В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 пациенты были распределены на три группы. В первую группу вошли 58 больных с отсутствием или потерей полового влечения, проявляющегося недостатком или отсутствием сексуальных фантазий и желанием сексуальной близости, которые были связаны с шизотипическим (33 человек) или шизоидным расстройством личности (25 человек). Сексуальные нарушения у пациентов второй группы (12 пациентов) проявлялись отвращением (аверсией) к половой близости, сопровождающимся негативными чувствами, страхом или тревогой, и были связаны с шизотипическим расстройством. В третьей группе (25 больных) половые расстройства проявлялись отсутствием сексуального удовлетворения (сексуальная ангедония) и были связаны с неврастенией (6 человек), смешанными тревожно-депрессивными (8 человек) и соматоформными расстройствами (11 человек).

Выводы: анализ полученных данных свидетельствует, что в результате последовательной и полной диагностики сексуальных дисфункций в значительном количестве случаев выявляется ключевая роль расстройств полового влечения, что необходимо учитывать при выборе терапевтических мероприятий.

## НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СЕКСОЛОГИИ

Н. Д. Кибрик, Б. Г. Карашева

(Москва)

Органическое, структурное повреждение головного мозга может сопровождаться расстройствами в сфере сексуальности в виде ослабления или исчезновения сексуальной активности, иногда – в виде гиперсексуальности, девиантных форм сексуального поведения (фетишизм, трансвестизм, гомосексуализм), а также нарушениями полового созревания (Имелинский К.), расстройством половой идентификации. Для объективной оценки функционального состояния мозговых структур в медицинской сексологии используют такие диагностические методы, как электроэнцефалография (ЭЭГ), ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головного мозга, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Нами обследована группа пациентов в возрасте 28–55 лет, имеющих в анамнезе данные за органическое повреждение головного мозга (57%), из них в результате черепно-мозговой травмы – 60%, родовой травмы – 20%, а также не имеющих таких данных (43%). В группе обследуемых 86% мужчин и 14% женщин. Общими у них были периодические головные боли, головокружение, непереносимость плохо проветриваемых помещений. Всем пациентам проведен комплекс обследований: неврологический осмотр, УЗДГ краниальных сосудов, ЭЭГ, МРТ головного мозга. Обследования выявили наличие заинтересованности мезодиеэнцефальных структур головного мозга на ЭЭГ (43%), уменьшение функциональной активности корковых отделов головного мозга (14%), арахноидальную кисту головного мозга (14%), повышение внутричерепного давления (14%). Применение у пациентов с сексологическими расстройствами вышеописанных диагностических методов позволяет выявить не только последствия структурных изменений мозговой ткани в виде ликвородинамических нарушений, проявляющиеся в характерных неврологических жалобах, определить характер и степень нарушений активности головного мозга, но и обнаружить скрытые морфологические и биоэлектрические изменения в различных отделах головного мозга, не имеющих клинических проявлений, но оказывающих влияние на возникновение сексуальных расстройств. Таким образом, комплексное использование различных методов исследования и визуализации структуры и функционального состояния головного мозга позволяет повысить качество диагностики сексуальной патологии, что в дальнейшем позволит разработать патогенетически обоснованные методы лечения.

## ПРОФИЛАКТИКА КОММУНИКАТИВНЫХ БАРЬЕРОВ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

В. П. Коломиец

(Киев)

Известно, что расстройства сексуального здоровья являются очень чувствительными для состояния компонентов личности, определяют изменения в эмоционально-волевой сфере, что в конечном итоге влияет на отношение пациентов к медико-психологическим влияниям. В практике специалистов, оказывающих консультативные услуги пациентам с расстройствами сексуального здоровья, очень часто возникают ситуации, которые препятствуют эффективному предоставлению консультативной помощи. Такими препятствиями являются определенные коммуникативные барьеры, формирующиеся, как правило, на самых первых этапах оказания помощи пациентам. Анализ коммуникативных барьеров, диагностированных в индивидуальном консультировании, позволил определить, что возникновение барьеров в общении обуславливается как субъективными, так и объективными факторами.

К основным субъективным факторам можно отнести: неадекватное эмоциональное состояние пациента (например, агрессивность); недостаточный интеллектуальный уровень и плохое физическое самочувствие. Среди объективных факторов можно отметить следующие: прием пациента происходит в помещении, в котором находятся посторонние лица; заранее не оговорены время и длительность приема; пациент и специалист не имеют физической возможности комфортно расположиться в помещении во время консультирования. Следовательно, одной из главных первостепенных задач специалиста является учет (и профилактика) вышеотмеченных факторов в проведении коррекционной работы.

Таким образом, профессиональное владение специалистами не только методами диагностики и лечения различных заболеваний, но и способами профилактики коммуникативных барьеров, позволяет оказывать более действенную и эффективную помощь и обеспечивает оптимальный сервис медико-психологических услуг в медицинских учреждениях.

## ПСИХОГЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ: ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Г. С. Кочарян

(Харьков)

Поведенческая модель объясняет происхождение сексуальных расстройств, исходя из положения, что все формы поведения являются приобретенными, а следовательно, подчиняются законам научения. Нарушения поведения являются ничем иным, как следствием отсутствия обучения правильным, желательным формам по-

ведения или результатом научения неправильным формам поведения или нежелательным навыкам. К поведенчески формируемым сексуальным расстройствам следует отнести паторефлекторную форму расстройства потенции, патологические сексуальные стереотипы, обусловленные, в частности, многолетней и систематической мастурбацией с использованием стимуляции, которая не может быть воссоздана при коитусе, и все нарушения сексуального предпочтения (парафилии), возникающие условно-рефлекторным путем.

Нами наблюдался весьма необычный случай, где речь шла о расстройстве эрекции, развившемся по поведенческим механизмам. Больной М., 29 лет рассказал, что ранее у него были проблемы с напряжением полового члена. При опросе выяснилось, что в течение длительного времени он занимался боевыми искусствами. Пациент отметил: "Любая физическая нагрузка осуществляется на выдохе, и мы отработывали, что если я пропущу удар в корпус, то нужно как можно резко выдохнуть. При этом напрягаются (на выдохе) мышцы живота и тогда удар легче переносится. В противном случае могут сбить дыхание или даже послать человека в нокадаун или нокаут. В результате, как негативное последствие этих тренировок, во время близости с женщиной, когда она прикасалась к моему животу, особенно неожиданно для меня, я делал выдох, и при этом резко напрягались мышцы живота. Как правило, это вело к резкому снижению или даже исчезновению (не безвозвратно, а на некоторое время) эрекции". До того, как это впервые возникло, жил половой жизнью, но нерегулярно. После возникновения данное явление удерживалось еще полгода, до того времени, как начал жить регулярной половой жизнью. Когда же начал жить регулярно, то через 8–10 половых актов с одной и той же женщиной это расстройство нивелировалось. Поскольку эрекция восстанавливалась быстро, то к врачу не обращался. Кроме того, отмечает, что не только прикосновение к животу вызывало ослабление эрекции, но и прикосновение к бедру. Понятно, что нормализация в данном случае произошла спонтанно вследствие угасания патологического сексуального рефлекса.

## КАТАМНЕЗ ЛИЦ С ТРАНССЕКСУАЛИЗМОМ

С. Н. Матевосян, Г. Е. Введенский

(Москва)

**Цель** – анализ отдаленных результатов лечебно-реабилитационных мероприятий и социальной и сексуальной адаптации лиц с транссексуализмом (ТС).

**Объект исследования:** 56 пациентов, которым по критериям МКБ-10 был установлен диагноз ТС (47 женщин – ЖТС и 9 мужчин – МТС). Период наблюдения – от 2 до 5 лет с момента обращения с запросом на смену пола.

**Методы:** учитывалось проведение заместительной гормонотерапии, хирургической коррекции половых при-

знаков. Успешность адаптации оценивалась по 4 основным критериям: 1. Социальная половая роль; 2. Отношение к внешнему облику; 3. Наличие постоянного сексуального партнера; 4. Социальная адаптация.

**Результаты:** все обследованные жили в противоположной социальной роли, внешне соответствовали ей и принимали заместительную гормональную терапию. Всем женщинам была проведена мастэктомия и 66,7% мужчин – маммопластика ( $p=0,003$ ), полную коррекцию анатомических половых признаков произвели 77,8% мужчин и лишь 27,7% женщин ( $p=0,007$ ). Большинство больных положительно оценивали свой внешний облик. В группе ЖТС в 72,3% случаев исследуемые имели постоянных сексуальных партнеров, МТС – 44,4% ( $p=0,0003$ ). Полная социальная и трудовая адаптация была характерна для 59,6% лиц с ЖТС и 55,6% с МТС, что значительно выше показателя среди таких лиц в период до смены пола. У 10,6% больных с ЖТС и 22,2% с МТС наблюдалась социально-трудовая дезадаптация, что, как правило, было связано с наличием соматических заболеваний и осложнениями, вызванными гормонотерапией и хирургическими вмешательствами.

**Выводы:** в целом у мужчин и женщин с ТС на отдаленных этапах отмечается улучшение социальной адаптации, однако у мужчин отмечены значительные трудности в сексуальной адаптации, что, возможно, связано как с различием в патогенезе ЖТС и МТС, так и большей частотой осложнений, вызванных хирургической коррекцией пола.

## ЭТИКА СЕКСОЛОГИИ И СЕКСОПАТОЛОГИИ

А. Я. Перехов

(Ростов-на-Дону)

В основе этико-правовых постулатов сексопатологии находятся законы и этические положения в области психиатрии, но специфика сексопатологии требует разработки и собственных этических положений. Нерешенными этическими проблемами в настоящее время являются: 1. Допустимость каких-либо сексуальных отношений между практикующими сексологами и сексопатологами с их пациентами, причем не только во время терапии, но и после ее окончания (профессиональное табу). 2. Этичность специфической психотерапевтической практики в виде секс-терапии с использованием суррогатных партнеров или института проституции. 3. Проблемы физического контакта и осмотра при диагностике, а иногда и при лечении больных с сексуальными проблемами. 4. Этико-правовые вопросы оказания специфической помощи больным с парафилиями с противоправным поведением, когда они обращаются к специалистам за помощью и рассказывают о своих деяниях, подпадающих под действие уголовного законодательства. 5. Этическая возможность лечения таких больных по постановлению суда помимо их желания, препаратами или методами, снижающими сексуальность (например, химическая кастрация антиан-

дрогенами). 6. Этические проблемы при оказании помощи людям с инверсией сексуальной ориентации – гомосексуализме и половой идентификации – транссексуализме. 7. Этические проблемы, связанные с фактом заражения СПИДом и сохранением врачебной тайны перед сексуальным партнером. 8. Сложность этических вопросов при рекомендациях в лечении использовать порнографию, рекомендовать или не рекомендовать мастурбаторную практику лицам, по возрастным (подростки) или социальным аспектам (одинокие люди, болеющие психическим или соматическим заболеванием), не имеющим возможность вести партнерскую половую жизнь. 9. Этико-правовая неразработанность вопросов сексуального просвещения. 10. Проблемы преодоления в сексолого-сексопатологической практике проявлений сексизма или крайностей эмансипации. 11. Этические аспекты оказания помощи профессионалами, не имеющими психиатрической и психотерапевтической подготовки (с одной стороны, психологами, с другой – урологами (андрологами), эндокринологами, гинекологами). 13. Отсутствие в современной сексологии и сексопатологии четких критериев “сексуальной нормы – сексуальной патологии”, “сексуального здоровья – сексуальной болезни”, путаница в понятиях “нормы” и “норматива”.

## “ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ” – СТИГМА СОВРЕМЕННОЙ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Ю. П. Прокопенко

(Москва)

Проблемы, стоящие перед современной психиатрией, в полной мере касаются и состояния сексопатологии. Нечеткость существующих систем диагностики и классификации, недоверие результатам клинических исследований, отсутствие единой теоретической базы и, возможно, главное – интервенция в медицинскую сексологию и сексопатологию представителей самых различных специальностей, в основном, психологов, психоаналитиков, урологов, эндокринологов и т.д.

Рассматривая сексуальные нарушения, врачи НЕ-сексологи (и, уж тем более, – не врачи) нарушают клинические принципы диагностики и терапии, действуя, исходя из условий первичной специализации, вынося однобокие и неоправданные суждения, что заранее прогнозирует неэффективность лечения и ухудшение состояния пациента.

Искусственное создание термина “эректильная дисфункция” четко демонстрирует эту особенность современного этапа сексопатологии. Декларируемый как психотерапевтически обоснованный, термин по умолчанию подразумевает, что полноценная эрекция является синонимом полноценной интимной жизни. Но при большинстве сексуальных расстройств с нарушениями эрекции или длительности периода фрикций, имеет место синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) и сексуальная или семейно-сексуальная дисгар-

мония. При этом данные психологические и социально-психологические расстройства могут быть как вторичными, так и первичными по отношению к качественным или количественным нарушениям эрекции. Это не позволяет мужчине проявить наличие у него даже вполне достаточной эрекции.

Таким образом, патогенетически и клинически обоснованный подход к сексуальным расстройствам практически "сверху" подменяется вульгарно-материалистическим. Кроме того, эректильная дисфункция априори рассматривается как присущая мужчине вне партнерской ситуации и этапности психо-сексуального развития.

В такой ситуации необходимо еще более строго подходить к сексуальным проявлениям, как комплексу биологических, психологических и социальных факторов, что не в состоянии обеспечить представители любых других медицинских и немедицинских специальностей. Взвешенность, обоснованность и, главное, эффективность сексопатологического лечения позволит преодолеть современный кризис сексопатологии.

#### УЧЕТ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ПРИ ОКАЗАНИИ СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Ю. А. Решетняк, Н. Д. Кибрик  
(Москва)

Современная реформа здравоохранения планирует повышения качества медицинского обслуживания за счет введения стандартов оказания лечебной помощи. Однако в повседневной практике следует также учитывать и время необходимое для оказания помощи, во многом зависящее не только от характера расстройства, квалификации врача, но и от индивидуальных особенностей пациента. Набор факторов, необходимых для оценки состояния пациента (анамнестических, конституциональных, клинических), взвешенных на основе многолетнего катамнестического анализа позволил предложить индекс терапевтической сложности (ИТС), позволяющий оценивать объем работы с пациентами, как на диагностическом, так и терапевтическом уровнях. В качестве основы для проведения статистической обработки использовалась Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10), введенная в практику в России с 1999 года.

В результате математической обработки полученных признаков ИТС был установлен у пациентов с сексуальными дисфункциями, наблюдающимися в рамках невротических расстройств – 5 баллов, при специфических расстройствах личности – 8 баллов, при шизотипических расстройствах – 12 баллов.

Эти коэффициенты могут быть рабочими ориентирами врачебной нагрузки при оказании помощи лицам с сексуальными расстройствами. Возвращаясь к МКБ-10 в качестве наиболее частого диагностического варианта можно считать, что:

1) Расстройствам шифруемым  
F 52,1; 52,4; 64,1; 65,1; 65,2; 65,3; 66,0; 66,2 установлен ИТС равным 5 баллам.

2) Расстройствам шифруемым  
F 52,2; 52,5; 52,6; 64,2; 65,4; 65,5; 65,6 установлен ИТС равным 8 баллам.

3) Расстройствам шифруемым  
F 52,0; 52,3; 52,7; 64,0; 65,0; 66,1, установлен ИТС равным – 12 баллам.

Наряду с этим существуют шифры, так называемые – другие и не уточненные 52,8; 52,9; 64,8; 64,9; 65,8; 65,9; 66,8; 66,9, которым, как показывает практика, в виду своей диагностической сложности и мозаичности могут рекомендоваться ИТС не менее 16 (!) баллов. Средний статистический ИТС полученный в Центре равнялся 7,9 баллам.

Учитывая, что сексолог чаще всего работает с парой (например, недостаточность генитальной реакции у жены (F-52,2) и преждевременная эякуляция у мужа (F-52,4), ИТС будет складываться из ИТС одного и другого партнера.

Таким образом, трудозатраты при работе с пациентами сексологического профиля выражаются умножением условной единицы трудозатраты (1-УЕТ равной 10 мин.) на индекс терапевтической сложности (ИТС). Пример: Расстройство, шифруемое 52,2 (Недостаточность генитальной реакции) = 1 УЕТ X 8 ИТС (10 мин x. 8 = 80 мин.). Надеемся, что подобные расчеты продиктованные практикой, будут учтены при разработке нормативов и стандартов оказания сексологической помощи.

#### КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО СПЕКТРА У ЖЕНЩИН С УВЕЛИЧИВАЮЩЕЙ МАММОПЛАСТИКОЙ

В. А. Сергеев, Т. А. Фомина  
(Челябинск)

Практический опыт специалистов в области пластической и эстетической хирургии молочных желез свидетельствует о глубокой связи результатов проводимых операций с индивидуальными психо-физиологическими и личностно-эмоциональными особенностями оперируемых, а также их социально-психологическими установками. Между тем динамика психического и социально-психологического функционирования этой категории пациенток на различных этапах дооперационного и послеоперационного периодов до настоящего времени в российской медицинской и психологической практике остается мало изученной.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение распространенности расстройств сексуального спектра, особенности их проявления и динамики у женщин, обращающихся в пластическому хирургу для изменения формы и объема молочных желез.

**Методы и группы исследования.** С помощью клинических (клинико-психопатологического и клинико-анамнестического) методов обследовано 170 женщин на дооперационном и послеоперационном (через 1–3–6–12 мес) этапах операции эндопротезирования молочных желез, в возрасте от 20 до 47 лет (средний возраст  $33,5 \pm 3$  года).

**Результаты.** Клиническое исследование выявило наличие стойких расстройств сексуального спектра, в частности отсутствие чувства сексуального удовлетворения и недостаточность генитальной реакции, как в дооперационном, так и послеоперационном периодах у 15,4% ( $n=20$ ). На дооперационном этапе у этих женщин преобладали высказывания о недовольстве формой, либо размером молочных желез, а также жалобы на отсутствие сексуального удовлетворения (чувства приятного возбуждения), при наличии нормальных сексуальных реакций и оргазма – 55% ( $n=11$ ), на сухость слизистых гениталий при контакте с любым сексуальным партнером, либо недостаточное их увлажнение, что сопровождалось неприятными ощущениями во время полового акта, тогда как при мастурбации lubricация была вполне удовлетворительной – 45% ( $n=9$ ). Данные расстройства преобладали в возрастной группе от 20 до 29 лет, сохраняя свою актуальность при всех последующих обследованиях.

**Выводы.** Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительной распространенности расстройств сексуального спектра у женщин, обращающихся к пластическим хирургам. Указанные расстройства носят стойкий и продолжительный характер. Все выше изложенное обуславливает необходимость оказания как психотерапевтической, так и сексологической помощи данному контингенту женщин, с разработкой соответствующих лечебно-реабилитационных программ.

#### АТТИТЮДЫ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ, СВЯЗАННЫЕ С ВОСПРИЯТИЕМ ОБРАЗА ЖЕНЩИНЫ И РЕБЕНКА

А. Д. Серов, К. С. Сырковашина  
(Москва)

В качестве одного из факторов риска совершения сексуальных правонарушений выступают аттитюды, на которые правонарушители опираются, принимая решения и оправдывая свое поведение. Данные аттитюды снимают с них ответственность за совершенное деяние, частично или полностью перекладывая ее на жертву, а также, приписывая жертве инициативность. Гипотеза нашего исследования состоит в том, что аттитюды, которыми сексуальные правонарушители руководствуются при оценке поведения своих жертв, характеризуются наличием когнитивных искажений и что содержание этих аттитюдов связано с характером совершаемых правонарушений.

Для оценки аттитюдов по отношению к изнасилованиям женщин и сексуальным домогательствам, направленным против детей был использован один из блоков методики SONAR (The Sex Offender Need Assessment Rating). Контингент исследования: лица, совершившие сексуальные правонарушения (32 мужчины в возрасте от 19 до 63 лет, средний возраст – 36 лет). Среди них 12 совершили деликты сексуального характера по отношению к женщинам, а 20 – по отношению к несовершеннолетним.

Полученные результаты позволяют предположить, что наличие когнитивных искажений в аттитюдах, касающихся восприятия образа ребенка и его поведения, является отличительным признаком для группы испытуемых, совершивших сексуальные действия по отношению к несовершеннолетним. Включенность негативных сексуальных аттитюдов в когнитивную сферу индивида вносит определенный вклад в формирование делинквентного сексуального поведения, искажая образ жертвы путем приписывания ей инициативы и ответственности за происходящие сексуальные действия.

#### ДИНАМИКА СЕКСУАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

С. В. Толмачёва, В. Я. Семке, А. Ф. Аболонин  
(Томск)

Сексуальная функция и её нарушения имеют особую психологическую значимость для человека. Опиная наркомания в значительной степени изменяет не только физиологические параметры сексуального взаимодействия, но и психологические аспекты сексуальности. В существующих исследованиях отражается общее снижение сексуальности, но не описывается динамика этого процесса.

Изучалась динамика психологических параметров у 46 больных опийной наркоманией (средний возраст –  $23 \pm 3,2$  года).

На начальном этапе формирования наркомании происходит искажение восприятия сексуальных ощущений и переживаний. На этом фоне отмечается временная сексуальная гиперфункция с формированием патологической взаимосвязи употребления наркотика и удачного полового акта. Сексуальное влечение становится подкрепляющим мотивом для употребления наркотиков.

В последующем происходит замещение позитивных аффективных переживаний от полового акта ощущениями от действия наркотика. Далее развивается редукция полового акта и полового влечения. Больные не предъявляют жалоб на физическую и психологическую фрустрацию от неполноценного сексуального функционирования или отсутствия отношений. Это позволяет говорить о блокаде сферы сексуальных отношений. Через 3–5 лет (в зависимости от половой конституции) наступает моральная и сексуальная деградация. В случае отказа от потребления наркотиков наблюдается частичное восстановление сексуальных функций.



Количественные и качественные параметры сексуальной дисфункции у больных опийной наркоманией позволяют понять её взаимосвязь с патологическим влечением к наркотику. На основании полученных данных возможно создание специальных программ реабилитации.

### ЖЕНСКИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д. Ф. Хритинин, Н. Н. Стеняева,  
Ж. Р. Гарданова  
(Москва)

Глобальные мировые исследования сексуального здоровья отражают широкую распространенность расстройств половой функции среди населения, причем больше у женщин, чем у мужчин. Однако данные о частоте встречаемости сексуальной патологии разноречивы. Так одни исследователи выявили сексуальные расстройства у 43% женщин и 31% мужчин, другие наблюдали стойкие сексуальные проблемы в течение не менее 6 месяцев предыдущего года у 15,6% женщин и 6,2% мужчин.

В ФГУ «НЦАГ и П им. В.И. Кулакова Росмедтехнологий» проведено исследование сексуального здоровья женщин, обратившихся на прием в клинику Центра. Оценка сексуальности женщин проводилась с помощью опросника «Индекс женской сексуальной функции» – Female Sexual Function Index (FSFI). В опросе участвовало 458 респонденток. Среди них преобладали женщины в возрасте от 21 до 45 лет (от 21 до 30 лет – 29,7%, от 31 до 45 лет – 28,8%). Высшее и незаконченное высшее образование было у 81% участниц опроса.

12,6% респонденток оценили свой уровень сексуального влечения как «низкий» и «очень низкий». 12,8% женщин отмечали проблемы, связанные с сексуальным возбуждением во время половой близости, в виде собственной пассивности, безучастности к происходящему, низкого сексуального интереса. 10,4% участниц указали на нарушения lubricации при сексуальном контакте, представленные недостаточным естественным увлажнением влагалища перед интроитусом, появлением сухости во время коитуса, затруднением достижения увлажнения и необходимости дополнительных действий для его поддержания. Нарушения оргазмической функции в виде отсутствия оргазма, трудностей достижения оргазма, низкой оргастичности, утраты яркости оргазмических ощущений наблюдались у 25,9% женщин. 20,9% участниц исследования испытывают дискомфорт и болевые ощущения разной степени выраженности во время половой близости. В целом неудовлетворенность сексуальной жизнью выразили 8,3% респонденток. На наличие сексуальных проблем указали 16,8% участниц исследования, 25,5% – затруднились с ответом. Готовы обратиться к врачу с целью коррекции сексуальных нарушений 24,7% респонденток, затруднились с ответом – 23,6%.

Таким образом, учитывая широкую распространенность сексуальных расстройств у женщин, интеграция услуг по охране сексуального и соматического здоровья может быть эффективной стратегией клинической практики и здравоохранения в целом.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С ОРГАЗМИЧЕСКИМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

В. И. Шигапова, М. И. Ягубов  
(Москва)

Неспособность испытывать оргазм воспринимается многими женщинами (а иногда и их партнерами), как проявление ущербности или неполноценности, что приводит к дисгармонии сексуальных и межличностных отношений между супругами (дисгамии) (М.В.Екимов, 2003), снижению частоты и ритма половых контактов, застойной гиперемии тазовых органов и к возникновению аффективных нарушений (Х.Каплан, 1974; К.Имелински, 1986).

Нами было предпринято исследование по изучению взаимосвязи оргазмических дисфункций и психических расстройств у женщин, анализу особенностей их формирования и клинической динамики с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий. Выборку составили 105 женщин, обратившихся в отделение сексопатологии МНИИП Росздрава в возрасте от 18 до 40 лет.

Методы: клинико-психопатологический, клинико-сексологический, шкала Гамильтона, шкала субъективной оценки астении (MFI-20), опросник Спилберга-Ханина, шкала СФЖ, стандартные методы статистики.

В результате обследования были выделены три группы. В I группу вошли 39 женщин, страдающих невротическими расстройствами, причем у 33,3% из них преобладала тревожно-депрессивная симптоматика, у 15,3% – тревожно-фобическая и у 51,3% – астеническая. II-ю группу составили так же 39 человек со специфическим расстройством личности. Среди них 35,8% – с шизоидным расстройством личности, 51,3% с истероидным расстройством личности и 12,8% с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности. В III группу вошло 27 человек с шизотипическим расстройством. У преобладающей части пациенток ( $p < 0,05$ ) I группы оргазмическое расстройство возникало вторично после периода нормальной половой жизни в результате различных психотравмирующих факторов и носило парциальный характер. Тотальная аноргазмия, преобладающая ( $p < 0,001$ ) во II и III группе наблюдалась с начала половой жизни.

Лечебно-реабилитационные мероприятия носили комплексный, поэтапный характер с учетом индивидуальных особенностей больных и характера партнерской ситуации.

В первую очередь мы исходили из имеющихся у пациенток психопатологических расстройств, являющихся

ведущими в формировании сексуальных дисфункций. На первом этапе для коррекции психических нарушений применялась психофармакотерапия и психотерапия. На фоне улучшения психического состояния пациенток на втором и третьем этапе применялись секстерапевтические техники, назначались препараты со стимулирующим и тонизирующим эффектом, продолжалась парная психотерапия.

Проведенные лечебно-реабилитационные мероприятия позволили достичь положительных результатов разной степени выраженности у 71,7% пациенток I группы, у 60,7% – II группы и у 52,6% у пациенток III группы.

### **СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ВЫЯВЛЯЕМЫЕ НА ФОНЕ СОВРЕМЕННОЙ АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Л. Н. Штарк, М. И. Ягубов  
(Москва)

Проблема сексуальных нарушений, возникающих в процессе терапии нейролептическими препаратами больных шизофренией, входит в круг интересов практикующих врачей и исследователей на протяжении ряда десятилетий (с начала психофармакологической эры). Интерес обусловлен частотой этих расстройств (от 12% до 100% по данным разных авторов) и тяжестью их субъективного восприятия пациентами, что нередко приводит к нарушению комплаенса.

В настоящее время нами проводится исследование, целью которого является установление влияния современных антипсихотических препаратов (оланзапин, рисперидон, кветиапин) на сексуальную функцию больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Обследовано 22 пациента мужского пола, обратившихся за помощью в 7 клиническое отделение МНИИП, с длительностью психического заболевания до 5 лет (средний возраст – 23,2±2,4 года).

Методы: клиничко-психопатологический, клиничко-сексологический, квантифицированная шкала СФМ (сексуальная формула мужская), шкала векторного определения половой функции мужчин, шкала оценки позитивных и негативных симптомов – PANSS, шкала Калгари для оценки депрессии при шизофрении – CDSS, шкала оценки социального функционирования – GAF, шкала оценки побочного действия – UKU, а также определение уровня пролактина, эстрадиола и тестостерона.

Промежуточные результаты указывают на высокую распространённость сексуальных расстройств при приёме всех трёх препаратов. Но структура расстройств, их тяжесть и динамика различаются. Так, в группе кветиапина, в 90% случаев наблюдается снижение либидо, у трети из них через 2–2,5 месяца приёма купирующих доз препарата расстройство самостоятельно нивелируется. Тогда как, в группах оланзапина и рисперидона

нарушение либидо в виде его снижения возникают у 65 и 60% пациентов (соответственно). У этих больных обратного восстановления полового влечения на фоне продолжающейся терапии не наблюдается. Кроме того, в структуре сексуальных расстройств при приёме оланзапина и рисперидона в отличие от больных, принимающих кветиапин, выявляются расстройства эякуляции у 35 и 45% пациентов (соответственно) в виде её задержки, полного отсутствия семяизвержения или уменьшения количества эякулята.

Помимо этого, просматривается определённая роль психопатологической симптоматики, длительности заболевания, уровня социального функционирования и половой конституции в возникновении сексуальных дисфункций. Во всех трёх группах наблюдается более частое возникновение половых нарушений у больных с вторым-третьим психотическим эпизодом по сравнению с дебютом заболевания, наличием выраженной негативной симптоматики и депрессии, слабой половой конституции и низким уровне социального функционирования.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ**

М. И. Ягубов  
(Москва)

Неспособность к полноценной половой жизни может оказаться одной из самых сильных психотравм для мужчин, что связано с высокой значимостью сексуальных отношений для большинства из них. Сексуальные дисфункции, препятствуя достижению сексуальной адаптации и гармонии в паре, приводят к возникновению, как психологических реакций, так и невротических и аффективных расстройств.

Для установления основных мишеней психотерапевтического воздействия нами было предпринято исследование с целью выявления факторов способствующих возникновению тех или иных реакций у пациентов с сексуальными нарушениями. Выборку составили 160 мужчин в возрасте 19–60 лет, обратившиеся в отделение сексопатологии МНИИП с жалобами на расстройство эрекции и эякуляции (ускоренное и затрудненное семяизвержение). У 110 из них сексуальные дисфункции сопровождались невротическими расстройствами (тревожно-фобические, расстройства адаптации), а у 50 – психологическими реакциями.

Был проведен корреляционный анализ (корреляции Спирмена) между невротическими расстройствами и психологическими реакциями у больных с сексуальными дисфункциями и факторами, предположительно участвующими в их формировании. Выявлены корреляции невротических расстройств у больных с сексуальными дисфункциями со следующими факторами: сильная положительная связь – с отсутствием брака ( $r=0,62$ ,  $p<0,001$ ),

дисгармоничным сексуальным взаимодействием с партнершей ( $r=0,74$ ,  $p<0,001$ ) и ее негативной реакцией на сексуальные неудачи мужчины ( $r=0,71$ ,  $p<0,001$ ), молодым возрастом больных ( $r=0,42$ ,  $p<0,001$ ), взаимным безразличием либо частыми конфликтами между партнерами ( $r=0,58$ ,  $p<0,02$ ) и высокой личностной значимостью интимных отношений ( $r=0,36$ ,  $p<0,05$ ); слабая связь – с имеющимися иррациональными убеждениями о норме в половой жизни ( $r=0,39$ ,  $p<0,01$ ), личностными акцентуациями эмотивного, тревожного, дистимического, педантичного типов, облегчающими возникновение тревожных опасений сексуальной несостоятельности ( $r=0,36$ ,  $p<0,05$ ), наличием у больных ослабленных вариантов половой конституции ( $r=0,31$ ,  $p<0,05$ ). Полученные ре-

зультаты свидетельствовали о влиянии вышеуказанных факторов на формирование невротических расстройств у больных.

У пациентов с психологическими реакциями установлена положительная корреляционная связь факторами, препятствующими развитию невротических нарушений: наличие брака ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), наличие в паре взаимоприемлемого сексуального стереотипа ( $r=0,37$ ,  $p<0,01$ ), участливая реакция партнерши на сексуальные неудачи ( $r=0,39$ ,  $p<0,05$ ), хорошие либо вполне удовлетворительные отношения между партнерами ( $r=0,32$ ,  $p<0,05$ ), личностные акцентуации гипертимного, экзальтированного, возбудимого, демонстративного типов ( $r=0,32$ ,  $p<0,05$ ), адекватные представления о сексуальных отношениях ( $r=0,34$ ,  $p<0,05$ ).

## НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА, ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ И ДРУГИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦНС

### РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОГО ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА (ОС) И КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТ

В. В. Алферова, В. М. Шкловский,  
М. Г. Узбеков, Э. Ю. Мисионжник,  
Е. В. Лукьянюк, А. Б. Гехт  
(Москва)

Вопрос о формировании хронического ОС и снижении активности систем биотрансформации токсических вторичных продуктов ОС у больных с очаговой патологией мозга остается открытым для дискуссии. Целью исследования явилось определение ряда патогенетических аспектов, связанных с процессами перекисного окисления липидов (ПОЛ) в плазме крови и функциональной активности основного транспортного белка крови – сывороточного альбумина (СА) у больных перенесших ишемический полушарный инсульт (ИИ). Исследована концентрация малонового диальдегида (МДА), определены показатели функциональной активности СА у 30 больных (ср. возраст  $69 \pm 8$  лет, 18 женщин, 12 мужчин) и 17 здоровых испытуемых, сопоставимых по полу и возрасту. Оценка неврологического дефицита и функционального восстановления больных проводилась по шкалам NIHSS и Bartel Index. У 88% больных ИИ на 4-5 месяце заболевания выявлено увеличение МДА по сравнению с нормой ( $P < 0,01$ ), что подтверждало активацию ПОЛ и наличие хронического окислительного стресса. В отличие от нормы, у больных ИИ отмечалась патогенетическая связь акцепторной способности СА и МДА (критерий сопряженности признаков  $\chi^2 = 9,14$ ,  $p = 0,002$ , при отношении шансов 3,19), что отражало участие СА в биотрансформации эндотоксина МДА при активации ПОЛ. У 80% больных ИИ выявлено снижение акцепторной способности СА по сравнению с нормой,  $P < 0,01$ , при этом в 87% случаев наблюдалось увеличение общей концентрации СА ( $P < 0,01$ ), что было проявлением компенсаторной реакции СА. Снижение всех показателей СА отмечалось у 13% больных, что расценивалось как проявление реакции декомпенсации СА. Таким образом, у больных на 4-5 месяце заболевания выявлено усиление процессов липопероксидации, которые патогенетически связаны с нарушением функциональной активности СА.

### ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

М. Ф. Андрейко  
(Днепропетровск)

Проведен психопатологический анализ 28 случаев госпитализации больных в неврологический и нейрохирургический стационары с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). В ходе клинического неврологического исследования и применения методов нейровизуализации диагноз острой сосудистой патологии не подтвердился, а были диагностированы различные психические расстройства. У больных I группы на период госпитализации и в первые сутки нахождения в соматическом стационаре их психиатрическая дефиниция была затруднена массивным тревожным аффектом, кардиальными знаками, головной болью, головокружением в сочетании с бледностью кожных покровов, напряжением мышц, расширением зрачков. Они постоянно сжимали голову руками, твердя о чувстве разрыва мозговых сосудов. Тревожный компонент был настолько выражен, что больные определяли его как "ужас". В целом психическое состояние характеризовалось аффективно суженным сознанием, признаками дереализации и деперсонализации.

У больных II группы после периода тревожных опасений развивалось делириозное расстройство. Нарушение восприятия отличалось преобладанием массивных иллюзорных переживаний над галлюцинаторными. Преобладающими психическими расстройствами у больных III группы были истероподобные нарушения с расстройствами по типу астазия, абазия.

У больных IV группы вслед за кратковременным психовегетативным пароксизмом развивалась картина истинных элементарных слуховых галлюцинаций – оклики, звуки шагов, звонки, стук в окно. В дальнейшем у 4 из 28 таких больных возникла бредовая трактовка с идеями преследования, отношения, ущерба. В катмнезе у этих пациентов развивался шизофренический процесс.

Таким образом, представленные психопатологические характеристики могут выступать в виде психопатологических масок, имитирующих картину ОНМК.

**РОЛЬ АКАТИНОЛА МЕМАНТИНА  
В ПРОЦЕССЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ  
У БОЛЬНЫХ С АФАЗИЕЙ**

О. А. Балунов, С. А. Дорофеева,  
П. С. Мокшанцев  
(Санкт-Петербург)

Для повышения эффективности логотерапии больных с нарушениями речи и других высших психических функций (ВПФ) в клинике очаговых поражений головного мозга использовались разные фармакологические средства направленного действия. Применялись антихолинэстеразные препараты, миорелаксанты, препараты с ноотропными и стимулирующим действием. Совместно с НИИЭМ РАМН был опробован метод медикаментозного лечения афазии с использованием нейропептида вазопрессина, улучшающего экспрессивную и импрессивную речь больных, качество логотерапии в целом (патент № 2123858 от 27.12.1998г).

Поиск более действенных препаратов, способствующих улучшению речи в процессе традиционной реабилитации, привел к применению Акатинол Мемантина, который использовался для лечения различных форм деменции. По механизму действия Акатинол Мемантин блокирует избыток ионно-кальцевого канала у постинсультных больных, улучшая функционирование нейронов, находящихся на периферии очага поражения, ускоряет процесс передачи нервного импульса, усиливая и расширяя синаптические связи. Этот механизм действия, по нашему мнению, является основой положительного эффекта – улучшения речевой функции при афазии

Лечение Акатинолом по схеме получили 30 больных с разными формами афазий после перенесенного ишемического инсульта: динамическая афазия, акустико-гностическая, акустико-мнестическая, смешанная сенсомоторная афазия, смешанная амнестическая афазия. Подробное нейропсихологическое обследование больных с афазией проводилось по 89 показателям устной и письменной речи и оценивалось по 4-х бальной системе. Состояние неречевых ВПФ оценивалось по их наличию и отсутствию.

Предлагаемый способ лечения Акатинол-Мемантином больных с афазией и с нарушениями неречевых ВПФ показал следующие преимущества: эффективность при лечении всех форм афазии, всех видов речи- экспрессивной, импрессивной и письменной, особенно эффективен при комплексном лечении в сочетании с логотерапией, уменьшая время появления положительной динамики и улучшая результаты; постоянный прием препарата способствует прогрессивному улучшению речевой функции за более короткий срок. Положительная динамика не зависела от сроков заболевания.

Полученные результаты были оформлены патентом на изобретение “ Способ лечения афазий” (патент № 238111 от 27.01.2010).

**ВЗАИМООТНОШЕНИЕ АГНОСТИКО-  
АПРАКТИЧЕСКИХ И РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ  
ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО  
МОЗГА В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ  
НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ**

С. А. Дорофеева  
(Санкт-Петербург)

Анализируя природу афазии, А.Р.Лурия рассматривал речевые и неречевые компоненты синдрома в единстве и взаимодействии. Так, возникающие при поражении определенной зоны височной области нарушения квалифицированного слуха, можно рассматривать как слуховую агнозию, определяющую всю симптоматику сенсорно-акустической афазии.

Соответственно в синдроме афферентной (кинестической) моторной афазии нарушение деятельности проприоцептивного анализатора разрушает сформированные на его основе артикуляторные уклады, приводя к системному дефекту речи.

Вместе с тем, агностико-апрактические расстройства могут выступать изолированно, не вызывая системных нарушений речи. При чистой речеслуховой агнозии, возникающей при битемпоральном кортико-субкортикальном поражении, избирательно нарушается восприятие речи со слуха. Непонимание или плохое понимание устной речи, которое может сочетаться с предметной слуховой агнозией и акузией, не вызывает синдром сенсорной афазии.

Кинестетическая апракто-агнозия в чистом виде вызывает избирательные нарушения артикуляторных укладов, характеризующихся распадом или грубыми искажениями отдельных артикулем, так же не приводит к появлению афферентной афазии. В картине нарушений кинестетического праксиса несомненно имеет значение состояние симметричной зоны правого полушария.

Деятельность слухового и кинестетического анализатора – сложный, многоуровневый процесс. Нарушения высших форм деятельности этих анализаторов приводят к системным нарушениям речи – афазиям. Существование чистых форм слухоречевой агнозии и кинестетической апраксии является проявлением расстройства соответствующих анализаторов на относительно элементарном уровне.

Наличие указанных апракто-агностических расстройств в большей или в меньшей степени затрудняет коммуникативную функцию и требует специальных коррекционных мероприятий. Разработаны методы и приемы восстановления речеслуховой агнозии и кинестетической апраксии с опорой на сохранный зрительный анализатор, словесный уровень, чтение и письмо.

**ОПЫТ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПОСТИНСУЛЬТНЫМ БОЛЬНЫМ**

Ю. Н. Завалко, М. Ф. Андрейко  
(Днепропетровск)

По данным профильной литературы, частота психических расстройств различной степени выраженности у постинсультных больных составляет 65–97%.

С целью оказания адекватной психоневрологической помощи постинсультным больным с психическими расстройствами с 1983 года в Днепропетровской областной клинической психиатрической больнице функционирует отделение нейропсихиатрической реабилитации на 60 коек. За основу работы отделения взят принцип мультидисциплинарного обслуживания больных, разработанный региональным бюро ВОЗ. В реабилитационную бригаду входят: врач-психиатр, врач-невролог, врач-терапевт, нейропсихолог, специалисты по кинезо- и физиотерапии. Бригаду на паритетных основах возглавляют врач-психиатр и врач-невролог, прошедшие специальную подготовку по вопросам медицинской реабилитации, которые определяют реабилитационный диагноз, план и длительность реабилитации больных.

Накопленный опыт подтверждает целесообразность включения современных антидепрессантов и нейролептиков в комплексную восстановительную терапию постинсультным больным. Их применение тщательно взвешивается и аргументируется клинической необходимостью. Дозы препаратов тщательно титруются. Интервенция психотропных препаратов в канву лечебно-восстановительных мероприятий проводится с учетом характера и выраженности неврологического дефицита, возрастных характеристик, совместимости базисной и психофармакотерапии. Для восстановительного лечения больных применяем: базисную медикаментозную терапию, физиотерапию, психотерапию и психокоррекцию, психофармакотерапию, лечебную физкультуру, лечебный массаж, рефлексотерапию, логопедическую коррекцию афатических расстройств, трудотерапию.

Таким образом, специально подготовленный врач-психиатр становится незаменимым членом полипрофессиональной бригады.

**МАРКЕРЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ  
ПАЦИЕНТОВ С ДИСКУРКУЛЯТОРНОЙ  
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ В ПРОЦЕССЕ  
РЕАБИЛИТАЦИИ**

Д. В. Захаров, О. А. Балун  
(Санкт-Петербург)

Введение: изменение демографической ситуации в России и увеличение доли цереброваскулярной патологии, является достаточным аргументом для оптимизации

реабилитационного процесса больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Цель работы: изучить влияние некоторых клинко-социальных факторов на эффективность реабилитации и показатели качества жизни у пациентов с хронической цереброваскулярной патологией с умеренными когнитивными расстройствами в процессе реабилитации.

Материалы: в работе проведен анализ показателей «качество жизни» (КЖ) у 102 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией 2 стадии заболевания, в возрасте 56–70 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении реабилитации психоневрологических больных НИИ им. Бехтерева. У всех пациентов отсутствовали анамнестические данные о перенесенных эпизодах ОНМК. Для верификации диагноза дисциркуляторной энцефалопатии всем больным было проведено МРТ, ТКДГ, психометрическое, психопатологическое исследование, «Качество Жизни» изучалось и оценивалось с помощью русской версии опросника ВОЗКЖ-100.

Анализ субъективных оценок показал, что качество жизни складывается из многих составляющих, подчас лишь косвенно относящихся к лечебному процессу, но играющих важную роль в повседневном функционировании и самообслуживании. Так, улучшение в физической сфере и сфере уровня независимости и подтверждают эффективность восстановительной терапии. Однако, вместе с увеличением автономности больных возросла потребность в формировании комфортности окружающей среды, повысился уровень претензий больных к условиям пребывания дома, безопасности и удобствам на улице, необходимости получения большего объема информации. Улучшение показателей социальной активности возможно объясняется пребыванием больных в более приемлемом для них психотерапевтическом климате клиники, благожелательным общением между ними и персоналом, в то время как в повседневной жизни они испытывали затруднения во взаимодействии с семейным и внесемейным окружением. Результаты проблемных взаимоотношений пациента и общества отражены и в оценках сферы «окружающая среда». Безопасность и комфорт обстановки вне дома вносят существенный вклад как в формирование оценки окружающей среды, так и в повышении активности больных. Произошло некоторое улучшение отношения пациентов к поездкам в общественном транспорте, что является своеобразным маркером повышения уровня автономного существования пациентов. С расширением территории прогулок пациенты стали более требовательны к комфортности окружающей среды: наличию скамеек на улице, доступности общественных туалетов и др.

Т.о. анализ показателей КЖ позволяет уточнить влияние восстановительного лечения на различные сферы

жизнедеятельности больных пожилого возраста с дисциркуляторной энцефалопатией. Обнаружен факт негативного отношения больных пожилого возраста к недостаточной помощи со стороны медико-социальных и государственных служб, недостаткам в системе организации социальной защиты, доступности информации и качеству окружающей среды.

### КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ АПАТИИ

В. А. Концевой, В. И. Скворцова, М. А. Савина,  
Е. А. Петрова  
(Москва)

**Обоснование.** Апатия является достаточно частым осложнением инсульта. По данным некоторых авторов ее частота достигает 27% (Angelelli et al., 2004). Вместе с тем многие аспекты клиники этого синдрома остаются неизученной.

**Целью** нашего исследования являлось изучение клинической типологии постинсультных апатических состояний.

**Методика.** На протяжении 6 месяцев постинсультного периода проводилось наблюдение над когортой из 208 больных (56% мужчин; средний возраст  $65,5 \pm 11,7$  лет). Статистический анализ включал применение критерия Хи-квадрат и факторного анализа с процедурой вращения Varimax.

**Результаты.** Частота субъективно и объективно отмечаемой апатии составила 31,7% (66 больных). Было выделено 10 симптомов, специфичных для апатии. Все они были включены в факторный анализ, который выявил наличие 2 факторов: 1) фактор органической апатии, который включал снижение активности, заторможенность, беспомощность в быту, снижение интереса к своему положению и снижение интереса к новой информации, обеднение планов, уплощение аффекта, снижение реактивности на эмоциональные стимулы, снижение критики к состоянию (39% дисперсии); 2) фактор депрессивной апатии: болезненное ощущение апатии (23% дисперсии).

**Выводы.** В факторном анализе было выделено два типа постинсультной апатии: органическая апатия и апатия, связанная с депрессивным синдромом.

### АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Л. В. Лукина, О. А. Балунов, Н. В. Семенова,  
Л. И. Ситник  
(Санкт-Петербург)

В настоящее время проблема аффективных расстройств в восстановительном периоде инсульта вызывает все больший интерес, который обусловлен, прежде всего, высокой частотой развития данного осложнения и сложностью в диагностике.

Под наблюдением находилось 460 больных в восстановительном периоде мозгового инсульта. Среди обследованных пациентов было 315 мужчин (68,5%) и 145 женщин (31,5%). Возраст больных варьировал от 30 лет до 81 года (средний возраст 56,3 лет).

Психические нарушения непсихотического уровня были диагностированы у 100% больных перенесших церебральный инсульт. Достоверно чаще ( $p < 0,001$ ) встречалась постинсультная депрессия в сочетании с ипохондрическим, тревожным, эмоционально-лабильным расстройствами. В то же время отсутствие грубого неврологического дефицита отмечалось у 60% пациентов, что скорее всего было обусловлено лакунарным характером инсультных очагов. Таким образом, более чем в половине наблюдений, клиническая картина заболевания определялась аффективными расстройствами и, прежде всего, постинсультной депрессией.

Среди больных, перенесших повторный мозговой инсульт, аффективные расстройства были диагностированы в 100% случаев (70% – постинсультная депрессия легкой и умеренной степени выраженности), из них только 30% после первого эпизода острого нарушения мозгового кровообращения получали антидепрессанты и транквилизаторы.

У пациентов, страдающие различными аффективными нарушениями в восстановительном периоде церебрального инсульта, получающих адекватную медикаментозную коррекцию, быстрее восстанавливался неврологический дефицит, уменьшались сроки стационарного лечения, улучшалось качество жизни.

В клинической картине восстановительного периода острого нарушения мозгового кровообращения часто доминируют аффективные расстройства, и в первую очередь постинсультная депрессия, что затрудняет реабилитацию таких больных. Необходимо как можно раньше включать в программу восстановительного лечения адекватную медикаментозную коррекцию аффективных расстройств, психологическую коррекцию, психотерапию с обязательным привлечением медицинских психологов, психиатров, психотерапевтов.

### АФФЕКТИВНЫЕ И КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ РЕЧИ ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ХОДЕ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Д. И. Малин, Г. Н. Кобозев  
(Москва)

**Введение:** В клинической картине психопатологических расстройств у больных с органическими заболеваниями головного мозга когнитивные нарушения и нарушения высших психических функций, в том числе и речи, сочетаются с расстройствами аффективной сферы,

носящими вторичный характер, которые осложняют процесс реабилитации данной категории больных.

**Цель:** Исследование корреляций между аффективными и когнитивными нарушениями у больных с органическими нарушениями головного мозга.

**Материал и методы:** Психиатром и нейропсихологом обследовано 50 больных с очаговыми поражениями головного мозга в стационаре ЦПР и Н: вследствие инсультов – 40 чел (80%), ЧМТ – 10 чел (20%). Все больные получали базовую нейрометаболическую и сосудистую терапию.

**Результаты:** У 40 больных (80%) выявлены субдепрессии (СД) на астеническом фоне. У 10 больных (20%), преобладала негрубая эйфория, не нарушавшая поведения больных. Из когнитивных нарушений (КН) преобладали легкие и умеренные, (94%), более грубые были единичными (3 больных – 6%). При легких КН наблюдались очерченные СД с эмоциональной лабильностью, слезливостью, тревогой за свое будущее и яркой реакцией на свою несостоятельность. Терапия антидепрессантами улучшала настроение, пациенты более активно занимались, что улучшало речь и опосредованно еще больше нормализовало настроение, а реакция на свою несостоятельность уменьшалась.

**Выводы:** 1. Динамика субдепрессий коррелирует с выраженностью астении и неврологического дефицита. 2. Глубина КН коррелирует с степенью аффективных расстройств: грубым КН сопутствует эйфорический вариант психоорганического синдрома, либо СД с элементарными эмоциональными симптомами при снижении критичности.

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

А. М. Резник  
(Москва)

Изучены 466 медицинских карт (историй болезни) 264 военнослужащих и военных пенсионеров, в прошлом принимавших участие в боевых действиях в Афганистане и на Кавказе. Все они в 1992–2009 годах находились на стационарном лечении в психиатрических отделениях Главного военного клинического госпиталя им. акад. Н.Н. Бурденко. У 79 человек (29,9% всех обследованных) были диагностированы органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга. Из них отдаленные последствия черепно-мозговой травмы с астеническим или астеновегетативным синдромом и органическое заболевание головного мозга с эмоционально-лабильными нарушениями были диагностированы у 15 человек (19%), с аффективными нарушениями у 22 человек (27,9%), с

неврозоподобным синдромом у 12 человек (15,8%), с эмоционально-волевыми нарушениями – у 4 (5,1%), с ипохондрическим синдромом у 3 (3,8%), с тревожно-депрессивным или депрессивным синдромом у 5 (6,3%), с психопатоподобными проявлениями – в 4 случаях (5,1%). Отдаленные последствия черепно-мозговой травмы или органическое психическое расстройство с психоорганическим синдромом (когнитивными нарушениями) диагностировано у 7 человек (8,9%), а с деменцией или амнестическим синдромом – у 5 (6,3%). Органическое психотическое расстройство наблюдались всего у 2 человек (2,5%).

Анализ факторов, неблагоприятным образом влиявших на психическое состояние ветеранов, показал, что 67 пациентов данной группы (84,8%) травмы головы перенесли в период боевых действий. 58 человек (73,4%) принимали участие в боях. 24 (30,4%) получали ранения. 7 (8,9%) описывали перенесенные реакции боевого стресса. У 22 (27,9%) в послевоенный период прослеживались различные психотравмирующие события, с которыми пациенты связывали ухудшение своего самочувствия, и содержание которых звучало в их переживаниях. Среди ветеранов с другими диагностированными психическими расстройствами травмы головы переносили 46 человек (17,4% всех обследованных или 24,9% ветеранов, не имеющих диагноза органического психического расстройства в связи с травмой головного мозга), то есть почти половина (47,3%) госпитализированных ветеранов в прошлом перенесла черепно-мозговые травмы.

### К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ЧЕРЕПНО - МОЗГОВУЮ ТРАВМУ И НЕ ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ОСТОРОМ ЕЕ ПЕРИОДЕ

О. В. Сартакова  
(Барнаул)

Психопатологическим последствиям, обусловленным черепно-мозговой травмой, посвящено значительное число работ. Однако не все аспекты этой значимой проблемы остаются исследованными. В частности, не изучен вопрос об организации помощи лицам, перенесшим черепно-мозговую травму и не получавшим медицинской помощи в остром ее периоде.

Между тем, как свидетельствуют результаты наших исследований, в силу разных причин велико число таких лиц.

Как показало безвыборочное изучение медицинской документации из всех 4082 больных, поступавших в нейрохирургическое отделение городской больницы в течение 2008–2009 гг. с верифицированной черепно-мозговой травмой, 323 человека (7,9%) не смотря на серьезность состояния и рекомендации врачей, отказались от лечения.



При катamnестическом исследовании 14 больных из этой группы у 13 из них (92,9%) выявлены психические расстройства, обусловленные перенесенными травмами.

При выборочном клиническом исследовании 12 человек, получивших боевые травмы головы, оказалось, что ни одному из них в остром их периоде не оказывалось медицинской помощи, в результате чего в последующем у них развилась органическая психопатологическая симптоматика.

Полагаем, что приведенные сведения указывают на необходимость дальнейшего изучения и разрешения данной проблемы.

### НАРУШЕНИЯ СНА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРО-ВАСКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н. Ю. Сафонова, О. А. Балунов  
(Санкт-Петербург)

Было обследовано 87 больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения в возрасте от 60 до 90 лет и жалобами на расстройства сна (проведено клиническое обследование, МРТ, ЭЭГ, ТКДГ, ЭКГ, консультация психолога и психиатра).

В результате были выявлены различные нарушения сна (затруднения засыпания, частые пробуждения, раннее пробуждение и др.), при этом по данным МРТ у 51 пациента (58%) были выявлены очаги в больших полушариях, у 2 – в стволе, у 2 – в мозжечке, 4 пациентов зафиксированы очаги в больших полушариях и стволе, у 8 – в больших полушариях и мозжечке. У большинства пациентов зарегистрирована двухсторонняя локализация очагов. У 20 больных (23%) выявлены левосторонние очаги, а у 14 (16%) – правосторонние. По данным психиатра у 30 больных (35%) было диагностировано астено-депрессивное состояние, а у 6 (7%) – тревожно-депрессивное. Кроме того, у более чем, трети больных имелась соматическая патология, которая могла привести к нарушениям сна (аденома предстательной железы, синдром сонного апноэ, аритмии в ночное время и др.), также у ряда больных имело место сочетание аффективных нарушений и соматической патологии, приводящей к расстройствам сна.

Таким образом, нарушения сна чаще выявляются у пациентов с двухсторонней локализацией очагов в больших полушариях. По нашим данным, только у 42% больных с расстройствами сна и цереб्रो-васкулярной болезнью выявлено депрессивное состояние. Этиология расстройств сна у этой категории больных многофакторна и не исчерпывается только аффективными нарушениями и физиологическими особенностями обследованной возрастной группы.

### ИНСОМНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ ПСИХООРГАНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ЧМТ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОНМК

Г. С. Селищев, Д. И. Малин, Г. Н. Кобозев,  
И. Ю. Орлов, А. В. Кудряшов  
(Москва)

**Введение:** Инсомнические расстройства, возникающие вторично у больных с последствиями ЧМТ и ОНМК углубляют астенизацию и существенно могут влиять на эффективность нейрореабилитации больных, повышая утомляемость, снижая внимание и память и способность к тренингу.

**Цель:** Изучение распространенности нарушений сна в структуре непсихотических расстройств у больных с органическим поражением головного мозга в процессе нейрореабилитации.

**Материал и методы:** Психиатром и нейропсихологом обследовано 175 больных с последствиями ОНМК и ЧМТ с нарушениями речи.

**Результаты:** У 43 (25%) больных из общей группы наблюдались нарушения сна, преимущественно нарушения засыпания. Больные разделены на две группы: с психоорганическим синдромом (ПОС) 113 (65%) чел. и астеническим синдромом (АС) – 62 (35%) чел. Больные с ПОС включали его варианты (астенический, эйфорический, эксплозивный). Выделена также группа с астеническим вариантом ПОС в сочетании с субдепрессией. Инсомнии выявлены: в группе АС – 14 (22,6%) чел., в группе ПОС – 29 (25,7%) чел. По вариантам ПОС: астенический – 17 (58,6%), эйфорический – 1 (3,5%), эксплозивный – 5 (17,2%). При астеническом варианте у 6 (20,7%) чел. инсомния сочеталась с субдепрессией.

**Выводы:** 1. По результатам исследования инсомния – частый симптом у больных с последствиями ЧМТ и ОНМК 2. Значительно чаще (58,6%) инсомнии встречались в подгруппе с астеническим вариантом ПОС.

### КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИИ В ХРОНИЧЕСКУЮ ФАЗУ ИНСУЛЬТА

Е. Б. Чалая, И. В. Чалая  
(Оренбург)

Аффективные расстройства являются весьма распространенными в психопатологической симптоматике больных, перенесших ишемический инсульт. Целью настоящего исследования явилось изучение клинических вариантов и динамики депрессивных состояний в хронической фазе инсульта. Клиническим и социально-психологическим методами обследовано 114 больных, в возрасте от 50 до 85 лет (средний – 75 лет). Выявлено несколько разновидностей депрессии. Тревожная депрессия с чувством внутреннего беспокойства, преувеличением тяжести своего состояния в ранний восстанови-

тельный период установлена у 66,7%, в поздний – у 50%, в средний – у 14,3% больных. Тоскливая депрессия проявлялась сочетанием идей обвинения окружающих и собственной малоценности из-за необходимости постоянно прибегать к помощи посторонних. Выявлена в средний восстановительный период у 42,8%, в поздний – у 30%, в ранний – у 25% больных. Астеническая депрессия характеризовалась реакциями раздражительной слабости, ощущением постоянной усталости, в связи с чем больные осознанно создавали себе ограничительный режим. Диагностирована в среднем восстановительном периоде у 42,8%, в позднем – у 20%, в раннем – у

8,3% пациентов. Таким образом, выявлено преобладание тревожного аффекта в депрессивной симптоматике у больных раннего восстановительного периода, тоскливости и астении – в средний восстановительный периоды. Полученные данные способствуют более глубокому пониманию становления и динамики психопатологических особенностей клинической картины аффективных расстройств у больных с последствиями ишемического инсульта, что указывает на необходимость совершенствования терапевтической тактики с включением в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий психотерапии и психофармакотерапии.

## БИОЛОГИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

### НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Е. Ю. Абриталин, А. В. Корзенев, А. В. Лебедев  
(Санкт-Петербург)

В последние годы представления о патогенезе депрессивных расстройств стали претерпевать существенные изменения в связи с внедрением в клиническую практику методов нейровизуализации, которые позволяют наглядно увидеть и количественно измерить многие параметры прижизненной структуры, локального кровотока и метаболизма мозга человека в норме и патологии. В данном исследовании изучались нейровизуализационные особенности головного мозга больных депрессиями: методами структурной, диффузионно-тензорной и функциональной магнитно-резонансной томографии были обследованы 86 пациентов, из которых 47 имели признаки фармакорезистентности; в качестве контроля выступила соответствующая по полу и возрасту группа здоровых испытуемых из 20 человек. Для функциональной магнитно-резонансной томографии был разработан специальный тест с целью создания состояния фрустрации в момент сканирования. Обработка данных выполнялась с использованием методов статистического параметрического картирования в программах SPM5 и FSL для диффузионно-тензорных данных.

В результате проведенного исследования были выявлены нарушения в структурах, входящих в состав так называемых фронто-субкортикальных нервных кругов: снижение объемов серого вещества в префронтальных корковых отделах в сочетании с дефицитом трактов, осуществляющих их межполушарную интеграцию и соединение с другими долями головного мозга, а также дефицит трактов форникса, представляющих собой проекции гиппокампа на различные структуры лимбической системы. Указанные аномалии приводят к дисфункции нейрофизиологических механизмов принятия решений и ослаблению устойчивости к фрустрации, что сопровождается неспособностью “подавлять” переднецигулярные отделы при выполнении фрустрационных заданий.

Кроме того, у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами в ответ на фрустрацию обнаруживалось функциональное “выключение” субгенуальных цингулярных отделов при отсутствии стволовых и дорсолатеральных префронтальных активаций; сниженная по сравнению с нерезистентной группой плотность серого вещества в субгенуальных отделах и увеличенная в головках хвостатых ядер и дорсомедиальных отделах таламусов, а также более выраженный дефицит трактов, обеспечивающих интеграцию префронтальных отделов с затылочными, теменными и височными доля-

ми, и менее выраженный – в переднецигулярных областях.

Обнаруженные нейровизуализационные паттерны могут рассматриваться как “патофизиологический субстрат” депрессивных состояний, а выявленные особенности при фармакорезистентных депрессивных расстройствах – как предикторы фармакологической резистентности депрессий.

### СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *NRG1* С КОГНИТИВНЫМИ ФУНКЦИЯМИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЗДОРОВЫХ

М. В. Алфимова, Л. И. Абрамова, Е. В. Зенова,  
А. Н. Бархатова, В. Е. Голимбет  
(Москва)

Когнитивный дефицит при шизофрении рассматривается как потенциальная терапевтическая мишень, что диктует необходимость изучения его молекулярной природы. Ген *NRG1* является одним из наиболее сильных кандидатов в гены шизофрении. Поскольку кодируемые им изоформы нейрегулина вовлечены в процессы нейрогенеза и глутаматергической трансмиссии, полиморфизм гена может быть связан с формированием когнитивного дефицита при данном заболевании. В ряде работ обнаружили ассоциацию *NRG1* с решением когнитивных задач и сопутствующей активацией некоторых регионов мозга. Эти данные преимущественно касаются здоровых. Относительно больных шизофренией имеются лишь единичные сведения.

Нами изучено влияние полиморфизма *NRG1*, а именно гаплотипа риска по шизофрении и входящих в него маркеров 478B14-848, 420 M9-1395 и SNP8NRG221533, на вербальную беглость, рабочую и эпизодическую вербальную память, у 275 больных шизофренией и 253 здоровых людей. Все задания больные выполняли значительно хуже, чем здоровые. При этом мы не обнаружили различий по когнитивным признакам в зависимости от гаплотипа или маркера SNP8NRG221533 ни в одной из когорт. В обеих группах задачи на вербальную беглость и долговременную эпизодическую память гомозиготные носители “аллеля риска” по маркеру 478B14-848 выполняли лучше, чем лица, не имеющие в своем генотипе данного аллеля. Вместе с тем пациенты – носители “аллеля риска” по маркеру 420 M9-1395 хуже прочих больных справлялись с кратковременным удержанием списка слов.

Полученные результаты согласуются с представлением о влиянии полиморфизма *NRG1* на когнитивные процессы у больных шизофренией и здоровых. Они, кроме того, позволяют предположить, что в русской популяции ключевым маркером, связанным с нарушением когнитив-

ного функционирования при шизофрении, является 420 М9-1395.

Работа выполнена при частичной поддержке грантом № 09-06-00128-а Российского фонда фундаментальных исследований.

**ФУНКЦИЯ НЕЙТРОФИЛОВ И МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

Л. В. Андросова, Н. М. Михайлова,  
Т. П. Ключник  
(Москва)

За последнее десятилетие различными группами исследователей получены данные, подтверждающие участие врожденного иммунитета в патогенезе болезни Альцгеймера. На экспериментальных моделях показано, что внутримозговые воспалительные реакции, в которые вовлечена микроглия – аналог иммунцитов кровяного русла, вносят существенный вклад в прогрессирование этого заболевания. Вместе с тем, состояние системного врожденного иммунитета (кровяное русло) при болезни Альцгеймера исследовано недостаточно.

Целью настоящей работы явилось определение в крови пациентов с деменцией дегрануляционной активности нейтрофилов (по активности лейкоцитарной эластазы (ЛЭ)), а также уровня таких маркеров воспаления, как  $\alpha_1$ -протеиназный ингибитор ( $\alpha_1$ -ПИ) и С-реактивный белок (СРБ). В исследование включены 37 больных деменцией в возрасте от 59 до 86 лет (21 – мужчины и 16 женщин). Больные были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили пациенты с сосудистой деменцией (9 человек); 2-ю – пациенты со смешанной альцгеймеровско-сосудистой деменцией (14 человек), и 3-ю группу – пациенты с деменцией альцгеймеровского типа, не осложненной церебро-сосудистым поражением. Контрольную группу составили 14 здоровых людей, сравнимых по возрасту и полу с исследуемой группой.

В общей группе больных деменцией выявлена тенденция к снижению активности ЛЭ ( $p < 0,06$ ) и достоверное повышение  $\alpha_1$ -ПИ ( $p < 0,001$ ). В группе пациентов с сосудистой деменцией не было выявлено достоверных отличий ни одного из перечисленных выше показателей врожденного иммунитета по сравнению с контролем. Группа больных с деменцией альцгеймеровского типа характеризовалась снижением активности ЛЭ ( $p < 0,08$ ) и достоверным повышением уровня маркеров воспаления по сравнению с контролем.

Выявление повышенного уровня маркеров воспаления в сыворотке крови согласуется с данными других исследователей об увеличении уровня провоспалительных цитокинов при болезни Альцгеймера и является свидетельством вовлеченности воспалительных реакций (в том числе и системных) в патогенез болезни Альцгеймера. Вместе с тем, представляется парадоксальным снижение дегрануляционной активности нейтрофилов,

поскольку эта активность играет важную роль в реализации воспалительного ответа.

**ХРОНИЧЕСКИЙ ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И ДРУГИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ СДВИГИ У НЕВРОТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

И. Н. Бабурин, Е. Е. Дубинина,  
Б. Д. Карвасарский, Н. А. Соколян  
(Санкт-Петербург)

В 2007–2010 годах на базе отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева проведено расширенное клиничко-лабораторное исследование больных с невротическими расстройствами (74 пациента). Группу сравнения составили 14 здоровых респондентов.

Нами исследованы отдельные показатели хронического окислительного стресса в крови больных. Обнаружено статистически достоверное повышение окислительной модификации белков плазмы крови. Антиоксидантная активность плазмы и эритроцитов крови при этом не менялась.

У пациентов с невротическими нарушениями выявлены положительные, статистически достоверные, корреляционные связи между возрастом и активностью  $\gamma$ -глутамилтрансферазы, холестерином, коэффициентом атерогенности, аполипопротеином В и отрицательные с общим билирубином и дигидроэпиандростерон сульфатом. У больных возрастное повышение показателей липидного спектра крови менее выражено, чем у здоровых, что свидетельствует о замедлении возрастных изменений. Это может служить предпосылкой для дальнейших исследований в области неврологии, кардиологии и геронтологии.

На фоне повышенного уровня кортизола и пролактина наблюдалось снижение ряда биохимических показателей крови больных (глюкоза, креатинин, общий белок, липопротеины низкой плотности, триглицериды, аполипопротеин В, мочевины) по сравнению с группой здоровых людей. Вероятно эта перестройка метаболических процессов в ответ на легкую степень постоянных стрессорных воздействий обеспечивает общую стабильность жизненно важных систем организма.

**ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА АСТЕНИИ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

В. К. Бочкарев  
(Москва)

Клиническая гетерогенность астенических расстройств предполагает необходимость исследования их биологических коррелятов и выяснения общих факторов, определяющих их выраженность. Изучено 33 больных с астеническими расстройствами в рамках органического астенического расстройства (F06.6) и неврастении (F48.0).

Клиническая характеристика состояния больных осуществлялась с использованием шкалы субъективной оценки астении MFI-20, электроэнцефалографическая включала спектры мощности основных ритмов ЭЭГ и внутри и межполушарную когерентность ЭЭГ-сигнала. Методами объективной классификации выявлены больные с высокими и низкими показателями выраженности астении. Больных первой группы в отличие от второй характеризовало диффузное усиление мощности дельта, тета, альфа и бета 1, 2 ритмов, повышение межполушарной и снижение внутримушарной когерентности ритмов. Выявлены множественные достоверные корреляции отдельных показателей шкалы MFI-20 с спектральными характеристиками ритмов ЭЭГ и их когерентностью, на основе которых установлены для каждого из клинических показателей астении характерные ЭЭГ-паттерны. Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что процессы синхронизации корковых ритмов и уровень их пространственной когерентности существенно связаны с астеническими расстройствами и могут иметь значение для инструментальной оценки астении.

#### **ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФЕНИЕЙ И ЛЮДЕЙ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШИЗОФРЕНИЕЙ (ВРЗШ)**

О. С. Брусов, Г. П. Злобина, В. Г. Каледа,  
М. А. Омельченко, М. А. Морозова,  
А. Г. Бенишвили  
(Москва)

Тромбоциты очень чувствительны к разного рода внешним воздействиям и, в отличие от других клеток крови, способны к активации с изменением поверхности до разрушения и выделения содержимого гранул в циркулирующее кровяное русло. Имеется значительное число работ, указывающих на функциональные изменения тромбоцитов больных шизофренией. В связи с этим представлялось целесообразным оценить степень активации тромбоцитов больных шизофренией при разных способах их выделения. В работе использованы тромбоциты хронических больных шизофренией, больных шизофренией с 1 приступом шизофрении, людей с ВРЗШ и здоровых доноров.

В плазме крови, обогащенной тромбоцитами (ПОТ), полученной центрифугированием, количество тромбоцитов у хронических больных шизофренией и больных с 1 приступом шизофрении выявлено уменьшение количества тромбоцитов на 40% по сравнению со здоровыми донорами. У людей с ВРЗШ не выявлено уменьшение количества клеток. При гель-фильтрации клеток с использованием сефарозы CL-2B показано уменьшение количества клеток на выходе из колонки для всех исследуемых групп, что указывает на активацию и адгезию тромбоцитов. Уменьшение количества тромбоцитов при центрифугировании может быть обусловлено разру-

шением тромбоцитов в процессе забора крови и центрифугирования при выделении ПОТ.

#### **К ВОПРОСУ О БИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМАХ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ АМИНОТРАНСФЕРАЗ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ПАЦИЕНТОК С НЕРВНОЙ АНОРЕКИЕЙ (НА) И НЕРВНОЙ БУЛИМИЕЙ (НБ)**

А. Е. Брюхин, А. А. Меламуд, А. В. Чепелев  
(Москва)

НА и НБ сопровождаются на стадии кахексии нарушением показателей биохимического анализа крови, в частности повышением уровня АСТ, АЛТ. Механизмы такого повышения и его клиническое значение неоднозначны. Были проанализированы показатели АСТ, АЛТ в плазме крови 29 пациенток с НА и НБ, находившихся в течение года на лечении в ПБ №14. При стационарировании уровень АСТ повышен у 33,3% от всех пациенток (из них у 57% при ИМТ < 16), АЛТ у 25% (28,5%). В процессе лекарственной и диетотерапии уровень АСТ, АЛТ повышается у 54% (86%). Достигнув пика максимального повышения в течение 14 дней в среднем в 2 раза, уровень АСТ, АЛТ постепенно снижается. Похожие результаты были получены в ходе исследования 25 пациенток с НА в Токио (Tsukamoto 2008). Полученные нами данные не могут свидетельствовать о лекарственно-токсическом механизме повышения уровня АСТ, АЛТ. Следует предположить существование двух разных биологических механизмов изменения АСТ, АЛТ: до начала лечения и в процессе терапии. Первый связан с катаболическими процессами, происходящими у пациенток, строго ограничивающих себя в пище. Второй же связан с началом диетотерапии, массивным поступлением глюкозы и резким переходом к анаболическим процессам. В международной литературе это явление носит название refeeding syndrome, или синдром "восстановления питания" (Yasuri Ozawa 1998; Hisham Mehanna 2009). Клиническое значение полученных результатов состоит в необходимости деликатного подхода к пищевой реабилитации и адекватной оценке гепатотропного эффекта психотропных препаратов при лечении НА и НБ в стадии истощения.

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА И ПОЛИМОРФНЫЕ ВАРИАНТЫ ГЕНА ДОФАМИН-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ (ДВН)**

О. Ж. Бузык, А. О. Кибитов, С. А. Шувалов  
(Москва)

Изучалась связь клинических вариантов алкогольного абстинентного синдрома (ААС) с полиморфными вариантами генов, контролирующими функционирование дофаминовой системы. Основная группа – 298 пациентов с зависимостью от алкоголя 2 стадии, контрольная – 298

человек без наркологической, психической патологии. Обе группы – мужчины, славянской этнической принадлежности, не родственные между собой. Изучены два полиморфных варианта (444 A\G в экзоне 2 и (-1021) C\T в 5'-области гена (rs 17851478, rs 1611115) гена фермента DBH, конвертирующего дофамин в норадреналин. Основная группа разделена на три подгруппы: первая – пациенты с преобладанием психопатологической симптоматики в ААС (подгруппа ПС, n=43, 14.4%); вторая – с преобладанием соматовегетативной симптоматики (подгруппа СВ, n=112, 37,6%); в третьей – равноценно представлены обе компоненты ААС (подгруппа ОК, n=143, 48%). Выявлено, что пациенты подгруппы СВ идентичны контрольной группе, в подгруппе ПС отсутствует кластер гаплотипов (GG;CC+AA;TT), имеющийся у 33% контрольной группы (p=0,023, OR=15,67). Подгруппа ОК значительно отличается от контрольной и остальных подгрупп пациентов: снижена частота аллеля (444)A (p=0,023, OR=1,39 (контроль), p=0,0035, OR=2,06 (ПС) и p=0,056, тренд (СВ) и повышена частота генотипа (444) GG (p=0,034, OR=1,7 (контроль), p=0,008, OR=3,67(ПС), p=0,049, OR=1,89 (СВ). Таким образом, ведущая симптоматика в ААС связана с определенными вариантами гена дофамин-бета-гидроксилазы, кластер гаплотипов (GG;CC+AA;TT), возможно, имеет протективные свойства в отношении формирования психопатологических расстройств.

#### ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И КОГНИТИВНЫМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Т. И. Букановская, Л. К. Дзапарова  
(Владикавказ)

Целью исследования являлось изучение нарушений углеводного обмена у больных с алкогольной зависимостью (АЗ) и его влияния на когнитивное функционирование. Были обследованы 58 больных с АЗ (ср. возраст – 35,9 ± 4,82 лет), находившихся на стационарном лечении в Республиканском наркологическом диспансере г. Владикавказа с целью купирования симптомов абстиненции. Исследование проводилось спустя 5–7 дней со дня поступления и включало в себя: 1) определение уровня сахара в крови в три приема – перед началом и после окончания обследования, а также в день госпитализации; 2) исследование семантической и эпизодической памяти по Э. Тулвингу; 3) оценку психомоторной скорости и переключения внимания с использованием Trail-Making Test (TMT); 4) тестирование по САН для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. В зависимости от уровня средних значений сахара в крови (СК) больные были разделены на 4 группы: 1-я группа – СК < 5,0 ммоль/л; 2-я группа – СК = 5,0-5,9 ммоль/л; 3-я группа – СК = 6,0-6,9 ммоль/л; 4-я группа – СК ≥ 7,0 ммоль/л.

**Результаты.** Объем памяти, определяемый по числу воспроизводимых слов из 30 заданных, в среднем составлял 10,5±5,65. Гликемический фактор имел значение для эпизодической памяти, средний объем которой составил 6,0, 4,7, 4,0 и 0,75 слов соответственно в 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группах (F= 4,89, p= 0,0319); показатели семантической памяти не зависели от уровня СК. Другой фактор – фактор гликемической нестабильности, определяемый по характеру колебаний СК во время обследования, имел отношение к числу ошибочных (конфабуляторных) ответов. В случаях с понижением уровня СК число ошибочных ответов составляло 3,75±3,57, в случаях с повышением – 1,75 ±1,11 (F= 3,3, p= 0,0830). Продуктивность выполнения ТМТ была заметно ниже у больных 4-й группы, но без статистической достоверности. По данным САН, оптимальные показатели самооценки самочувствия и настроения отмечались во 2-й и 3-й группах, ухудшаясь в 1-й и 4-й группах; самооценка активности была максимальной в 4-й группе (4,35± 0,84 бал), постепенно снижаясь во 2-й и 3-й группах, достигая минимума в 4-й группе (2,75±0,36 бал, F= 6,36, p=0,0151). Полученные результаты свидетельствуют о влиянии гликемического фактора на когнитивное функционирование и дают повод для переосмысления клинической значимости терапии малыми дозами инсулина в рамках комплексной терапии алкогольной зависимости.

#### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА ПРЕПАРАТОВ КАБЕРГОЛИН (ДОСТИНЕКС) И БРОМОКРИПТИН В ПРОЦЕССЕ КОРРЕКЦИИ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ, ПРИНИМАЮЩИХ РИСПЕРИДОН

В. С. Буланов, Л. Н. Горобец  
(Москва)

**Материал и методы исследования:** 120 пациенток, находящихся на длительной противорецидивной терапии рисперидоном (средний возраст – 26,9±6,4 лет), с диагнозами по МКБ - 10: параноидная шизофрения, приступообразно-прогредиентная форма (F20.01) – 74 чел. (64,9%); параноидная шизофрения с непрерывным типом течения (F20.00) – 12 (10,5%); шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F25.2) – 28 (24,6%), доза рисперидона – 3,4±1,5 мг; средняя длительность приема препарата – 12,2±4,6 мес. Длительность заболевания в среднем составляла 4,8±2,1 г. Методы исследования: клинический, биохимический, статистический.

**Дизайн исследования:** У пациенток с клиническими проявлениями синдрома ГП проводилось исследование уровня пролактина. При уровнях гормона, превышавших нормативные показатели, назначалась коррекция каберголином или бромокриптином. Повторное исследование

уровня пролактина и оценка эффективности терапии проводилась через 1–2 мес.

**Результаты:** средний уровень пролактина в исследуемой выборке составил  $2143 \pm 654$  мМЕ/л. 1 группу (коррекция каберголином) составили 56 чел. (46,7%), 2 группу (коррекция бромокриптином) – 64 чел. (63,3%). Средняя длительность коррекции в 1 группе составляла  $2,0 \pm 0,3$  мес., во 2 –  $1,9 \pm 0,2$  мес. При оценке эффективности коррекции 1 группа распределилась на респондеров (20 чел.; 35,7%), уровень пролактина снизился более, чем на 75% ( $2008 \pm 545$  мМЕ/л. –  $688 \pm 240$  мМЕ/л;  $p \leq 0,05$ ). У частичных респондеров (28 чел.; 50%) отмечалось снижение уровня пролактина в диапазоне 30%–75% ( $2580 \pm 723$  мМЕ/л; 1530 мМЕ/л;  $p \leq 0,05$ ). У нонреспондеров (8 чел.; 14,3%) уровень пролактина снижался менее, чем на 30% или отмечалось его повышение ( $2514 \pm 578$  мМЕ/л;  $2084 \pm 451$  мМЕ/л;  $p \geq 0,05$ ). Во 2 группе пациенты распределились следующим образом: респондеры – 22 чел. (34,4%;  $1594 \pm 437$  мМЕ/л;  $647 \pm 291$  мМЕ/л;  $p \leq 0,05$ ); частичные респондеры – 26 чел (40,6%;  $2401 \pm 572$  мМЕ/л;  $1604 \pm 296$  мМЕ/л;  $p \geq 0,05$ ); нонреспондеры – 16 чел. (25%;  $2165 \pm 606$  мМЕ/л;  $2190 \pm 441$  мМЕ/л;  $p \geq 0,05$ ).

**Выводы:** Исследованные препараты показали свою высокую эффективность в отношении коррекции гиперпролактинемии, при этом эффективность каберголина (достинекса) была выше и составила 85,7% по сравнению с бромокриптином, где этот показатель составил 75%.

### ФАКТОР ПИТАНИЯ У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ, ПРИНИМАЮЩИХ НЕЙРОЛЕПТИКИ

Л. М. Василенко, В. С. Буланов  
(Москва)

**Актуальность:** По мнению многих исследователей, фактор питания участвует в формировании ожирения и его изучение весьма актуально у психически больных, получающих нейролептическую терапию.

**Цель:** Изучить пищевое поведение пациентов с нейролептическим ожирением и характер питания, принятый в их семьях, с целью разработки диетических рекомендаций для пациентов и их родных.

**Материалы:** 108 пациентов от 19 до 48 лет, средний возраст  $26,2 \pm 6,5$  лет, с диагнозом по МКБ-10 шизофрения параноидная F-20. Пациенты получали поддерживающую терапию атипичными нейролептиками: рисперидон, оланзапин, кветиапин в средних терапевтических дозах не менее 1 года.

Пациенты имели прибавку массы тела 10% и более от исходной, средний групповой индекс массы тела составил  $29,5 \pm 5,4$ .

**Метод исследования:** клиничко-анаместический.

**Результаты** исследования позволили выделить ряд признаков, отражающих характер и режим питания, со-

став пищи и пищевые предпочтения обследуемых и членов их семей. У пациентов таковыми являлись: 1-повышение аппетита – 88 (81%); 2 – состояние булимии 14(13%); 3 – усиление аппетита в вечернее и ночное время – 58 (53,7%); 4 – отсутствие чувства насыщения после еды – 25 (23%); 5 – ночной прием пищи 33(30,6%); 6 – потребление большого объема пищи в один прием 2–3 раза в день – 34(31%); 7 – предпочтение сладких блюд, выпечки – 60(55,5%); 8 – привычное питание бутербродами (мясные варено-копченые изделия) – 54(50%); К особенностям пищевого поведения семьи пациента относились: 9 – богатые кулинарные традиции, культ еды в семье 28(26%); 10 – привычное обильное 2–3-разовое питание в семье 38(35,1%); 11 – предпочтение жареных блюд, смешанной пищи, мясных деликатесов, выпечки 42(40%); 12 – отсутствие в рационе питания семьи рыбных блюд, морепродуктов, недостаток фруктов, овощей 45 (41,8%); 13 – традиционные поздние семейные ужины после 19–20 часов 73(67,8%); 14 – традиционно заполненный продуктами холодильник 80 (74%); 15 – наличие тучных членов семьи 42 (40%); 16 – совместное проживание и гиперопека со стороны родителей 78 (72%). Важно отметить, что признаки 1,5,7,8,13,14 встречались в группе наиболее часто (45–50% обследованных).

Анализ результатов показал, что в группе наиболее часто встречались признаки 1,3,7,8,13,14,16, то есть каждый из этих признаков отмечался у более половины обследуемых. Около 45% пациентов имели сочетание нескольких признаков нарушенного пищевого поведения, таких как повышение аппетита, усиление аппетита в вечернее и ночное время, потребление большого объема пищи, предпочтение сладких блюд, жареной пищи, бутербродов, отсутствие в рационе морепродуктов, недостаток зелени, овощей и фруктов, поздние семейные ужины.

Полученные данные позволили сделать выводы, что фактор питания играет большую роль в прибавке массы тела и развитии ожирения у психически больных, принимающих атипичные нейролептики. Лечебные мероприятия должны включать психотерапевтическую работу с пациентами с целью коррекции их пищевого поведения, а также информационную работу с их родными по формированию у них здоровых семейных кулинарных традиций, правильного режима питания и повышению их ответственности за судьбу и здоровье пациента.

### ДИНАМИКА УРОВНЯ НЕЙРОМАРКЕРОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. И. Васильева, Н. В. Говорин  
(Чита)

С целью выявления закономерностей процессов нейродеструкции-нейрорепаляции при острой шизофрении нами было проведено исследование, в которое включе-

ны 23 пациента с клиникой первого психотического эпизода (F20.0).

Уровень GFAP до лечения превысил показатели контроля почти в 23 раза ( $0,724 \pm 0,28$  нг/мл,  $p < 0,001$ ) и после лечения снизился до  $0,524 \pm 0,253$  нг/мл,  $p < 0,02$ , однако не достиг уровня контрольной группы ( $0,032 \pm 0,014$  нг/мл), что может указывать на повреждение ГЭБ и патологический астроглиоз. Высокий уровень антител к NR2 – субъединице рецепторов NMDA по мере становления ремиссии снижался с  $1,942 \pm 0,757$  нг/мл до  $1,254 \pm 0,391$  нг/мл,  $p < 0,02$ , не достигая значений контроля ( $0,747 \pm 0,324$  нг/мл), что свидетельствует о вовлеченности глутаматэргической системы мозга при манифестации шизофрении.

В то же время уровень нейротрофического фактора BDNF в острый период составил  $25119 \pm 6022$  пг/мл,  $p < 0,001$ , превышая уровень в контрольной группе почти в 60 раз ( $435 \pm 261$  пг/мл), в процессе лечения продолжал нарастать до  $31944 \pm 8587$  пг/мл,  $p < 0,02$ . Вероятно, это указывает на включение механизмов нейропротекции у таких пациентов.

При исследовании уровня NSE достоверных отличий от показателей у здоровых и достоверных изменений в процессе терапии не выявлено, однако установлена прямая корреляционная зависимость от других нейромаркеров: чем выше уровень BDNF и GFAP у больных, тем выше концентрация NSE,  $p < 0,05$ .

Полученные данные свидетельствуют о наличии выраженных нарушений в системе “нейродеструкции – нейрорепарации” при острой шизофрении, которые претерпевают положительную динамику при становлении ремиссии, однако нормализации показателей не происходит.

#### **ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ**

Т. П. Ветлугина, С. А. Иванова,  
Т. И. Невидимова, В. Я. Семке

(Томск)

Психические расстройства сопровождаются нарушением нейроиммунного взаимодействия, дисбалансом про- и антиоксидантных систем, накоплением среднемолекулярных пептидов, другими метаболическими нарушениями. Эти процессы оказывают негативное влияние на течение заболевания, утяжеляя клиническую картину, снижая эффективность терапии. Повысить качество лечения пациентов возможно с помощью коррекции межсистемного взаимодействия на основе иммунобиологических подходов. Оптимальная схема терапии психических расстройств может быть представлена следующим образом. На первом этапе при психопатологическом обследовании особое внимание уделяется выяснению склонности заболевания к затяжному течению, неадекватным реакциям на психофармакотерапию. На следующем этапе устанавливается наличие клинических синдромов вторич-

ной иммунной недостаточности, сопутствующей соматической патологии, оценивается степень напряженности и адекватности неспецифических иммуногематологических адаптационных реакций организма, определяется возможность применения немедикаментозного воздействия. Этап лабораторной диагностики позволяет идентифицировать дефекты компонентов иммунной системы, определить глубину иммунных нарушений (транзиторные изменения, стойкие изменения с формированием иммунодефицита), установить наличие признаков окислительного стресса и эндогенной интоксикации. На основе анализа всех трех этапов становится возможной разработка конкретных эффективных схем комплексной психофармакотерапии с включением иммуномодулирующей, антиоксидантной, цитопротекторной терапии и определением круга препаратов, способных адекватно корригировать найденные отклонения.

#### **СОДЕРЖАНИЕ ТРОМБОЦИТАРНОГО СЕРОТОНИНА И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПЕРЕНОСЧИКА СЕРОТОНИНА И МОНОАМИНОКСИДАЗЫ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

О. С. Брусов, В. Е. Голимбет, Г. И. Коровайцева,  
М. И. Фактор, Е. Е. Алексеева, Т. К. Шемякина  
(Москва)

Известно, что у больных шизофренией отмечено изменение содержания серотонина в плазме крови по сравнению с психически здоровыми людьми. Эти изменения могут быть вызваны генетическими факторами, в частности, разной функциональной активностью генов, участвующих в работе серотонинергической системы. Целью настоящего исследования было сравнить содержание тромбоцитарного серотонина у носителей различных вариантов генов переносчика серотонина и моноаминоксидазы А (МАОА). Исследовали полиморфизмы этих генов – 5-HTTLPR и u-VNTR. Оба полиморфизма обусловлены изменением числа повторов нуклеотидов. Полиморфизм 5-HTTLPR представлен двумя вариантами, которые обозначают как длинный (L) и короткий (S) аллели. Полиморфизм u-VNTR (МАОА) представлен несколькими вариантами, обозначаемыми по числу повторов – 2, 3, 3.5, 4 и 5. Варианты L и 4 3.5, 4, 5 связывают с повышенной экспрессией гена, а варианты S и 2, 3 – с более низкой. Исследуемая группа включала в себя 60 больных приступообразно-прогредиентной шизофренией, у которых определяли содержание серотонина в тромбоцитах и выделяли ДНК. Было показано, что содержание серотонина достоверно различается в зависимости от генотипов 5-HTTLPR, но не u-VNTR (МАОА). Так, в группе больных с генотипом, содержащим две копии аллеля L, его содержание было значительно ниже, чем в группе с генотипами, содержащим две копии аллеля S (5.0 и 8.3 нмоль/10<sup>9</sup> клеток, соответственно). При сравнении групп с различными комбинациями геноти-



пов 5-HTTLPR и MAOA оказалось, что в группе больных с генотипом SS и низкоактивными аллелями MAOA содержание серотонина было значимо выше, чем во всех остальных группах (12.5 и 5.2-6.7 нмоль/10х9 клеток, соответственно). Таким образом, генетический вариант оказывает влияние на состояние серотонинергической системы у больных шизофренией.

Работа выполнена при частичной поддержке грантом РФФИ № 09-04-00349-а.

**МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ  
ИССЛЕДОВАНИЯ ШИЗОФРЕНИИ:  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ  
ПРАКТИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ**

В. Е. Голимбет  
(Москва)

В молекулярно-генетическом аспекте шизофрения является одной из наиболее интенсивно изучаемых психических болезней. В последнюю декаду прошлого века расшифровка нуклеотидной последовательности генома человека позволила выявить значительное число генов-кандидатов шизофрении. Однако сделать каких-либо однозначных выводов о том, какие гены участвуют в этиологии и патогенезе этого заболевания, не удалось. На современном этапе предложены новые подходы для поиска генетических причин шизофрении. В частности, проводится широкогеномное сканирование (genome-wide association study, или GWAS), с помощью которого выявлены новые гены кандидаты, а также обнаружены редкие геномные мутации, несущие высокий риск возникновения шизофрении. Другой подход относится к исследованию связи известных генов кандидатов не с самим заболеванием, а с его эндофенотипами, т.е. характеристиками, которые отражают действие генов, связанных с индивидуальной предрасположенностью к заболеванию, даже при отсутствии диагностируемой патологии. К эндофенотипам шизофрении относят ряд нейрофизиологических, нейроморфологических и нейропсихологических показателей, а также черты личности. Выявление генов, ассоциированных с эндофенотипами, способствует более глубокому пониманию связи этих генов с особенностями патогенеза шизофрении. В докладе будут представлены результаты собственных исследований с использованием указанных выше подходов на выборке больных шизофренией из русской популяции. Обнаружение генетических вариантов повышенного риска может являться основой для разработки диагностических тестов, которые могут быть использованы в медико-генетическом консультировании наряду с традиционной оценкой риска на основании генетико-эпидемиологических данных. Обсуждаются требования к такого рода тестам на примере результатов, полученных в лаборатории клинической генетики НЦПЗ РАМН.

**К ВОПРОСУ О НЕКОТОРЫХ  
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОСНОВАХ  
ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЭНДОКРИННОЙ  
СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ  
ШИЗОФРЕНИИ**

Л. Н. Горобец  
(Москва)

К настоящему времени установлено, что развитие психотической симптоматики у больных шизофренией связано с нарушениями в функционировании дофаминергической, серотонинергической и норадренергической медиаторных систем. Также известно, что регуляция секреции гормонов находится под моноаминергическим контролем и наоборот.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время первый эпизод шизофрении (ПЭШ) является, пожалуй, единственной "моделью", дающей возможность исследовать взаимодействие между эндокринным дисбалансом и психическими расстройствами в "чистом виде". В дальнейшем при проведении психофармакотерапии уже не представляется возможным установить их непосредственное взаимовлияние. В контексте обсуждаемых вопросов несомненный интерес представляет эндокринологический подход к изучению проблемы ПЭШ. Это будет способствовать выявлению гормональных предикторов эффективности терапии и даст возможность минимизировать развитие нейроэндокринных побочных эффектов у больных ПЭШ при назначении и проведении терапии антипсихотическими препаратами с учетом специфического профиля рецепторной активности, характерного для каждого нейрореплетика.

Исследования, проводимые, в основном в зарубежных странах, направлены на изучение гормональных показателей у больных ПЭШ, не получавших ранее антипсихотической терапии в сравнении с больными хронической шизофренией в стадии экзацербации психопатологической симптоматики, и попытками сопоставления гормонального дисбаланса с теми или иными клиническими параметрами (нозологией, типом течения заболевания и т.д.). Вместе с тем данные немногочисленных работ, посвященные разработке этой проблемы, остаются достаточно фрагментарными и зачастую противоречивыми.

Нами был изучен гормональный профиль больных ПЭШ и здоровых пробандов, включающий уровни пролактина, эстрадиола, тестостерона, тиреотропный гормон, T<sub>4</sub> св., кортизола и дигидроэпиандростерон-сульфат (ДГЭА-С). Обнаружено повышение уровней пролактина и эстрадиола у мужчин и повышение уровня тестостерона у женщин. Найдены отрицательные корреляционные связи между уровнем пролактина и тяжестью состояния у пациенток. Кроме того, найдено достоверное повышение уровня кортизола у всех больных независимо от гендерного фактора и повы-

шение средних значений ДГЭА-С у женщин. Полученные результаты свидетельствуют о том, что по всей вероятности в той или иной степени нарушено функционирование всех моноаминергических систем у больных ПЭШ. Дальнейшее изучение и подробный анализ уже полученных результатов с учетом нейробиохимических подходов позволит уточнить ряд патофизиологических механизмов, лежащих в основе шизофрении.

#### УЧАСТИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА СЕРОТОНИНОВОЙ СИСТЕМЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е. В. Гуткевич, О. Э. Перчаткина, С. А. Иванова,  
В. Я. Семке

(Томск)

Проявления психической дезадаптации в основе своей являются комплексом гомеостатических и адаптационных реакций и имеют под собой материальную основу. Невротические расстройства представляют собой срыв адаптации и развиваются по механизмам адаптации биологической системы к изменившимся условиям внешней или внутренней среды. Нарушения механизмов регуляции психических процессов под влиянием психотравмирующих факторов приводят к дисфункции всех гомеостатических систем организма. В ответ на сходные психотравмирующие ситуации различные индивидуумы отвечают различным в клиническом и биологическом аспектах уходом в расстройство адаптации с преобладанием депрессивных или диссоциативных (конверсионных) реакций.

Обследовано 173 пациента с невротическими, связанными со стрессом, расстройствами, проходивших курс лечения в отделении пограничных состояний клиник НИИ психического здоровья СО РАМН: 69 человек с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций (F43.2, МКБ-10) и 104 пациента с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44, МКБ-10). В качестве контрольной группы проведено обследование 59 психически и соматически здоровых лиц.

Изучение содержания сывороточного серотонина показало более широкие границы колебания его содержания у пациентов с диссоциативными расстройствами по сравнению с больными расстройствами адаптации и психически здоровыми лицами. Концентрация серотонина у лиц с расстройствами адаптации составляет  $98,57 \pm 5,8$  нг/мл, что статистически значимо ниже данных показателей в группе психически здоровых лиц и пациентов первой выборки ( $p < 0,05$ ). У пациентов с диссоциативными расстройствами выявлена тенденция к увеличению концентрации серотонина по сравнению с контролем ( $143,42 \pm 7,45$  и  $118,93 \pm 6,46$  нг/мл).

#### ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОЙ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

А. З. Дроздов, В. Д. Бадмаева, И. Ф. Табеева,  
Т. С. Филатова, Б. М. Коган

(Москва)

Эндокринная патология нередко выявляется у больных в психиатрической клинике. До настоящего времени нельзя считать полностью разрешенным вопрос о взаимосвязи этиологии и патогенеза психопатологических проявлений и гормональных дисфункций. При ряде психических расстройств (например, шизофренические процессы, депрессивные состояния) наблюдаются эндокринные нарушения различной степени. Можно предположить, что поведенческие особенности, приводящие к совершению противоправных актов, могут быть связаны с первичными нарушениями эндокринной регуляции. Особенно значимы подобные дисфункции могут быть у подростков, то есть у лиц, с не полностью завершенным половым созреванием, в ходе которого основную роль играет именно гормональная перестройка.

Было изучено содержание ТТГ, Т3, Т4, пролактина, ФСГ, ЛГ, тестостерона, эстрадиола, кортизола в крови 30-ти подростков, привлеченных к уголовной ответственности и находящихся на стационарной судебно-психиатрической экспертизе. Не было выявлено достоверных различий в средних концентрациях гормонов тиреодной оси, половых стероидов, гипофизарных гонадотропинов (ФСГ, ЛГ) у подэкспертных и представителей контрольной группы.

Результаты показали значительное увеличение среднего уровня пролактина в крови несовершеннолетних подэкспертных. Данный феномен может быть связан с первичными нарушениями эндокринной регуляции у обследованных лиц, другой причиной наблюдаемого факта может быть прием частью подэкспертных психотропных средств до госпитализации, даже если это и не было зафиксировано в представленной документации.

Средний уровень кортизола был достоверно ниже в группе лиц, совершивших агрессивно-насильственные деяния против личности (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений, повлекших смерть потерпевшего, сексуальное насилие), по сравнению с группой подэкспертных лиц с иными видами правонарушений (мошенничество, угон автомобиля, кража). Из 9-ти человек с низким уровнем кортизола (ниже 6,0 мкг/дл) восемь совершили особо тяжкие преступления против личности. Средняя концентрация кортизола в группе лиц, признанных "вменяемыми" была достоверно более низкая, чем в группе больных с "невменяемостью" и "ограниченной вменяемостью" (ст. 21, 22 УК РФ). По нашему мнению, эти данные могут в какой-то степени подтвердить наличие взаимосвязи между повышенной агрессивностью и низким уровнем кортизола в крови.

### КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Н. Г. Ермакова, В. В. Крюков, И. Н. Емельянова  
(Москва)

Известно, что среди различных факторов радиационных аварий и их последствий, воздействующих на организм человека важную роль играют нарушения в иммунной системе.

**Цель исследования:** определение количественного содержания популяций и субпопуляций лимфоцитов периферической крови у участников ликвидации последствий аварии (ЛПА) на Чернобыльской АЭС.

**Материал и методы:** Обследовано 62 ЛПА ЧАЭС. Определение уровня лимфоцитов проводилось с помощью двухпараметрических моноклональных антител методом цитофлуориметрии. Сравнивалась группа больных с ведущими психовегетативными расстройствами (ПР) (21 чел.) и с более выраженными формами психоорганического синдрома (ПС), (41 чел.). Контрольную группу составили практически здоровые лица (51 чел.).

Результаты: Относительное содержание CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+, CD3-CD19+, CD3-CD16+CD56+ лимфоцитов не отличалось от показателей контрольной группы в обеих группах. При этом у уровень Т-лимфоцитов в стадии поздней активации (CD3+HLA-DR+) и TNK-лимфоцитов, несущих маркеры Т и NK клеток, превышал пределы физиологических колебаний, различия были статистически значимы. Количественное содержание CD3+, CD3+CD4+, CD3+CD8+, CD3-CD19+, CD3+HLA-DR+, CD3+CD16+CD56+ в абсолютных числах в обеих группах статистически значимо превышало показатели контрольной группы. Различие в экспрессии исследованных поверхностных антигенов между группами выявлено только по уровню Т-цитотоксических/супрессоров (CD3+CD8+): 0,54+/-0,01 тыс. кл/1 мкл в ПР по сравнению с 0,63+/-0,01 тыс. кл/1 мкл в ПС ( $p < 0,05$ ). Снижение иммунорегуляторного индекса (ИРИ) с большей частотой отмечали в ПС по сравнению с ПР (34,1% и 28,6% случаев), а повышение – в ПР (28,6% и 14,6% случаев).

**Выводы:** Полученные данные свидетельствуют о более выраженных проявлениях дисбаланса иммунного гомеостаза при психоорганическом синдроме.

### ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА MTHFR677TT КАК ФАКТОР РИСКА ШИЗОФРЕНИИ

Т. В. Жилиева  
(Нижний Новгород)

Согласно дизонтогенетической теории, предрасположенность к шизофрении формируется внутриутробно в результате воздействия токсичных факторов на мозг.

Существует схожесть в эпидемиологии шизофрении и дефектов нервной трубки (ДНТ), что говорит о наличии у них общего причинного фактора. Между тем, ДНТ вызваны нарушением обмена фолатов и гипергомоцистеинемией (ГГЦЕ) у матери в 1-м триместре беременности. Это связано с мутацией гена метилентетрагидрофолат-редуктазы (MTHFR), снижением активности MTHFR у гомозиготных носителей (MTHFR677TT, 10–15% популяции) и ГГЦЕ. Поэтому появилась гипотеза, что ГГЦЕ у матери во 2–3 триместрах вызывает предрасположенность к эндогенным психозам у плода.

Гомоцистеин влияет на функционирование NMDA рецепторов, может влиять на синтез ферментов в клетке. Акушерские осложнения, связанные с мутацией гена MTHFR, приводят к гипоксии плода и, в результате, нарушению развития мозга. Прием фолатов компенсирует дефект MTHFR, снижает уровень гомоцистеина до нормы. В первом триместре это используют для профилактики ДНТ. Учитывая возможную общность этиологии их и шизофрении, назначение фолатов во 2–3 триместрах может снижать риск психозов.

Среди больных шизофренией и аффективными психозами мутация MTHFR встречается чаще, чем в общей популяции. Есть гипотезы о том, что ГГЦЕ влияет на состояние нервной ткани и после рождения.

Таким образом, имеется необходимость выявления критичных периодов онтогенеза и механизмов реализации мутации MTHFR в предрасположенность к психозам, изучения особенностей психозов, связанных с нарушением обмена фолатов, разработки алгоритмов их профилактики и оптимизации лечения.

### ВЛИЯНИЕ КОРТЕКСИНА НА ИЗМЕНЕНИЕ ОБМЕНА СФИНГОМИЕЛИНОВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

К. А. Зиньковский, Н. А. Яковлев, Л. О. Мусина  
(Тверь)

С целью уточнения изменения показателей фосфолипидов (ФЛ), в частности сфингомиелинов (СФМ), у больных эпилепсией и возможного влияния на их обмен препарата кортексин проведено клинико-психоневрологическое и патобиохимическое исследование 24 мужчин, в возрасте 18–42 лет, состояние которых по МКБ-10 соответствовало рубрикам G 40.1, 40.2, с различной степенью прогрессивности эпилептического процесса. Для оценки степени дестабилизации мембран у больных эпилепсией проводили инфракрасную спектроскопию (ИКС) сыворотки крови. Как показал анализ полученных данных, после терапии кортексином уровень СФМ достоверно ( $p < 0,05$ ) повышается 1,26 раза. Проведенные исследования показали, что при медленнопрогредиентном типе течения отмечается достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение изменения спектра ФЛ в 5 и 8-м каналах ИК-спектра. При среднепрогредиентном – достоверное ( $p < 0,05$ ) увеличение по 5 и 6-му диапазонам. При прогрессив-

ном типе течения эпилепсии после терапии кортексином выявляются достоверные изменения в поглощении ИК-спектра ФЛ только в 5-м канале. Выявленные тенденции к повышению содержания изучаемых фракций мембранных ФЛ сразу после окончания курса лечения кортексином у пациентов с более благоприятным течением заболевания, по-видимому, отражала усиление синтетических процессов в ЦНС вследствие деблокирования ферментов, участвующих в синтезе ФЛ. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии у кортексина мембранопротекторных и мембраномодулирующих свойств, что, с учетом типа течения эпилепсии и в сочетании с хорошей переносимостью и безопасностью препарата, обосновывает целесообразность его использования в качестве вспомогательного средства при комплексном лечении эпилепсии.

### МЕХАНИЗМЫ ПСИХОИММУННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗОБОМ ХАШИМОТО

Г. П. Иванова, Л. Н. Горобец  
(Москва)

**Цель:** изучение сопряженности иммунологических дисфункций с психическим статусом у больных аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) и оценка его значимости в генезе заболевания на этапе эутиреоза.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-психологический, иммунологический, статистический.

**Материалы исследования:** 319 больных с гипертрофической формой аутоиммунного тиреоидита (АИТ) (зобом Хашимото), в фазе эутиреоза: с диффузной формой (1 группа) – 157 (49,2%) пациентов, с диффузно-узловой (2 группа) – 162 (50,8%). Средний возраст – 31,8±0,5.

**Результаты:** У больных АИТ на стадии эутиреоза в 1 и 2 группах был выявлен характерный спектр непсихотических психических расстройств, представленный двумя основными синдромами – астеническим и аффективным. По критериям МКБ-10 диагностированы другие невротические расстройства (F48) – 126 (52,1%) наблюдений; другие депрессивные эпизоды (F32.8) – 116 (47,9%).

Определены статистически значимые расхождения среднего уровня цитокинов – IL-1; IL-2; IL-3; IL-6; INF-а; TNF как в общей выборке, так и во 2 группе обследованных пациентов со средними уровнями для всех изучаемых интерлейкинов в популяции с тенденцией к нарастанию значений их показателей ( $p < 0,05$ ).

Анализ корреляционных взаимодействий выявил положительные корреляции между уровнем общей астении (шкала MFI-20) и цитокинами IL-1 ( $rs=0,481$ ,  $p < 0,001$ ), IL-6 ( $rs=0,574$ ,  $p < 0,001$ ), TNF-а ( $rs=0,740$ ,  $p < 0,001$ ), прямую зависимость между показателем тре-

воги, определяемой по трем шкалам, и значением уровня IL-2 (шкала HAMA:  $rs=0,507$ ,  $p < 0,005$ ; SCL ANX:  $rs=0,492$ ,  $p < 0,005$  и шкала STAI-I:  $rs=0,527$ ,  $p < 0,005$ ). Устойчивая положительная связь отмечена между показателями депрессии по двум шкалам и значением уровня IL-6 (шкала HAMD:  $rs=0,517$ ,  $p < 0,01$ ; шкала SCL-90:  $rs=0,627$ ,  $p < 0,005$ ) и отрицательная корреляция между а-TNF и тяжестью депрессивной симптоматики (шкала HAMD:  $rs= - 0,447$ ;  $p < 0,05$ ; SCL DEPR:  $rs= - 0,396$ ;  $p < 0,05$ ).

**Вывод:** Приведенные данные свидетельствуют, что у больных АИТ клинико-психопатологические нарушения непсихотического уровня начинают формироваться на стадии эутиреоза. Существует устойчивая взаимосвязь между отдельными показателями цитокинового профиля и такими психопатологическими проявлениями, как астения, тревога и депрессия, что может указывать на участие цитокинов в патогенетическом механизме формирования клинической структуры психических расстройств при АИТ.

### ВЛИЯНИЕ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ИММУНИТЕТ И АПОПТОЗ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

С. А. Иванова, Т. П. Ветлугина  
(Томск)

С целью изучения механизмов взаимодействия нервной и иммунной систем в последние годы интенсивно исследуются эффекты психотропных препаратов на иммунную систему и запрограммированную клеточную гибель в клинике и эксперименте. Обследовано 197 больных с депрессивными расстройствами в динамике терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Использовали комплекс лабораторных тестов для характеристики иммунной, нейромедиаторной и гормональной систем. Выявлены особенности и закономерности психонейроиммунотуляции при аффективных расстройствах и показано участие психотропных препаратов в механизмах психонейроиммунотуляции. Для больных с депрессивными расстройствами характерно усиление процессов апоптоза лимфоцитов и нейтрофилов на рецепторном и клеточном уровнях на фоне угнетения Т-лимфоцитов (с поверхностными рецепторами CD2, CD3, CD8), натуральных киллеров и активации оксидантной системы нейтрофилов. В нейромедиаторном обмене выявлено повышение содержания гаптенраспознающих лимфоцитов, специфичных к серотонину и норадреналину, в гормональном статусе – увеличение концентрации кортизола и снижение АКГГ в сыворотке крови. Терапия антидепрессантами способствовала положительной динамике отдельных параметров клеточного иммунитета, нормализации нейромедиаторного обмена, снижению концентрации кортизола. Изучена фармакологическая модуляция экспрессии поверхностных рецепторов им-

мунокомпетентных клеток и функциональной активности нейтрофилов периферической крови больных под влиянием психотропных препаратов и нейромедиаторов. Влияние селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на иммунную систему и апоптоз реализуется как через центральные механизмы регуляции иммунитета, так и в результате непосредственного действия на иммунокомпетентные клетки.

### КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭЭГ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОГЕРЕНТНОГО АНАЛИЗА В ДИАГНОСТИКЕ ОГРАНИЧЕННЫХ НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ И РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ

С. А. Игумнов, Т. В. Докукина, М. Ф. Минзер  
(Москва)

Настоящая работа была направлена на изучение особенностей пространственной структуры биоэлектрических потенциалов мозга у больных органическими неврозоподобными расстройствами и расстройствами, связанными со стрессом, методом компьютерной электроэнцефалографии в режиме когерентного анализа. Задачей исследования явилась разработка новых объективных нейрофизиологических диагностических критериев нарушения функционального состояния головного мозга у человека при этих заболеваниях.

Было обследовано 100 здоровых, 100 больных органическими неврозоподобными расстройствами (F06.3–F06.8 и F07.0–F07.8 по МКБ-10) и 67 больных неврозами (расстройства, связанные со стрессом, F4) в возрасте 18–50 лет. Исследование проводилось на 16-канальном электроэнцефалографе “Мицар” в режимах спектрального и когерентного анализа. У каждого испытуемого исследовалась межполушарная и внутриполушарная когерентность, а также средняя и общая когерентность.

В результате проведенной работы удалось выделить 4 характерных признака изменения показателей когерентности при органических неврозоподобных расстройствах и расстройствах, связанных со стрессом.

Первой наиболее характерной особенностью нарушения когерентности у пациентов с неврозами и органическими неврозоподобными расстройствами является реципрокность в изменении межполушарной и внутриполушарной когерентности. У исследованных больных межполушарная когерентность снижалась, а внутриполушарная – возрастала, тогда как работа здорового мозга характеризуется поддержанием баланса между уровнями межполушарной и внутриполушарной когерентности.

Второй наиболее характерной особенностью было увеличение когерентности всех видов активности у больных неврозами и НПР преимущественно в височных отделах.

Третьей особенностью явилось повышение общей, средней и внутриполушарной Ког у больных неврозами

и НПР преимущественно в бета-диапазоне. У здоровых людей когерентность бета-активности не превышает когерентности других ритмов, в то время как у больных уровень средней когерентности бета-активности был выше уровня когерентности других видов активности, что является характерным признаком патологии независимо от визуальных особенностей ЭЭГ.

Четвёртой наиболее важной особенностью изменения когерентности является достоверное увеличение межполушарной когерентности между средними височными отделами во всех диапазонах у больных неврозами. Этот признак отличает изменения когерентности при неврозах от её изменений при органических неврозоподобных расстройствах.

Таким образом, наличие специфических паттернов изменения показателей когерентности позволяет диагностировать данные группы заболеваний, а также проводить дифференциальную диагностику органических неврозоподобных расстройств и расстройств, связанных со стрессом.

### ДИНАМИКА ЛАТЕНТНЫХ ПЕРИОДОВ КОГНИТИВНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ И ВРЕМЕНИ РЕАКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАТЯЖНОЙ ПСИХОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ

Е. В. Изнак, А. Ф. Изнак, В. В. Корнилов,  
В. А. Концевой  
(Москва)

С целью оценки динамики скорости моторных и когнитивных функций в процессе терапии затяжной психогенно спровоцированной депрессии – “реакции тяжелой утраты” на смерть близких родственников (F43.21 по МКБ-10) у 25 пациентов (54–72 лет) дважды (до начала терапии и на этапе выраженного клинического улучшения) усредняли слуховые когнитивные вызванные потенциалы (СКВП) и измеряли латентные периоды (ЛП) простой сенсомоторной реакции и реакции двухальтернативного выбора.

Исходные значения тяжести депрессии варьировали от 12 до 30 баллов по шкале HDRS-21 (в среднем 21,2 балла). После выраженного улучшения клинического состояния (средний балл HDRS-21 равен 4,2) отмечалось сокращение пиковых ЛП поздних компонентов СКВП: P2 (в среднем, на 9 мс), N2 (на 20 мс) и P3 (на 35 мс), а также уменьшение средних значений ЛП простой сенсомоторной реакции (на 50 мс) и реакции выбора (на 60 мс). При этом значения ЛП сенсомоторных реакций и времени “центральной задержки”, характеризующие скорость моторных и когнитивных процессов, а также значения дисперсии ЛП реакции выбора, отражающие уровень устойчивости внимания, положительно коррелировали ( $p < 0,05$ ) с суммой баллов HDRS-21 и с ЛП волн N2 и P3 СКВП.

Полученные данные подтверждают снижение работоспособности при депрессии, а также улучшение внима-

ния и ускорение сенсомоторных реакций и процессов принятия решения на фоне терапии антидепрессантами, что отражается в укорочении ЛП волн СКВП. Результаты можно использовать для объективной оценки эффективности терапии и прогноза профессиональной реабилитации больных депрессией.

#### ДИНАМИКА ЭЭГ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ПСИХОГЕННО СПРОВОЦИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ

А. Ф. Изнак, Е. В. Изнак, В. В. Корнилов,  
В. А. Концевой  
(Москва)

С целью объективной оценки динамики функционального состояния головного мозга в процессе терапии тяжелой психогенно спровоцированной депрессии анализировали ЭЭГ пожилых пациентов (54–82 лет) с “реакцией тяжелой утраты” (F43.21 по МКБ-10).

К концу курса терапии (через 1–3 месяца) у пациентов отмечены выраженное улучшение состояния (с уменьшением суммы баллов по шкале Гамильтона HDRS-21 в среднем на 17,6 баллов) и сложная перестройка пространственно-частотной структуры ритмов ЭЭГ.

В теменно-затылочных отведениях отмечены ЭЭГ-признаки улучшения функционального состояния задних отделов коры в виде увеличения спектральной мощности (СпМ) альфа2-поддиапазона (больше в левом полушарии) и нормализации частоты альфа-ритма за счет уменьшения СпМ низкочастотного альфа1-поддиапазона при увеличении СпМ высокочастотного альфа3-поддиапазона.

В лобных (больше в левом полушарии), центральных, теменных и затылочных отведениях увеличилась СпМ бета-активности, что отражает усиление активации коры со стороны ретикулярных структур ствола. Напротив, в височных зонах СпМ бета-активности уменьшилась (больше в правом полушарии), что отражает снижение возбуждения височных областей.

В лобно-центральных, и, в меньшей степени, в височных зонах коры отмечено увеличение СпМ (больше в правом полушарии) медленноволновой дельта и тета1 ЭЭГ-активности, отражающее усиление тормозных процессов.

Полученные данные подтверждают роль нарушений межполушарного баланса в виде повышенной активации лобно-височных отделов правого полушария и сниженной активности лобных зон левого полушария в патогенезе депрессивных расстройств.

#### ПОРОЧНЫЙ КРУГ “ТРЕВОГА – СТРЕСС – ТРЕВОГА” КАК ОСНОВА РАЗВИТИЯ ПСИХОПАТОЛОГИИ

О. Г. Кенунен

(Санкт-Петербург)

В условиях современности количество нервно-психических заболеваний неуклонно растет. Чрезвычайное распространение получили тревожные расстройства. Еще недавно тревогу рассматривали как сопутствующий симптом ряда заболеваний, сегодня тревоге и стрессу отводят роль триггера в развитии почти всех видов психопатологии. В связи с чем возрастают возможности экспериментальных нейронаук в расшифровке механизмов патогенеза психических расстройств. Множество работ посвящено исследованию различных проявлений острого стресса, но не менее важным представляется изучение последствий таких состояний.

В исследовании, выполненном на мышах линии BALB (48 самцов и 46 самок), у животных обоего пола выявлено стойкое (до 45 дней) повышение тревожности после однократного выраженного стресса, вызванного принудительным плаванием (4 минуты в воде 11°C). В тестах “открытое поле” и “темно-светлая камера”, общепринятых для оценки тревоги, наблюдали значимые изменения основных параметров: длительное замирание в центре поля (иммобилизация), резкое снижение двигательной активности (торможение исследовательского поведения) и нарушение норкового рефлекса (>90% животных). Эти изменения поведения по характеру и выраженности полностью совпадали с эффектом введения стандартного анксиогена коразола (20 мг/кг).

Итак, острый стресс приводит к развитию длительно сохраняющейся тревоги. Тревога в свою очередь не только усиливает выраженность стресса на аверсивные стимулы, но, что важно, обостряет оценку аверсивности раздражителей, и стресс начинают вызывать ранее индифферентные виды воздействий. Вероятно, так начинается порочный круг, ведущий к формированию устойчивых патологических состояний.

#### ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ И НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ

И. Л. Комлач, А. П. Добровольский,  
Т. Ф. Новожилова, С. Б. Аталиков

(Москва)

**Цель:** оценка нарушений нейромедиаторных систем у детей с СДВГ и терапия этих состояний новыми препаратами, регулирующие эти системы.

**Материал и методы:** были разработаны составы, содержащие агонисты рецепторов отдельных нейромедиаторных систем мозга: глутаматергической, ГАМК-эргичес-

кой и системы оксида азота (NO). Было обследовано 48 детей в возрасте от 6 до 10 лет (40 мальчиков и 8 девочек). До начала терапии проводилось нейропсихологическое исследование, неврологический осмотр, ЭЭГ, иммунологическое исследование (антитела к белкам мозга и нейромедиаторным системам ЦНС). Курс терапии длился 4–6 недель.

**Результаты.** Причинами обращения к специалистам являлись жалобы на невнимательность у детей, низкую успеваемость в школе. До начала терапии у детей отмечались: повышенная отвлекаемость, утомляемость, потеря инструкций, инертность и замедленный темп выполнения всех заданий, трудности в переключаемости внимания, импульсивность. При неврологическом осмотре обнаруживались: двигательная неуклюжесть, легкие нарушения мелкой моторики, моторные асимметрии, нарушения координации, легкая атактическая симптоматика. Иммунологическое исследование (ИФА-метод) выявило изменения со стороны АТ (антител) – их увеличение (выше нормы) к ГАМК-эргической и серотониновой системам на 27% и 46% соответственно, которые в ряде случаев сочетались увеличением АТ (антител) к отдельным белкам головного мозга (белка S-100 на 34%, белка GFAP на – 23% и белка МР-65 – на 27% случаев). Со стороны дофаминовой системы нарушений не было выявлено. Проводимая терапия оказала отчетливую и выраженную положительную динамику в состоянии детей. Она заключалась в улучшении успеваемости и поведения, значительном повышении работоспособности и концентрации внимания.

**Заключение:** проводимая терапия с воздействием на указанные нейромедиаторные системы ЦНС позволила добиться значительного улучшения когнитивных функций у детей с СДВГ.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ ОЦЕНКИ ПАТОГЕНЕЗА ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНО-ОБСЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

А. В. Корзенев  
(Санкт-Петербург)

Рассматриваются возможности статистического параметрического картирования для анализа структурных (анатомическая магнитно-резонансная томография (МРТ), диффузионно-тензорная визуализация, магнитно-резонансная спектроскопия) и функциональных (функциональная МРТ, позитронная эмиссионная томография ПЭТ) нейровизуализационных данных на примере исследования депрессивных и тревожно-обсессивных расстройств.

Выборка составила 57 пациентов, которые были условно распределены в четыре группы в зависимости от нозологической принадлежности: «реактивная», «эндогенная» и «органическая» депрессии и тревожно-обсес-

сивное расстройство. В ходе исследования выделена группа резистентных к проводимой терапии пациентов. В качестве контроля выступила соответствующая по полу и возрасту группа здоровых испытуемых из 20 человек.

Использовались методы анатомической, диффузионно-тензорной и функциональной магнитно-резонансной томографии. Для последнего метода был разработан специальный тест с целью создания фрустрирующих условий в момент сканирования. Обработка данных производилась с использованием программ «SPM5» и «FSL» и включала в себя несколько этапов: 1) редукция артефактов сканера, поправки на минимальные движения испытуемого; 2) приведение к стандартизированному мозговому пространству MNI (Montreal Neurological Institute); 3) «сглаживание» изображений согласно описанному алгоритму работы с программным обеспечением. Далее следовал аналитический этап, имевший свою специфику для каждого типа данных. В результате получались статистические t-карты активаций (для функциональной МРТ), а также воксельных и фракционно-анизотропических контрастов (соответственно, для анатомической и диффузионно-тензорной МРТ). Комплексный анализ позволяет приблизиться к объективизации психопатологической симптоматики в диагностике и контроле эффективности лечения эмоциональных расстройств.

### ИЗУЧЕНИЕ СКРЫТОЙ АКТИВНОСТИ ИЗОФЕРМЕНТОВ ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ ЛИМФОЦИТОВ И НЕЙТРОФИЛОВ ОТ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

М. В. Кусков  
(Томск)

Работа посвящена поиску биомаркеров, позволяющих анализировать течение психопатологического процесса и эффективность лечения. Известно участие иммунной системы в адаптационной реакции организма на психоэмоциональный стресс. Адаптационные процессы на клеточном уровне сопровождаются изменением функционального состояния мембранных структур. Для характеристики функционального состояния мембран лимфоцитов в настоящем исследовании использовался метод [патент №2293332] интегральной оценки уровня свободно-радикального окисления по величинам скрытой активности (СА) изоферментов ЛДГ лейкоцитов. Хронический психоэмоциональный стресс изучался на модели невротических расстройств (НР). Были изучены лимфоциты и нейтрофилы. Обследовано 15 человек (7 мужчин и 8 женщин) с НР (F43.2) в возрасте 35,0±11,0 лет. Забор крови производился при поступлении в клинику. Группа контроля (ГК) состояла из 10 идентичных обследуемой группе по полу и возрасту человек. Показано, что величины СА изоферментов ЛДГ лимфоцитов в группе лиц с НР были выше соответствующих показателей в ГК. Для изоферментов ЛДГ-1 и ЛДГ-4 это увеличение

было достоверным. Для величин СА изоферментов ЛДГ нейтрофилов достоверных различий между группами обследованных выявлено не было. Результаты указывают на отличное от контроля функциональное состояние мембран лимфоцитов и отсутствие изменений со стороны нейтрофилов у больных НР. По-видимому, это указывает на преимущественное участие лимфоцитов в адаптационной реакции организма на хронический психоэмоциональный стресс.

#### **УТРЕННЕ-ВЕЧЕРНИЙ ГРАДИЕНТ ПАРАМЕТРОВ ЭЭГ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

И. А. Лапин, Т. С. Мельникова, В. Н. Краснов,  
С. И. Андрушкявичус  
(Москва)

Клинические наблюдения указывают на теснейшие связи депрессивных расстройств с циркадианными ритмами – сезонные и суточные колебания тяжести симптоматики, ранние утренние пробуждения и расстройства сна относятся к классическим симптомам депрессии. Однако механизмы этой взаимосвязи остаются мало изученными.

В данной работе предпринята попытка проанализировать отличительные особенности корковой нейродинамики в утренние и вечерние часы у больных эндогенными депрессиями.

Обследованы 18 больных эндогенными депрессиями (F31.3, F31.4, F32.0, F 32.1, F32.2, F33.0, F33.1, F33.2 по МКБ-10), среди них 9 женщин и 9 мужчин в возрасте от 24 до 52 лет, средний возраст –  $31,2 \pm 2,4$  года. В структуре депрессивного состояния доминировали тоскливый, тревожный и, реже, апатический аффекты. В подавляющем большинстве случаев имело место сочетание основных элементарных аффектов с доминированием одного из них. Тяжесть депрессии составляла 19–23 балла по HDRS. Нейрофизиологическое обследование осуществлялось с помощью аппаратно-программного комплекса для топографического картирования электрической активности мозга “НЕЙРО-КМ” (Россия) с полосой пропускания от 0 до 40 Гц. Референтным электродом служили объединенные ушные клипсы. Характеристики и топографическое распределение ритмов ЭЭГ определяли методом быстрого преобразования Фурье с усреднением не менее 30 эпох по 2 сек с последующим картированием спектральных и когерентных характеристик по системе “BRAINSYS” (Россия).

Проведенное исследование показало, что у больных в период выраженных депрессивных расстройств динамика спектральных параметров ЭЭГ в утренние и вечерние часы имеет определенную закономерность: утром представленность медленноволновых компонентов альфа- и тета- спектров в структуре ЭЭГ больше, а быстроволновых – меньше, чем в вечернее время. Основной ритм человека – альфа-ритм в утренние часы представ-

лен более низкими частотными диапазонами. Этот процесс можно рассматривать как “адаптацию” корковой ритмики, заключающуюся в переходе на функционирование в более низкие частотные диапазоны. В вечернее время отмечается усиление функциональной активности всех корковых зон. При этом выявляется различная нейродинамика в правом и левом полушариях: более динамичны корковые зоны левого полушария – в утренние часы в лобных, теменных и височных областях этой гемисферы больше представлена медленноволновая активность, чем в симметричных зонах справа. Большое снижение функциональной активности левого полушария, в частности височных областей подтверждают данные когерентного анализа: выравнивание межполушарного баланса отмечено только в вечерних записях ЭЭГ или на фоне функциональных нагрузок во время стимуляции стволовых структур при гипервентиляционной нагрузке, а также в период функционального напряжения при эмоционально-стрессовом тестировании.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что хронобиологические механизмы развития депрессий могут являться одним из фундаментальных компонентов патогенеза депрессивных состояний, и проявляться значимыми нейрофизиологическими и клиническими признаками, требующими учета в диагностике и терапии.

#### **ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ КАК ОТРАЖЕНИЕ КЛЮЧЕВЫХ НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ЗВЕНЬЕВ ПАТОГЕНЕЗА ШИЗОФРЕНИИ**

И. С. Лебедева, В. Г. Каледва, А. Н. Бархатова,  
А. В. Петрайкин, Н. А. Семенова, А. О. Якимов,  
Т. А. Ахадов  
(Москва)

Так как когнитивные нарушения являются одной из основных черт шизофрении, электрофизиологические маркеры когнитивных функций могут быть использованы для исследования механизмов данного заболевания.

Исследовали выборки больных юношеской приступообразной шизофренией, обследованных в остром психотическом состоянии, на этапе становления ремиссии или в ремиссии (всего 76 человек), 116 непораженных родственников больных, 73 психически здоровых испытуемых. Слуховые ВП в парадигме oddball и фоновую ЭЭГ регистрировали на Brain Atlas (Bio-logic, США) и Neuro-KM (Россия). В подгруппах больных и контроля (по 11 чел.) проводили обследование на 3T Philips Achieva (Голландия) томографе с использованием фМРТ, 1H МР-спектроскопии, структурной МРТ.

У больных наблюдали редукцию волн N100, увеличение ЛП N200, P300, увеличение спектральной мощности (CM) дельта-диапазона. Амплитуда N100 ВП на целевые стимулы достоверно коррелировала с гемодинамическим ответом в надкраевой извилине. Уровень холинсодер-



жащих веществ в дорсолатеральной префронтальной коре коррелировал с СМ бета-активности. Снижение амплитуды N100 (ВП на нецелевой стимул) и P300, увеличение ЛП P300 регистрировали и у родственников больных, что позволяет рассматривать эти аномалии как возможные эндотипы шизофрении.

Т. о., устойчиво регистрируемыми на разных этапах заболевания и "включенными" в свойственную болезни структуру нейробиологических аномалий являлись показатели, отражающие нарушения, связанные с формированием первичного следа памяти, сопоставлением поступающей информации, а также со структурно-функциональной дефицитностью сети структур, вовлеченных в процессы поддержания рабочей памяти, оценки значимости поступившей информации.

Работа была поддержана грантами РФФИ 09-04-12193-офи\_м, РФФИ 10-06-00714а.

#### **СОДЕРЖАНИЕ СЕРОТОНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

Л. А. Левчук, Е. В. Гуткевич, В. Я. Семке,  
С. А. Иванова  
(Томск)

В настоящее время считается, что ключевые патогенетические механизмы психических расстройств связаны с нарушениями нейрхимических систем, в том числе дисрегуляцией серотонинергической системы. С целью оценки участия серотонинергической системы в патогенезе невротических расстройств изучали количественное содержание серотонина сыворотки периферической крови у 104 пациентов с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (F44), 69 больных с расстройствами адаптации с преобладанием депрессивных реакций (F43.2) и 59 психически здоровых лиц. Изучение содержания сывороточного серотонина показало, что для пациентов с диссоциативными расстройствами характерна тенденция к увеличению концентрации серотонина по сравнению с контролем ( $143,42 \pm 7,45$  и  $118,93 \pm 6,46$  нг/мл). Содержание серотонина у лиц с расстройствами адаптации составляет  $98,57 \pm 5,8$  нг/мл, что статистически значимо ниже данного показателя психически здоровых лиц и пациентов первой группы ( $p < 0,05$ ).

Повышение концентрации гуморального серотонина у пациентов с диссоциативными расстройствами может свидетельствовать о напряжении стрессорных систем организма и повышении активности серотонинергических структур с увеличением синтеза серотонина в условиях нарушения метаболических процессов. Значительное снижение уровня серотонина сыворотки крови, отражающего физиологическую активность серотонинергической нейромедиаторной системы головного мозга, у лиц с расстройствами адаптации объясняется, вероятно, разрушением и ис-

тощением запасов серотонина в период выраженного напряжения стресс-протективных систем.

Работа выполнена при поддержке грантом РФФИ №08-06-00284а.

#### **ДИСБАЛАНС ТН1/ТН2 ИММУННОГО ОТВЕТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

О. А. Лобачева, Т. А. Менявцева, А. В. Семке  
(Томск)

Ключевую роль в передаче сигналов между нервной и иммунной системами играют цитокины. При шизофрении выявляется дисфункция иммунокомпетентных клеток и нарушения в системе цитокинов, что приводит к дисбалансу в системе Th1/Th2 (переключению иммунного ответа с клеточного пути на гуморальный). Основными регуляторными цитокинами, отвечающими за девиацию Th1/Th2 иммунного ответа, являются ИФН- $\gamma$  и ИЛ-4.

У 37 больных шизофренией (F20.00, F20.01, F20.02) определяли спонтанную и митогениндуцированную продукцию и концентрацию сывороточного ИФН- $\gamma$  и ИЛ-4 в цельной крови с помощью стандартных наборов для иммуноферментного анализа. Исследование проводилось в динамике лечения: 1-я точка – при поступлении в стационар, 2-я точка – через 6 недель адекватного лечения.

В результате проведенного исследования у больных шизофренией по сравнению с контролем (психически и соматически здоровые люди) в 1-й точке исследования установлено достоверное снижение уровня ФГА-индуцированной продукции ИФН- $\gamma$ , который имел тенденцию к повышению в процессе лечения. Одновременно у этих обследованных отмечалось статистически значимое повышение спонтанной продукции и сывороточного уровня ИЛ-4, ФГА-индуцированная продукция ИЛ-4 имела тенденцию к повышению. Коэффициент соотношения уровней индуцированной продукции ИФН- $\gamma$ /ИЛ-4, характеризующий Th1/Th2 девиацию иммунного ответа, был ниже у пациентов с шизофренией по сравнению с контролем.

Таким образом, выявлены изменения продукции цитокинов лейкоцитами больных шизофренией, которые свидетельствуют о дисбалансе Th-1/Th2, активации иммунной системы и усилении опосредованного Th-2-клетками гуморального иммунного ответа.

#### **ОСОБЕННОСТИ СЕКРЕЦИИ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ**

М. И. Матросова, Л. Н. Горобец  
(Москва)

**Цель исследования:** Изучение уровня секреции пролактина у больных первым эпизодом шизофрении (ПЭШ) в зависимости от тяжести психических расстройств и гендерного фактора.

**Материалы:** Объектом изучения послужили 50 пациентов с первым эпизодом шизофрении, (23 женщины и 27 мужчин) в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст –  $27,3 \pm 7,5$  лет). В качестве контрольной группы обследовано 17 здоровых пробандов (7 женщин и 10 мужчин), средний возраст составил  $26,8 \pm 4,5$ .

**Методы:** клинико-психопатологический, гормональный и статистический.

**Результаты:** Тяжесть расстройств у больных ПЭШ в среднем составляла  $88,8 \pm 10,1$  баллов по шкале PANSS, что соответствовало выраженной психопатологической симптоматике. На основании исследования основная группа была разделена на две подгруппы больных в зависимости от тяжести психопатологической симптоматики. 1 подгруппу (37 человек: 19 мужчин и 18 женщин) составили больные с выраженной психопатологической симптоматикой – более 80 баллов по шкале PANSS (в среднем –  $93,16 \pm 7,5$  балла). У 13 пациентов: 8 мужчин и 5 женщин (2 подгруппа) имели место нерезко выраженные психопатологические нарушения – 68–79 баллов (в среднем –  $76,5 \pm 5,07$  балла). Обе подгруппы больных были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Сравнительный анализ гормонального фона проводился как между группами больных (больными ПЭШ и здоровыми пробандами), так и внутри основной группы с учетом гендерного фактора и тяжести психического состояния. Средний уровень пролактина в сыворотке крови в целом по основной группе у женщин с ПЭШ незначительно превышал его содержание (в среднем на 20,6%) по сравнению с контрольной группой. Среднее значение показателя пролактина в группе мужчин было выше на 25% и достоверно отличалось от контроля ( $p=0,04$ ). Средний уровень пролактина у женщин незначительно превышал таковой у мужчин, однако различия не были статистически значимы. Проведение сравнительного анализа средних показателей пролактина с учетом тяжести психических расстройств у женщин показало, что у пациенток 2 подгруппы они были несколько выше ( $533,6 \pm 119,9$  мМЛ/л), но достоверно не отличались от таковых в 1 подгруппе ( $436,6 \pm 182,6$  мМЛ/л;  $p=0,2$ ). Вместе с тем, выявлены достоверные ( $p=0,05$ ) различия между уровнем пролактина во 2 подгруппе (с меньшей выраженностью психопатологической симптоматики) по сравнению с контролем. В группе мужчин средние значения уровня пролактина оказались ниже у пациентов с более выраженной тяжестью психических расстройств (1 подгруппа) и достоверно различались по сравнению с группой контроля ( $246,6 \pm 20,61$  мМЛ/л;  $322,5 \pm 9,8$  мМЛ/л;  $p=0,04$ ). Во 2 подгруппе средние показатели достоверно превышали уровень пролактина по сравнению с контролем ( $401,7 \pm 271,03$  мМЛ/л;  $322,5 \pm 9,8$  мМЛ/л;  $p=0,01$  соответственно). Достоверные различия между уровнем пролактина в 1 подгруппе по сравнению со 2 подгруппой не выявлены ( $p=0,3$ ). Следует отметить, что в целом по группам и подгруппам средние значения

уровня гормона у исследованных пациентов и пробандов находились в нормативных пределах.

**Выводы:** Полученные нами результаты исследований ПЭШ свидетельствуют о том, что тяжесть и острота шизофренического процесса, а также уровень пролактина зависят от гиперактивности дофаминергической системы ЦНС. На это указывают данные анализа уровней пролактина, полученные в нашем исследовании, как у женщин, так и у мужчин. У всех пациентов со средним баллом по шкале PANSS  $96,4 \pm 7,2$  балла, т. е. с более выраженной психопатологической симптоматикой, вне зависимости от гендерного различия отмечались самые низкие средние значения гормона, что подтверждает дофаминергическую теорию развития шизофрении. Исследование уровней пролактина у пациентов ПЭШ и в остром периоде заболевания (до назначения ПФТ) очень важно еще и с позиций прогнозирования и тем самым предотвращения развития гиперпролактинемии.

### ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У ЖЕНЩИН С ЭПИЛЕПСИЕЙ И АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И. Л. Медведев, Е. В. Железнова  
(Москва)

Взаимосвязь между эпилепсией и эндокринной системой исследовалась разными специалистами. Однако эндокринно-гинекологические проблемы рассматриваются как самостоятельные, не отражающие связь психопатологической симптоматики с нарушениями в эндокринной системе. Цель исследования – изучение взаимовлияния уровня половых гормонов на психопатологическую симптоматику у женщин репродуктивного возраста с аффективными расстройствами при эпилепсии. Обследована 101 женщина с различными формами эпилепсии. У 30 больных (29,7%) диагностирована тоскливая депрессия (ТД), у 28 (27,7%) – тревожная (ТрД), у 8 человек (7,9%) – тревожно-тоскливая депрессия, у 35 больных (34,7%) – эмоционально-лабильное расстройство (ЭЛР). Используются психометрические шкалы HADS, BDI, ZARS, SCL-90. Уровень половых гормонов в крови определялся на 5–7 или 21–23 дни менструального цикла (МЦ). Выявлено, что у больных с депрессией уровень эстрадиола в фолликулиновую фазу МЦ отрицательно коррелировал с уровнем депрессии ( $r=-0,41$ ) и тревоги ( $r=-0,40$ ) по HADS, а также с уровнем фобии ( $r=-0,38$ ,  $p<0,05$ ) по SCL-90. У больных с ТрД отмечались положительные корреляционные связи между уровнем прогестерона на 5–7 день МЦ и показателями тревоги по HADS ( $r=0,69$ ), по ZARS ( $r=0,66$ ), депрессии ( $r=0,80$ ), тревоги ( $r=0,69$ ,  $p<0,05$ ) по SCL-90. У больных с ТД уровень лютеинизирующего гормона в лютеиновую фазу отрицательно коррелировал с показателями тревоги по HADS и ZARS ( $r=-0,96$ ,  $r=-0,90$ , соответственно,  $p<0,05$ ). У больных с ЭЛР

уровень фолликулостимулирующего гормона на 5–7 день МЦ положительно коррелировал со всеми показателями SCL-90, с показателем депрессии по BDI ( $r=0,52$ ,  $p<0,05$ ). Полученные результаты указывают на сложные патогенетические отношения между эндокринной системой и аффективными расстройствами у женщин с эпилепсией.

### РОЛЬ ЭЭГ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА РЕМИССИИ ЭПИЛЕПСИИ

Т. С. Мельникова, Т. А. Рогачева  
(Москва)

Цель исследования: Выяснение роли ЭЭГ в оценке качества ремиссии эпилепсии.

Материал исследования. 150 больных с различными формами эпилепсии (67 муж; 83 жен.) на стадии отсутствия припадков. Средний возраст обследуемых составил  $27,6\pm 3,1$  лет, ср. длительность ремиссии – 4,78 лет. ЭЭГ исследование проводилось с интервалами 3 месяца.

Результаты исследования: Темпы нормализации ЭЭГ отстают от сроков купирования клинических проявлений в среднем на  $1,6\pm 0,3$  года. Регресс патологических ЭЭГ изменений протекает поэтапно. Первый этап характеризуется уменьшением или исчезновением эпилептиформной активности. На втором – наблюдается исчезновение патологической разрядной активности не только на ЭЭГ покоя, но и при проведении стандартных функциональных нагрузок. Дальнейшая динамика показателей ЭЭГ имеет разнонаправленный характер. Лишь у 21% наступает стабилизация показателей биоэлектрической активности. В большинстве случаев (63%) показатели носят флюктуирующий характер. У 16% отмечается тенденция к прогрессивности в виде распространения патологического процесса на стволовые структуры мозга, либо формирование зеркального очага эпилептической активности. Другими словами, имеют место субклинические признаки продолжающего свое развитие эпилептического процесса. Диагностическим критерием качества ремиссии являются изменения показателей реактивности ритмов в ответ на проведение дополнительно информационно-стрессовой нагрузки при ЭЭГ исследовании.

Выводы: Сформировавшаяся патологическая система является динамической организацией, которая, несмотря на достижение стадии отсутствия припадков продолжает определять ЭЭГ особенности дальнейшего течения болезни. Нейрофизиологические закономерности формирования и течения ремиссии эпилепсии, позволяют своевременно определить тактику лечебно-профилактических мероприятий, направленных на повышение качества ремиссии. Проведение информационно-стрессовой нагрузки повышает диагностическую информативность в отношении оценки устойчивости компенсаторно-восстановительных процессов в период ремиссии и их нарушений при рецидивах эпилептических припадков.

### ИММУННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

Р. Ф. Насырова, Л. С. Сотникова,  
В. В. Новицкий, В. Я. Семке, И. Е. Куприянова  
(Томск)

Для оценки психоиммунных взаимодействий обследовано 43 женщины с эндометриозом и 20 здоровых женщин. Фенотипирование лимфоцитов периферической крови проводили иммуноцитохимическим методом. Концентрацию цитокинов определяли иммуноферментным анализом (тест-система "Procon", Россия). Результаты обрабатывали программой Statistica (версия 8.0).

У женщин, страдающих эндометриозом, выявлена тревожная и депрессивная симптоматика. Средний показатель достигал  $21,2\pm 1,7$  балла по шкале тревоги и  $11,8\pm 1,2$  балла по шкале депрессии Гамильтона, показаны положительные корреляционные связи между уровнем тревоги и депрессии ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ).

Иммунные нарушения проявлялись дефектом Т-клеточного звена и дисбалансом продукции цитокинов с про- (IL1в, IL2, INF $\gamma$ ) и противовоспалительными (IL4) свойствами. Зарегистрированы положительные корреляционные связи между выраженностью депрессивной симптоматики и спонтанной продукцией IL2 ( $r=0,46$ ,  $p<0,01$ ), индуцированным синтезом IL1в ( $r=0,38$ ,  $p<0,05$ ), INF $\gamma$  ( $r=0,43$ ,  $p<0,05$ ), обнаружены обратные взаимосвязи с численностью субпопуляций: CD3+ ( $r=-0,39$ ,  $p<0,05$ ), CD8+ ( $r=-0,42$ ,  $p<0,05$ ), CD25+ ( $r=-0,36$ ,  $p<0,05$ ), NK-клеток ( $r=-0,53$ ,  $p<0,01$ ). Получены положительные корреляционные ассоциации уровня тревоги с активностью CD16-клеток ( $r=0,38$ ,  $p<0,05$ ) и спонтанной продукцией IL1в ( $r=0,46$ ,  $p<0,01$ ) и IL2 ( $r=0,55$ ,  $p<0,01$ ); обратные тенденции регистрировались для численности CD4+ ( $r=0,33$ ,  $p<0,05$ ) и CD8+–лимфоцитов ( $r=0,36$ ,  $p<0,05$ ).

Полученные данные демонстрируют взаимосвязь психического состояния женщины с функционированием иммунной и репродуктивной систем.

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИММУНОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Т. И. Невидимова, Г. Г. Симуткин, Н. А. Бохан,  
Е. И. Батухтина, Д. Н. Кокконова  
(Томск)

Патофизиологические механизмы аффективных и аддиктивных расстройств во многом связаны с функционированием иммунной и сенсорных систем. Работа посвящена обонятельным, вкусовым, ноцицептивным, а также иммунологическим параметрам, оценка которых может быть применена в психиатрической практике. При

депрессии сенсорные отклонения наблюдаются у большинства обследованных. Динамика вкусовой чувствительности и способности к распознаванию запахов коррелирует с изменениями некоторых иммунологических параметров в процессе антидепрессивной терапии. Величина порогов болевой чувствительности соответствует не только выраженности алгий при депрессии, но и уровню провоспалительных цитокинов. Частным случаем сенсорной уязвимости является пикацизм – поедание несъедобного, сопровождающееся характерными вкусовыми и обонятельными пристрастиями и являющееся фактором риска формирования аддиктивного поведения. Ранняя диагностика склонности к зависимому поведению основана не только на выявлении пикацизма, но и на прямом тестировании болевого и обонятельного анализаторов. Определены информативные границы болевой чувствительности и круг тестовых веществ, реакция на которые позволяет оценивать степень риска формирования первичного патологического влечения к психоактивным веществам. Нами предложены прогностические модели, включающие в качестве предикторов упомянутые физиологические параметры, балльную оценку иммунологической недостаточности и лабораторные признаки: уровень интерлейкина-6, ферритина, CD71<sup>+</sup>-лимфоцитов. Использование иммунофизиологических показателей способствует повышению качества специализированной помощи пациентам с психическими расстройствами.

#### **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ**

В. Б. Никитина, В. Я. Семке, Т. П. Ветлугина  
(Томск)

Различные неблагоприятные факторы и стрессовые ситуации приводят с одной стороны к дисбалансу иммунной системы и ослаблению механизмов иммунной защиты, формированию вторичной иммунной недостаточности и соматической патологии, с другой – к дестабилизации психических функций организма и расстройству адаптации.

Проведено клинико-иммунологическое обследование 90 больных с расстройством адаптации (F 43.2). С позиций клинико-динамического подхода расстройства адаптации были дифференцированы в зависимости от стадии развития заболевания: невротические реакции (срыв психической адаптации), невротические состояния (клинические развернутые состояния с достаточно стойкой невротической симптоматикой и завершением формирования ведущего синдрома) и затяжные состояния (развития, характеризующие переход заболевания в хроническое течение).

Диагностика клинических проявлений вторичной иммунной недостаточности показала увеличение частоты встречаемости аллергического и аутоиммунного синдро-

мов у лиц с расстройством адаптации с затяжными состояниями, по сравнению с предыдущими стадиями развития болезни. На этой стадии чаще наблюдается и сочетание нескольких синдромов иммунной недостаточности. Сравнительный анализ иммунного и гормонального статусов выявил наиболее информативные показатели, характеризующие стадии развития расстройств адаптации: количество Т-лимфоцитов CD2<sup>+</sup>-фенотипа, концентрация сывороточного IgM, кортизола, тироксина (Т4), показатели спонтанного и стимулированного вариантов НСТ-теста. Изменения этих показателей имеют характерные особенности для каждой стадии заболевания, что наряду с клиническими признаками иммунной недостаточности позволяет рассматривать их как дополнительный критерий в дифференциальной диагностике расстройств адаптации.

#### **ВЛИЯНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ НА СОДЕРЖАНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ ЛИПОПРОТЕИНОВ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

А. С. Озорнин, Н. В. Говорин, Н. В. Озорнина  
(Чита)

Нами было обследовано 34 больных мужского пола с диагнозом “параноидная шизофрения, период наблюдения менее года”. В исследование включались больные с острым психотическим состоянием. Средний возраст пациентов составил 25,08±1,22 года. В контрольную группу вошли 17 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу с исследуемыми больными. Пациенты методом случайных выборок были разделены на две группы: получающие лечение галоперидолом и рисперидоном. Настоящее исследование проводилось в течение 8 недель. До лечения, через четыре недели терапии и восемь недель оценивалось психическое состояние по шкале PANSS и определялся полный липидный спектр.

Установлено, что у больных с острой параноидной шизофренией еще до начала терапии имело место увеличение уровня липопротеина(а), снижение уровня апо-липопротеина А-1 и липидной составляющей ЛПВП. При применении галоперидола, в случаях положительного терапевтического эффекта, произошло улучшение показателей липидного спектра, включая ЛП(а) и индекса атерогенности, однако у больных без клинического улучшения (nonresponders), какой-либо положительной динамики показателей сывороточных липопротеидов не было. В группе больных, принимающих рисперидон, несмотря на существенный терапевтический эффект, не отмечалось положительных изменений уровня сывороточных липопротеидов, а по некоторым параметрам (ЛПНП, ЛПОНП и Аполипопротеин-В) имелась тенденция к отрицательной динамике. Полученные нами данные могут указывать на разные возможности галоперидола и рисперидона влиять не только на психопатологичес-

кие, но и некоторые патобиологические основы шизофрении, в частности, сывороточные липопротеиды, значение которых при шизофрении нуждается в дальнейшем уточнении, в том числе с позиций их роли в развитии метаболических осложнений.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭЭГ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОАФФЕКТИВНЫМИ ПСИХОЗАМИ

Г. П. Пантелеева, Т. С. Мельникова,  
П. В. Бологов, А. А. Митрофанов  
(Москва)

Широкий спектр психопатологических и клинических проявлений у больных шизоаффективным психозом (ШАП) неоспоримо свидетельствует об их клинко-нозологической гетерогенности, что позволило сформулировать концепцию о нозологической самостоятельности ШАП ("ядерный" и "краевые" варианты) и шизоаффективных вариантах шизофрении. Подтверждением этого суждения может быть изучение патофизиологических механизмов заболевания.

**Цель работы** – сравнительный анализ клинических и спектральных ЭЭГ характеристик при разных вариантах ШАП.

**Материал и методы.** В зависимости от структуры и нозологической оценки психоза выделены три группы больных ШАП. Первую группу (n= 24) составили больные с острым бредом восприятия в рамках "ядерного" варианта; вторая группа (n= 28) – больные с острым синдромом Кандинского-Клерамбо в картине наглядно-образного бреда и бреда восприятия ("краевой" вариант); в третью группу (n= 20) вошли больные шизофренией с интеллектуальным бредом воображения и синдромом Кандинского-Клерамбо в структуре острого интерпретативного бреда. ЭЭГ регистрировали по международной системе 10–20% с использованием программного комплекса "BRAINSYS" (Россия).

**Результаты.** Спектральный анализ ЭЭГ выявил резко выраженную редукция альфа-ритма ЭЭГ больных всех трех групп с акцентом в затылочных зонах. По парное сравнение изучаемых групп больных ШАП показало достоверные различия по показателям абсолютной и относительной спектральных мощностей и коэффициентам межполушарной асимметрии этих параметров между каждой парой не стандартных ЭЭГ диапазонов, а отдельных частотных полос. Между 1-й и 2-й группами достоверные различия ( $p < 0.05$ ) получены по 33 признакам, между 1-й и 3-й группами – по 17 признакам, а между 2-й и 3-й группами – по 10 признакам. Полученные данные свидетельствуют о том, что для каждой группы изучаемых больных выявлена различная структура ЭЭГ в корковых отделах, а также характерные нарушения межполушарного баланса, охватывающие лобные, височные, центральные и теменные области коры. Особенно значимые различия обнаружены между "ядерным" ШАП и

больными шизофренией, что делает правомерным предположение об их разной нозологической оценке.

#### ВЛИЯНИЕ МИКРОВОЛНОВОЙ РЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ НА АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СУПЕРОКСИДИДИСМУТАЗЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Е. В. Патышева, В. Д. Прокопьева, Н. И. Кисель  
(Томск)

В организме больных алкоголизмом формируется состояние окислительного стресса, происходят различные нарушения со стороны анитоксидантных ферментов, в частности, каталазы и супероксиддисмутазы (СОД). Известно, что микроволновая резонансная терапия (МРТ) способствует коррекции окислительных изменений в организме пациентов. Цель работы: изучение влияния курсового применения МРТ на активность каталазы и СОД в плазме крови больных алкоголизмом. В работе использовали плазму крови 49 больных алкоголизмом в состоянии абстиненции, поступивших в отделение аддиктивных состояний НИИПЗ СО РАМН, и 15 здоровых доноров (контроль). Были сформированы группы: основная – 33 человека, на фоне традиционной дезинтоксикационной терапии (ТДТ) прошли курс МРТ, состоящий из 7 процедур; группа сравнения – 16 человек, получали в течение 7 дней только ТДТ. Для проведения МРТ применяли аппарат "Стелла-2" (мощность излучения  $< 3$  мВт/см<sup>2</sup>, частота 59–61 ГГц, скорость автомодуляции частоты 40 МГц/с, использовали режим сканирования). Воздействие осуществлялось через диэлектрический волновод каждые 24 часа, длительность процедуры 30 минут. Активность каталазы в плазме крови определяли по методу Королюка М.А., активность СОД – по методу Сироты Т.В. В результате исследования было обнаружено, что активность каталазы и СОД в плазме крови больных алкоголизмом достоверно выше, чем в контрольной группе. После проведения МРТ наблюдалось значимое снижение активности обоих ферментов до контрольных значений. В группе сравнения после проведения ТДТ (без МРТ) достоверных изменений активности этих ферментов выявлено не было. Полученные результаты демонстрируют способность МРТ снижать повышенную в организме больных алкоголизмом активность антиоксидантных ферментов.

#### БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МОЗГА И ГАРМОНИЧЕСКОЕ ЗВУКОВОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

А. А. Певзнер, Е. А. Григорьева, А. Л. Дьяконов  
(Ярославль)

В настоящее время отсутствуют сведения о связи конкретных частот спектра биосигнала мозга с частотами гармоник активирующих звуков. Цель работы: изучить влияние гармонического звука различной частоты на биоэлектрическую активность мозга. Обследовано 86

человек (46 мужчин и 53 женщины) в возрасте от 18 до 50 лет без серьезной соматической и психической патологии. По гистограммам спектров фоновой ЭЭГ определялись экстремумы максимумы и экстремумы минимумы по 16 отведениям в отдельности. Частота подаваемого звука изменялась в различных диапазонах по линейному закону. Одновременно со звуковым воздействием производилась регистрация ЭЭГ. При анализе ЭЭГ автоматически, согласно соответствующей программе, фиксировались локальные моменты синхронизации и десинхронизации биопотенциалов каждого отведения с момента подачи звука. В результате была установлена ранее неизвестная закономерность реакции биопотенциалов мозга: при воздействии гармоническим звуковым сигналом с частотой, кратной частоте экстремума максимума, возникает синхронизация ЭЭГ, при воздействии частотой, кратной частоте экстремума минимума – десинхронизация. Коэффициент кратности соответствует выражению  $K = 2^n$ . Частота гармонического звукового воздействия, обуславливающая синхронизацию или десинхронизацию биопотенциалов, определялась по соответствующим формулам:  $F_{зв.с.} = f \varepsilon_{\max}$  (или  $\varepsilon_{\min}$ )  $K$ . Реакция локальной (в одном отведении) синхронизации или десинхронизации могла быть кратковременной (доли секунды) и долговременной (до нескольких секунд). В динамических системах мозговых структур, обеспечивающих психическую функцию, на каждом этапе отмечается ключевое звено, воздействуя на которое можно изменить целостную функцию. Установленная закономерность обеспечивает создание механизма, который сможет перестроить биоэлектрическую активность мозга для преодоления патологического устойчивого состояния.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ УЧАСТИЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ АФФЕКТИВНО-КОГНИТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЛИЦ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ I-II

В. Р. Пиотровская, Н. Г. Незнанов, И. Б. Зуева  
(Санкт-Петербург)

Иммунологические исследования последних лет все чаще обращаются к изучению участия провоспалительных цитокинов в генезе патологии центральной нервной системы. Считается, что провоспалительные цитокины индуцируют локальную воспалительную реакцию и поддерживают хроническое воспаление, что ведет к повреждению жизнеспособных нейронов. В свою очередь хроническое воспаление рассматривается, как центральная часть патогенеза не только сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и рака, но и депрессии. Развитие депрессии в деменцию происходит в результате активизации макрофагов в крови и микроглии в ЦНС, что высво-

бождает провоспалительные цитокины, которые стимулируют каскад воспалительных изменений. Последнее вызывает нейродегенерацию, редуцирует нейротрофикацию и восстановление нейронов, то есть запускает процессы типичные деменции. В то же время, изучение цитокинового статуса у лиц с нормальными, высоко нормальными цифрами артериального давления и у больных гипертонической болезнью 1-й стадии показало, что уровень провоспалительных цитокинов IL-1, IL-8, TNF $\alpha$  увеличивается по мере повышения АД.

Таким образом, актуальным является изучение связи уровня маркеров воспаления и аффективно-когнитивных изменений у пациентов с начальными стадиями гипертонической болезни (ГБ) и метаболическим синдромом (МС) для определения патогенетических механизмов и оптимизации подбора лечения.

**Материалы и методы.** В настоящем исследовании принимали участие 36 пациентов, страдающих МС и ГБ I-II, имеющие сходные характеристики по демографическим показателям, которые в процессе скрининга продемонстрировали симптомы когнитивного дефицита и аффективных нарушений. Батарея психологических методик состояла из опросника "Самооценка когнитивных ошибок (CFQ)", шкалы оценки когнитивных функций MMSE, теста "10 слов по Лурии", шкалы самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина для оценки реактивной и личностной тревожности и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). У всех пациентов производился забор крови для проведения биохимического и иммунологического анализа. Статистический анализ полученной базы данных включал оценку статистической достоверности различий между отдельными группами методом дисперсионного анализа и выявления корреляций по Пирсону внутри выборки. Использовалась компьютерная программа STATISTICA-6.

**Результаты исследования.** Повышенный уровень реактивной и ситуационной тревожности, симптомы депрессии, определяемые у пациентов по шкале HADS имели субклинический уровень. Когнитивные нарушения достигали уровня легкого когнитивного дефицита или констатировались пациентами субъективно. Тем не менее, получены достоверные положительные корреляции этих показателей с повышенным уровнем IL-10, IL-8 и TNF $\alpha$ , что указывает на участие хронического воспаления в патогенезе когнитивных и аффективных нарушений при начальных формах ГБ.

Результаты исследования имеют значение для подбора гипотензивной, антидепрессивной, анксиолитической терапии с учетом иммуномодулирующего действия антидепрессантов, статинов, блокаторов ангиотензиновых рецепторов для больных с ГБ, сопровождаемой когнитивно-аффективными нарушениями.

### ВЛИЯНИЕ ТИПИЧНЫХ НЕЙРОЛЕПТИКОВ НА АНТИОКСИДАНТНУЮ СИСТЕМУ ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Л. П. Смирнова, Н. М. Кротенко, А. В. Семке  
(Томск)

При шизофрении наблюдается дисбаланс про- и антиоксидантной систем, интенсивная генерация свободно-радикальных продуктов, усиление перекисного окисления липидов. Влияние нейролептической терапии на антиоксидантный статус организма больных шизофренией недостаточно изучено.

Целью нашей работы явилось изучение состояния про- и антиоксидантных свойств эритроцитов больных шизофренией под влиянием терапии типичными нейролептиками.

Проведено изучение динамики перекисного окисления липидов в эритроцитах периферической крови, содержания восстановленного и окисленного глутатиона и активность ряда антиоксидантных ферментов у 30 больных параноидной шизофренией в процессе нейролептической терапии в сравнении с группой психически и соматически здоровых лиц.

У больных шизофренией до начала терапии выявлено снижение активности глутатионтрансферазы и глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы при повышении активности каталазы по сравнению со здоровыми лицами. Количество малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах больных шизофренией не отличается от контроля, в то время как содержание окисленного глутатиона увеличено, а восстановленного глутатиона – снижено. Под влиянием терапии происходит дальнейшее снижение активности антиоксидантных ферментов на фоне нормализации активности каталазы. Уровень МДА в эритроцитах достоверно снижается в сравнении со здоровыми лицами. Терапия нейролептиками в течение четырёх недель не оказывает влияния на уровень системы глутатиона у больных шизофренией, что объясняется снижением способности антиоксидантной системы больных восстанавливать окисленный глутатион. Полученные результаты подтверждают наличие изменений в антиоксидантной системе у больных шизофренией, вызванных окислительным стрессом, и, возможно, негативным влиянием традиционных нейролептиков на активность ряда ферментов, что следует учитывать при проведении лечебных мероприятий.

### НЕЙРОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРЕНАТАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ АЛКОГОЛЯ НА МОЗГ ЧЕЛОВЕКА

А. В. Солонский  
(Томск)

Изучение поражения мозга эмбрионов и плодов у злоупотребляющих алкоголем матерей имеет важное значение для теоретической и клинической психиатрии

в рамках проблемы роли врожденной патологии мозга, как фактора риска развития психической патологии в потомстве больных с различными психическими заболеваниями. Изучен головной мозг эмбрионов и плодов человека 7–12 недель развития. Всего изучено 56 эмбрионов: 23 – от больных алкоголизмом женщин и 33 – от здоровых женщин. Возраст больных был 26–39 лет, длительность заболевания – от 3 до 13 лет. Возраст женщин контрольной группы был аналогичен таковому у больных матерей. Во всех случаях диагностирована II стадия алкоголизма (F10.201; F10.202 по МКБ-10). Использованы методы световой и трансмиссионной электронной микроскопии, электронной цитохимии, компьютерной морфометрии. Получены новые данные об ультраструктуре развивающегося мозга при алкоголизации матери в период беременности. Впервые выявлены: сферические образования в перинуклеарном пространстве; многообразие вариантов митохондрий; появление липофусцина, мультивезикулярных телец и миелопоподобных образований; задержка развития синаптических контактов везикулярного типа, проявляющаяся в уменьшении длины постсинаптических уплотнений синаптических контактов, уменьшении площади и периметра пресинаптических терминалей в основной группе исследования; изменение характера васкуляризации ткани мозга – снижение средней площади сосудов, увеличение их количества на единицу площади и уменьшение периметра сосудов мозга. Выявленные изменения могут явиться причиной недоразвития структур мозга и умственной неполноценности детей.

### ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОН И ДЕГИДРОЭПИАНДРОСТЕРОН СУЛЬФАТ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ С АНТИСОЦИАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

В. А. Стояк, С. И. Гусев, М. В. Трофимова,  
С. А. Иванова  
(Томск, Кемерово)

В настоящее время в литературе широко дискутируется вопрос об участии нейростероидов ДГЭА и ДГЭАС в механизмах реализации различных поведенческих реакций (в том числе агрессии) и развития психиатрических расстройств. Целью нашего исследования стало изучение концентрации ДГЭА и ДГЭАС в сыворотке крови лиц с расстройствами личности, характеризующихся агрессивным поведением. Для этого нами было обследовано 58 мужчин с диагнозом расстройство личности (F60.3, F60.4, F07), осужденных за убийства, 49 психически и соматически здоровых мужчин, осужденных за имущественные преступления, и 22 психически и соматически здоровых мужчин, составивших группу контроля. Концентрации гормонов измерялись в сыворотке крови, взятой утром натощак, методом иммуноферментного анализа, с помощью наборов фирм “Алкор-Био” и “DRG” соответственно. Для статистического анализа результатов

были использованы непараметрические критерии Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни с поправкой Бонферони. Концентрация ДГЭА у лиц с расстройствами личности, осужденных за убийства ( $18,46 \pm 1,59$  нг/мл), имеет тенденцию к повышению по сравнению с уровнем ДГЭА у психически и соматически здоровых лиц, осужденных за имущественные преступления ( $16,69 \pm 1,76$  нг/мл), концентрации в обеих группах достоверно превышают уровень ДГЭА в контрольной группе –  $10,13 \pm 1,06$  нг/мл ( $p < 0,05$ ). В концентрациях ДГЭАС не было обнаружено достоверных различий между исследуемыми группами ( $2,29 \pm 0,18$  у лиц с расстройством личности,  $2,51 \pm 0,2$  у психически и соматически здоровых осужденных, и  $2,15 \pm 0,23$  в контрольной группе). Полученные данные свидетельствуют о возможном участии ДГЭА и ДГЭАС в реализации биологических механизмов антисоциального поведения.

### ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЭГ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

В. Б. Стрелец  
(Москва)

Целью данной работы является анализ и обобщение новых данных о функции мозга в норме и её нарушениях при шизофрении. Мы провели исследование ЭЭГ 50 здоровых и 60 больных шизофренией с первым приступом заболевания и преобладанием позитивной симптоматики (25), и хронических больных с преобладанием негативной симптоматики – (35). Исследовались спектральная мощность каждого ритма, симметрия, топографическое распределение мощности и функциональные связи между различными корковыми областями методами фазовой и частотной синхронизации. Обнаружено, что в группе здоровых асимметрия отсутствует, а в наибольшей степени она выражена у больных шизофренией с первым приступом и позитивными симптомами. Мощность тета и альфа волн при шизофрении значительно снижена; мощность гамма-ритма у больных с первым приступом и преобладанием позитивной симптоматики выше нормы, а у хронических – ниже. В норме при выполнении психологических тестов наблюдается формирование обширных нейронных ансамблей гамма-диапазона, охватывающие множество корковых областей; при шизофрении эти ансамбли слабые, имеет место дефицит межполушарных и возвратных связей. При исследованиях ВП мозга на вербальные стимулы с использованием новейших методов анализа (вэйвлет-анализ), обнаружены отклонения от нормы, коррелирующие со значительными нарушениями лингвистических особенностей при шизофрении.

Таким образом, при шизофрении имеют место базовые нарушения, отражающиеся на различных уровнях мозговой деятельности и качестве жизни.

### АНТИДЕПРЕССИВНЫЙ ЭФФЕКТ ТИАНЕПТИНА СВЯЗАН С УСКОРЕНИЕМ ОБОРОТА СЕРОТОНИНА В СИНАПСЕ

М. Г. Узбеков  
(Москва)

Антидепрессант тианептин (коаксил) является активатором обратного захвата серотонина. Несмотря на значительное число исследований, до последнего времени нейрхимический механизм действия тианептина (ТИА) был неизвестен.

Нами было проведено клиничко-биохимическое исследование больных с тревожной депрессией при лечении тианептином и сертралином (золофт) (Uzbekov et al., 2006). На основании полученных результатов была разработана гипотеза о нейрхимическом механизме действия тианептина (Узбеков, 2008; Uzbekov, 2009).

Тревожная депрессия характеризуется снижением серотонинергической активности (Kasper, 2001). Повышение активности моноаминоксидазы (МАО) тромбоцитов у больных депрессией поддерживает это положение (Uzbekov et al., 2006).

Механизм антидепрессивного действия ТИА может быть понят только с точки зрения о структурно-функциональном единстве всех компонентов синапса – нервного окончания, глиальных клеток, нейрональных и глиальных рецепторов.

Считается, что 75% от выделившегося в синаптическую щель серотонина вновь захватывается в пресинаптическое окончание (функциональная инактивация серотонина), а 25% – захватывается астроцитами и микроглией, где происходит его химическая инактивация (дезаминирование) под действием МАО.

В соответствии с нашей гипотезой под действием ТИА в области синапса протекают два процесса – (а) повышение активности обратного захвата серотонина и (б) торможение активности МАО в глии. Из этих двух процессов первый более активен, что теоретически должно повлечь дальнейшее снижение концентрации серотонина в синаптической щели. Однако было показано, что ТИА активирует выброс серотонина из концевых окончаний (Fattachini et al., 1990; Labrid et al., 1992). Следовательно, ТИА не только активирует обратный захват серотонина в нервное окончание из синаптической щели, но и активирует его выброс из окончания.

Таким образом, впервые в литературе нами предложена гипотеза о нейрхимическом механизме действия ТИА. В соответствии с этой гипотезой ТИА активирует как обратный захват серотонина в нервное окончание, так и выброс серотонина из окончания в щель, что ускоряет оборот моноамина в синапсе. Это процесс сопровождается снижением активности МАО. Все это способствует увеличению концентрации серотонина в синаптической щели. Этот механизм относится к первой фазе действия ТИА, направленной на нормализацию серотонинергической нейротрансмиссии.



### **СНИЖЕННАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ГЛИИ В МОЗГЕ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ.**

Н. А. Уранова, В. М. Востриков, И. С. Зимина, О. В. Вихрева, Н. С. Коломеец, Д. Д. Орловская  
(Москва)

В последние годы с помощью современных количественных стереологических методов исследования было показано снижение численной плотности глии в коре больших полушарий при шизофрении. Однако остается неясным, с какими типами глии связан ее дефицит при шизофрении. В проведенном электронномикроскопическом морфометрическом исследовании префронтальной коры и головки хвостатого ядра при шизофрении и в контрольных случаях без психической патологии в обеих структурах установлены выраженные дистрофические и деструктивные нарушения олигодендроглии при шизофрении. К ним относились достоверное снижение площади ядра и повышение объемной доли гетерохроматина, снижение объемной фракции митохондрий, ультраструктурные признаки апоптоза и некроза. Морфометрическое исследование численной плотности олигодендроглии в префронтальной коре методом оптического диссектора на срезах, окрашенных по методу Ниссля, выявило дефицит олигодендроглии при шизофрении на двух мозговых коллекциях – Научного центра психического здоровья РАМН и коллекции фонда Стенли (США), в том числе дефицит перинеурональных и перикапиллярных олигодендроцитов, наиболее выраженный в случаях шизофрении с преобладанием негативных симптомов. Подтверждено отсутствие микроглиоза при шизофрении. Выявлено снижение объемной фракции и размеров ядра микроглии в хвостатом ядре в подгруппе семейной шизофрении и в случаях с преобладанием негативных симптомов болезни. Показаны снижение объемной фракции митохондрий в астроцитах и достоверная отрицательная корреляция этого параметра с длительностью болезни. Полученные данные указывают на сниженную реактивность всех типов глии и ведущую роль патологии олигодендроглии в мозге при шизофрении.

Исследование выполнено при поддержке Научно-исследовательского медицинского института Стенли (США).

### **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С АСТЕНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

А. З. Файзуллоев  
(Москва)

В настоящее время все более существенную роль в характеристике астенических расстройств играют неспецифические феномены, связанные с особенностями протекания психофизиологических процессов мозга. В исследовании изучены показатели сенсомоторной активности, памяти и внимания у больных с астенией различного генеза. Обследовано 57 больных с астеническими расстройствами в рамках неврастении (F48.0) и органичес-

кого астенического расстройства (F06.6). В отличие от группы нормы, больных в целом характеризовало удлинение латентного периода зрительно-моторных реакций, снижение лабильности зрительного анализатора, объема и продуктивности памяти и внимания, нарушение микрокоординации движений. У больных с неврастением найдено, в основном, снижение продуктивности краткосрочной памяти и концентрации внимания и усиление высокочастотного тремора. При органическом астеническом расстройстве выявлено, преимущественно, замедление сенсомоторной активности, снижение краткосрочной и оперативной памяти, повышение времени переключения внимания и усиление низкочастотного тремора. Результаты исследования свидетельствуют о существенных особенностях психофизиологического статуса больных с астенией и его связи с этиологией астенических расстройств, что может иметь значение для их диагностики.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

И. В. Филатов, А. А. Краснов  
(Санкт-Петербург)

В исследованиях больных шизофренией отмечается их внутригрупповая неоднородность по конституционально-соматическим, клиническим и другим показателям. Отмечается, что преобладание продуктивной или негативной симптоматики в клинической структуре тип течения заболевания определяет ряд таких особенностей как курабельность, прогноз и соматические особенности больного.

С целью сравнительного анализа показателей электроэнцефалографии обследованы 73 пациента с шизофренией (средний возраст  $18 \pm 6,2$  лет), которые были разделены на две группы. 1 группа (43 человека; 41,2%) – пациенты, с благополучным доболезненным периодом, характеризовавшимся стеничностью, целеустремленностью, высоким уровнем физического здоровья, высокими достижениями в социальной адаптации. Лица 2 группы (64 человека, 58,8%), напротив, имели в анамнезе проявления предболезненных нарушений, признаки наследственного неблагополучия, нарушения перинатального развития, высокий уровень инфекционной заболеваемости, психической дизгармонии в детстве, конфликты в школе, обсессивные проявления, перепады настроения, вычурные поступки. У лиц 1 группы преобладала преимущественно развернутая продуктивная симптоматика, с острым приступообразным течением, значительной редукцией симптоматики при психофармакотерапии. У пациентов 2 группы в структуре психических расстройств значительную долю составили непрерывно-прогредиентные и приступообразно-прогредиентные варианты параноидной и простой шизофрении.

Выявлено, что по данным ЭЭГ у пациентов обеих групп наличие бета-, тета- и дельта-ритмов отмечалось

в 18,1%, 13,6%, 22,7% наблюдений соответственно. Нерегулярность альфа ритма встречалась у 23,5% пациентов 1 группы, и у 4,5% пациентов 2 группы, нарушения амплитуды – соответственно у 17,6% и у 5,8%, гиперсинхронизация альфа ритма у 17,6% и у 2,9% соответственно.

Таким образом, отмечалось статистически значимое ( $p < 0,05$  по критерию  $\chi^2$ ) отклонение показателей ЭЭГ, свидетельствующее о большем нарушении биоэлектрической активности мозговых структур, у лиц с преобладанием продуктивной психотической симптоматики.

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. П. Чехонин, С. Н. Осколкова,  
Г. А. Фастовцев, И. А. Рябухин, О. М. Антонова,  
А. В. Семенова  
(Москва)

Цель настоящего исследования проанализировать взаимоотношение про- и против-воспалительных цитокинов в патогенезе параноидной шизофрении. В связи с этим проводилось изучение спектра провоспалительных и противовоспалительных цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10,  $\gamma$ INF и  $\alpha$ TNF) в супернатантах культур периферических мононуклеаров больных параноидной шизофренией с применением иммуноферментного анализа.

**Метод.** Количественное определение цитокинов выполнялось методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих диагностических тест-систем "BenderMedSystems GmbH" (Австрия). Супернатанты культур периферических мононуклеаров выделяли по общепринятой методике.

**Результаты.** В результате проведенного исследования было продемонстрировано достоверное увеличение уровня  $\alpha$ TNF и достоверное снижение уровня IL-4 в группе пациентов с острой экзацербацией шизофрении. В тоже время, изменения концентрации IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-6, IL-10 и  $\gamma$ INF у пациентов этой группы были недостоверными. Полученные результаты исследования позволяют рекомендовать количественный иммуноферментный анализ  $\alpha$ TNF и IL-4, а также соотношение  $\alpha$ TNF/IL-4 в качестве раннего диагностического критерия обострения шизофрении.

### НЕЙРОАНАТОМИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ (ПТСР)

И. В. Шадрина, К. Н. Дедова, А. Н. Пугачёв  
(Челябинск)

Эмоциональную реакцию характеризуют 3 параметра: 1) знак (положительный или отрицательный); 2) степень эмоциональной активации (с континуумом от спокойствия до наиболее интенсивных эмоций); 3) уровень неэмоциональной активации с континуумом от растерянности до уверенности и готовности к действию. Эмоциональная активация связана с мотивационно-потребностной сферой и зависит от активности отвечающих за неё мозговых структур (гипоталамуса и миндалины), неэмоциональная – с информационными процессами и структурами (лобной корой и гиппокампом).

Люди с доминированием мотивационно-потребностных мозговых структур (миндалины и гипоталамуса) подвержены сильным эмоциональным переживаниям, сопровождающимся выраженными психовегетативными явлениями, блокирующими информационную переработку полученной информации и принятие дальнейшего плана действий. Это вызывает дисгармонию психической жизни и расстройство адаптации, а дальнейшая отрицательная динамика повлечёт развитие психических нарушений – невротических и соматоформных.

Анализ ЭЭГ 46 пациентов с ПТСР позволил выделить среди них 3 группы: 1) 22% (n=10) на ЭЭГ было отмечено усиление десинхронизации (снижение амплитуды альфа-ритма, нарушение зонального распределения альфа-ритма, нарушение восстановления альфа-ритма после фотостимуляции, повышение коэффициента автокорреляции и снижение коэффициента когерентности). 2) 24% (n=11) на ЭЭГ обнаружено усиление синхронизирующих процессов (увеличение амплитуды альфа-ритма, снижение коэффициента автокорреляции и повышение коэффициента когерентности). 3) 54% (n=25) пациента заняли промежуточное положение.

Экспериментально-психологическое исследование пациентов первой и второй групп подтвердило преобладание у них в эмоциональной сфере вектора эмоциональной активации с доминированием мотивационно-потребностных мозговых структур (гипоталамуса и миндалины). Разный характер изменений ЭЭГ объясняется разной специализацией мозговых структур: гипоталамус содержит ядра, вызывающие усиление синхронизирующей активности, миндалина, наоборот, стимулирует нарастание десинхронизации. По психологическому профилю пациенты обеих групп интроверты, меланхолики с высокой личностной тревожностью (1 группа) и холерики (2 группа).

Таким образом, ЭЭГ исследование способно дать объективное представление о функциональном состоянии ЦНС у пациентов с ПТСР и помочь в понимании механизмов возникающих при этом психических нарушений.

**ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ  
РАССТРОЙСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ  
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ**

В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко,  
А. В. Корзенев, В. М. Лыткин, Д. А. Тарумов  
(Санкт-Петербург)

Целесообразность поиска дополнительных (к основному клинко-психопатологическому) методов диагностики депрессивных состояний обусловлена необходимостью повышения качества обследования с учетом того обстоятельства, что взгляды на феноменологию, этиологию и патогенез депрессий зачастую не совпадают.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей структурных (воксельная морфометрия, диффузионно-тензорная визуализация) и функциональных (позитронная эмиссионная томография, функциональная МРТ) методов нейровизуализации в диагностике депрессивных расстройств.

Клинико-психопатологическим, экспериментально-психологическим и нейровизуализационным методами были обследованы 70 больных в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст – 43,6±3,2 года) с длительностью заболевания от 2 месяцев до 8 лет (в среднем – 23,2±2,3 мес.)

Все больные были сгруппированы в три основных кластера (по условному этиологическому признаку): с “эндогенной” депрессией (F20.4; F3) – 25 больных (35,7%), с “органической” депрессией (F06.03) – 21 больной (30%), с “невротической” депрессией (F 41.2; F43.2) – 24 больных (34,3%).

В результате исследования было выявлено, что методы структурной нейровизуализации (VBM и DTI) в большей степени отражают морфофункциональные особенности головного мозга больных с “органической” депрессией. Так, в частности, отмечается более выраженное снижение “плотности” серого вещества в дорсомедиальных отделах таламуса, хвостатых ядрах, гиппокампе, верхнетеменных и заднецигулярных отделах головного мозга (по данным воксельной морфометрии) и снижение фракционной анизотропии в путях задних цингулярных отделов (билатерально) и переднецигулярных слева (по данным DTI). Кроме того, установлено, что по результатам воксельной морфометрии обнаруживается качественное сходство нейровизуализационных характеристик у больных с “невротической” и “органической” депрессией (снижение “плотности” серого вещества в дорсомедиальных отделах таламуса, хвостатых ядрах, гиппокампе, верхнетеменных и заднецигулярных отделах головного мозга). Отмечено, что по данным фМРТ особенности нейровизуализационной картины, в основном, выявляются у больных с “невротическими” и “эндогенными” депрессиями в виде характерных паттернов ответа на эмоционально-провокационные стимулы.

**ОБ ИЗУЧЕНИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ  
ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМОВ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ  
(СОВЛАДАНИЯ) У БОЛЬНЫХ  
НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

И. И. Шаруда  
(Санкт-Петербург)

Жизнь человека в современном обществе связана с постоянным ростом стрессогенных факторов, которые при определенных условиях приводят к срыву адаптационных возможностей и формированию психических расстройств. В зависимости от индивидуальных особенностей человеческого организма одни и те же события жизни могут иметь различную стрессовую нагрузку. Существенной характеристикой системы адаптации личности являются механизмы совладания и психологические защиты.

По мнению ведущих исследователей, совладающее поведение понимается как адаптивное и зрелое поведение. В последнее время усиливается междисциплинарное развитие исследований копинг-стратегий на стыке медицинской психологии и психофизиологии. Но, несмотря на интерес ученых к вопросу изучения взаимосвязи механизмов психологической и физиологической адаптации больных разными нервно-психическими заболеваниями, таких работ недостаточно.

Целью специального исследования является клиническое и экспериментально-психофизиологическое исследование комплексного взаимодействия личностных особенностей и копинг-стратегий у больных невротизмом. Для достижения поставленной цели планируется решение следующих задач: 1) проанализировать комплексное взаимодействие личностных особенностей, копинг-стратегий и защитных механизмов у больных невротизмом; 2) изучить экспериментально-психофизиологические исследования соотношения личностных особенностей и копинг-стратегий у больных невротизмом; 3) проанализировать взаимосвязи копинг-механизмов с показателями функционального состояния головного мозга (по данным ЭЭГ) как психологического и биологического компонентов психической адаптации у больных невротизмом.

**ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЯДА  
СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ДЛЯ  
ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО  
ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМ  
НАРУШЕНИЕМ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ  
ФУНКЦИЙ**

В. М. Шкловский, В. В. Алферова,  
М. Г. Узбеков, Э. Ю. Мисионжник,  
Е. В. Лукьянюк, А. Б. Гехт  
(Москва)

Целью исследования явилось определение биохимических серологических маркеров связанных с восстановлением неврологических функций у больных, перенес-

ших ишемический полушарный инсульт (ИИ) на 4–5 месяцев заболевания.

**Методы.** У 30 больных ИИ (ср. возраст  $69 \pm 8$  лет, 20 женщин, 10 мужчин) в плазме крови определены показатели концентрации малонового диальдегида (МДА), молекул средней массы (МСМ), функциональной активности альбумина (СА), а также активность моноаминоксидазы тромбоцитов (МАО). Контрольная группа включала 17 здоровых испытуемых, сопоставимых по полу и возрасту. Оценка неврологического дефицита и функционального восстановления больных проводилась с использованием шкал NIHSS, Bartel Index.

**Результаты.** В группе больных ИИ выявлено достоверное повышение уровня МСМ и МДА ( $p < 0,001$ ), которое не было связано с регрессом неврологической симптоматики. По данным логистической регрессии была выявлена достоверная взаимосвязь показателей тяжести очагового неврологического дефицита (суммарный балл NIHSS), степени восстановления неврологических функций (суммарный балл Bartel Index) и биохимических параметров, включавших акцепторную способность СА (критерий сопряженности признаков  $\chi^2_1 = 4,34$ ,  $p = 0,036$ , при отношении шансов 1,56) и активность МАО (критерий сопряженности признаков  $\chi^2_1 = 3,58$ ,  $p = 0,05$ , при отношении шансов 5,3). **Заключение.** Показатели изменения активности МАО и акцепторной способности СА имеют самостоятельную прогностическую значимость для восстановления неврологических функций на 4–5 месяце заболевания и могут быть использованы для интегральной оценки реабилитационного потенциала больных перенесших ИИ.

### ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ И НЕВРОЗОПОДОБНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММ МЕТОДАМИ НЕЛИНЕЙНОЙ ДИНАМИКИ

Е. В. Шульц

(Санкт-Петербург)

Развитие компьютерных технологий привело в последние годы к возрастанию интереса к проблемам диагностики в медицине методами нелинейной динамики. Многие ученые приходят к выводу о необходимости анализа хаотической динамики многих природных явлений, включая функционирование живых организмов и, в частности, мозговой активности. Цель данного исследования заключается в изучении флуктуации альфа-ритма с применением фрактального анализа у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами.

Результаты фрактального анализа показали, что у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами имеются особенности флуктуации альфа-ритма (снижение  $b_1$  и  $b_2$  фрактальных коэффициентов), отличающие их не только от здоровых лиц, но и между собой. Выявленное у больных снижение предсказуемости колебаний амплитуды альфа-волн косвенно свидетельствует о расстрой-

ствовании церебральных механизмов управления альфа-активностью. При этом у больных с невротическими и неврозоподобными расстройствами определяется различная заинтересованность тех или иных структур мозга, ответственных за формирование альфа-активности.

Фрактальный анализ ЭЭГ может рассматриваться как перспективный метод исследования, позволяющий более тонко проводить патогенетическую и дифференциальную диагностику невротических и неврозоподобных расстройств в связи с задачами их лечения.

### КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ УНИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИИ

В. Л. Юлдашев, А. Р. Асададуллин,  
Э.К. Хуснутдинова

(Уфа)

На основании сравнительного исследования 4150 респондентов подросткового возраста имеющих и 2176 не имеющих кратковременный депрессивный эпизод, углубленного изучения 102 больных, страдающих униполярной депрессией с использованием клинических, экспериментально-психологических, молекулярно-генетических методов выявлены следующие особенности, склонных к депрессии: биологические – наследственная отягощенность психическими заболеваниями и алкоголизмом; экзогенно-органические – черепно-мозговые травмы в анамнезе, болезненный характер менструаций у девочек-подростков. По данным многофакторного дисперсионного анализа доказана зависимость между наличием униполярной депрессии и показателями по шкалам “экстраверсия” ( $F=3,997$ ;  $p=0,047$ ) и “нейротизм” опросника Айзенка ( $F=31,423$ ;  $p=0,001$ ) в отличие от группы контроля. Лица с униполярной депрессией имели более низкие значения по шкале “экстраверсия” (при УД –  $9,9184 \pm 1,1546$  и  $14,8696 \pm 1,8606$  у здоровых) и более высокие значения по шкале “нейротизм” (соответственно  $19,16 \pm 2,79$  и  $12,23 \pm 1,17$ ). С повышенным риском развития униполярной депрессии ассоциируются генотип  $*12/*10$  ( $OR=1,92$ ;  $CI$  95%  $1,13-3,26$ ) и гаплотип  $L10$  ( $OR = 2,53$ , 95%  $CI$   $1,48-4,31$ ) полиморфного локуса  $Stin2$  VNTR гена переносчика серотонина  $SLC6A4$ . Генотип  $Stin2*12/*12$  ( $\chi^2=3,90$ ,  $p=0,048$ ;  $df=2$ ;  $OR=0,56$ ;  $CI$  95%  $0,32-0,99$ ) и гаплотип  $L12$  ( $\chi^2 = 4,62$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,034$ ,  $OR = 0,59$ , 95% $CI$   $0,35-0,98$ ) полиморфизма  $Stin2$  VNTR гена переносчика серотонина  $SLC6A4$  ассоциированы со сниженным риском развития заболевания. Для больных униполярной депрессией в отличие от группы контроля закономерна зависимость низких значений шкалы “экстраверсия” (опросник Айзенка) ( $p=0,002$ ) от генотипа  $*S/*S$  полиморфизма HTTLPR; высоких показателей по шкалам “паранояльность” (ММПИ) ( $p=0,016$ ) и “личностная тревожность” (опросник Спилбергера-Ханина); а также высоких значений шкал “нейротизм” (опросник Айзенка) ( $p=0,026$ ) и “личностная тревожность” (Спилбергера-Ханина) от аллеля  $*10$  полиморфизма  $Stin2$  VNT R гена переносчика серотонина  $SLC6A4$ .

## ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

### ИННОВАЦИОННЫЕ ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ПСИХИАТРИИ

Ю. А. Антропов  
(Пенза)

Основой обучения является мышление. В процессе эволюции происходило изменение и усложнение мышления от предметного к конкретному (образному) и от него к абстрактному (логическому). Предметное мышление оперирует представлениями, т.е. следами прошлых восприятий. Конкретное мышление оперирует словами, которые можно представить (“дерево”, “нести”). Абстрактно-логическое мышление оперирует понятиями, отражающими “отношение сущностей” (Гегель), и которые не могут быть даны с помощью представлений (“справедливость”, “образование”). Отвлечение при предметном мышлении *нулевого*, при конкретном мышлении отвлечение *первого порядка*, при логическом мышлении отвлечение *второго порядка* включает понятия, в которых отражено обобщение ряда предметов (“мебель”, “число”), и отвлечение *третьего порядка* (абстракция). С помощью абстракции отражаются сложнейшие внутренние связи (“диалектика”, “диагноз”). При обучении необходимо определить уровень отвлечения учебного материала. Чем он выше, тем должно быть больше этапов его преподнесения для эффективного усвоения. Перескок через уровень отвлечения при изложении материала затрудняет его усвоение. Основные понятия медицины и, в частности, психиатрии относятся к отвлечению третьего порядка. Это определяет необходимость поэтапного преподнесения их. Например, сущность болезни – патологический процесс, симптомы представляют собой явления. Согласно диалектике “сущность является, а явления существенны”, следовательно, симптомы должны быть нозологически специфичными. При объяснении этого силлогизма следует свести заключенные в нем абстракции к отвлечениям более низкого порядка. Головная боль – симптом. Есть заболевания, при которых он характерен и при которых не типичен. Нозологическая специфичность проявляется при уточнении характера головной боли. Она различна при мигрени, гипертонической болезни, при невралгии и так далее. Следовательно, головная боль как симптом имеет определенную нозологическую специфичность.

Целесообразно давать аксиоматику и основные понятия психиатрии, начиная со ступеней отвлечения по возможности наиболее низкого порядка.

### ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРИЕНТИРОВАННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

С. В. Балашова, Г. И. Дереча, Э. Р. Габбасова,  
В. В. Постнов  
(Оренбург)

Клиническая психология (КП) в отечественном здравоохранении долгое время была на вторых ролях, поскольку решала чисто прикладные задачи, в основном – в психиатрии. Развитие социальной психиатрии способствовало увеличению ее общественной роли. В ещё большей мере этому способствует реализация НПП “Здоровье” и работа по созданию в стране центров здоровья. Однако в укреплении общественного здоровья участие роль КП ещё явно недостаточно. В то же время очевидно, что задачи формирования и психического, и физического здоровья требуют применения знаний и методов не только психиатрических или наркологических, но также собственно клинико-психологических. Представляется, что для развёртывания полноценного общемедицинского и общественно направленного функционирования КП она должна высвободиться из “объятий” психиатрии и психотерапии и на равных с ними решать своими методами такие задачи как изучение влияния социальных, культуральных и поведенческих факторов на общественное психическое и психосоматическое здоровье; развитие гуманистических видов помощи при тяжёлых стрессах и кризисных состояниях, помощи детям, инвалидам, семьям, участникам войн и т.п. Не менее важно повышать роль КП при оказании непсихиатрической медицинской помощи: в кардиологии, онкологии, травматологии, в акушерстве и гинекологии, педиатрии, геронтологии и т.д. К общественно ориентированному направлению КП следует отнести также работу с врачами первичного звена здравоохранения, средними медицинскими работниками, а также со специалистами по социальной работе по формированию у них психологических навыков профессиональной деятельности и, самое главное, прямого их участия в психогигиенических, и психопрофилактических, психокоррекционно-восстановительных и реабилитационных мероприятиях и программах.

**ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО ЗВЕНА ВОПРОСАМ ОХРАНЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ:  
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДВУХ  
РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

О. Б. Благовидова  
(Хабаровск)

Цель исследования - изучение социально-психологических характеристик врачей первичного звена и уровня их профессиональной подготовки по вопросам охраны психического здоровья. Обследовано 797 участковых терапевтов и врачей общей практики со стажем работы не менее 1 года из 19 субъектов РФ в Дальневосточном и Южном Федеральных округах РФ. С помощью анкет, квалификационных и психологических тестов изучались демографические, профессиональные и личностные характеристики врачей. Значимые различия по большинству параметров между врачами из разных регионов не выявлялись. Последипломное обучение психиатрии и психологии прошло менее 10% респондентов, при этом в обучающих тренингах участвовало менее 5% врачей. 90% врачей сообщили, что не могут уделять своим пациентам в среднем более 30 минут. Средние значения опросника "Эмоциональное выгорание" у обследованных специалистов превышали норму. Около 40% респондентов считало, что расстройства психики имеются менее, чем у 10% их пациентов; менее 4% врачей указали на наличие в их практике алкоголизма. Вместе с тем, более половины обследованных врачей считало, что проблемы, с которыми обращается к ним значительная часть их пациентов, носят психологический, либо психиатрический характер. Включение в программу непрерывного последипломного образования циклов по психиатрии и психологии соответствует ведущим мотивам выбора специальности. Оно согласуется с пониманием врачами места психопатологических состояний в структуре общей заболеваемости, а также с их критическим отношением к уровню собственной подготовки в этой сфере.

**О ВЗАИМОСВЯЗИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ  
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

А. Е. Бобров  
(Москва)

Существующая система последипломного медицинского образования (ПМО) сформировалась в советские годы в соответствии с задачами здравоохранения того времени. Для психиатров эти задачи состояли в приоритетном выявлении и лечении психических расстройств, нарушающих трудоспособность, дееспособность и представляющих общественную опасность. Отсюда – доминирование стационарной помощи, учетно-территориальная система психоневрологических диспансеров, доминирование

психофармакотерапии и преимущественно карантинная направленность психопрофилактики. Становление постиндустриального общества на протяжении 80-х годов высветило недостатки указанного подхода. Они состояли в слабой индивидуализации лечения, недооценке психосоциальных влияний и качества жизни больных. Преодолеть их существующая система ПМО не в силах.

Произошедшие общественные трансформации свидетельствуют о необходимости возникновения новых моделей взаимосвязи психиатрической службы и ПМО. Они должны стать более технологичными, индивидуализированными и ориентированными на обслуживание населения. Это возможно только при опережающем развитии непрерывного дополнительного образования. Однако такое развитие не состоится в отрыве от знаний, умений и мировоззрения, определяющих профессиональную идентичность психиатров. Поэтому ключевой задачей ПМО в психиатрии становится разработка интегрированных и дифференцированных подходов, обеспечивающих преемственность между базисной профессиональной компетентностью и навыками, которые формируются в процессе дополнительной профессиональной подготовки. Указанная работа предполагает не только интенсификацию учебно-методической деятельности, но и дидактическую разработку "сквозных" концептуальных проблем теории и практики психиатрии, включая вопросы методологии, классификации и терминологии.

**О НЕКОТОРЫХ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСАХ  
ПОСЛЕВУЗОВСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Е. А. Григорьева, Л. К. Хохлов, Ю. Г. Манучарян  
(Ярославль)

Происходящие изменения в организации медицинской помощи, определяют характер послевузовской профессиональной подготовки медицинских работников. Вначале, когда в 1987 г. был открыт курс ФПДО при кафедре психиатрии ЯГМА, в его рамках осуществлялась только специализация и повышение квалификации по психиатрии и психиатрии-наркологии. В последующем началась подготовка медицинских психологов и психотерапевтов, а с 1996 г. эти циклы стали сертификационными. Возросло число обучающихся в клинической ординатуре. На протяжении последних двух лет кафедра психиатрии участвует в подготовке врачей по специальности "общеврачебная практика (семейный врач)".

За последние годы в ряде регионов страны резко сократилось количество коек в стационарах, а также число врачей. В некоторых ЦРБ один врач, работая на 1,0–1,5 ставки, оказывает психиатрическую, наркологическую, неврологическую и другие виды медицинской помощи. При этом его работа нередко сводится к оказанию паллиативной помощи. В результате интерес к углубленному овладению знаниями в конкретных специальностях у него падает. Эти трудности усугубляются еще и тем, что врач

должен проходить профессиональную подготовку по нескольким специальностям, что приводит к его длительному отсутствию в районе, где его нечем заменить. Такая ситуация диктует необходимость пересмотра сложившихся официальных требований к порядку послевузовской подготовки и разделению специальностей.

### **О ЗНАЧЕНИИ КОМПЕТЕНТНОСТНО-КВАЛИМЕТРИЧЕСКОГО ПОДХОДА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ПСИХИАТРОВ, НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

В.А. Дереча  
(Оренбург)

В совершенствовании системы последиplomного образования психиатров, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов особое значение принадлежит повышению квалификации профессорского-преподавательского состава по приоритетному направлению *“Современные технологии в образовании”*. Общей их характеристикой является компетентностно-квалиметрический подход. Он определяет цели и направления профессионального роста как обучающихся, так и обучающихся. Одно из основных направлений – это разработка систем самооценки и оценки уровня профессиональной компетентности, как поэтапно-процессуальной учебной цели в овладении специальностью: компетентность на уровне ознакомления; на уровне знаний; на уровне умений, затем – на уровне мастерства; далее – на уровне профессионализма, т.е. способности к надситуативной деятельности, к творчеству, к обучению других. Важнейшим способом достижения данных целей является самостоятельная работа (аудиторная, внеаудиторная и, особенно, – непрерывная в процессе повседневности, что можно полно оценить во время сертификационных экзаменов и аттестаций на квалификационную категорию). Не менее значимо *формирование практических навыков*, причём не только оперантных и двигательных, но и столь важных в психиатрической работе навыков перцептивных, мыслительных, личностных, совокупность которых формирует облик профессионала и стиль его деятельности. Традиционные формы контроля знаний и умений (тестирование, “экзамен по больному” и др.) важно дополнить также *решением специальных комплексных ситуационных задач*, составленных в соответствии с требованиями компетентностно – квалиметрического подхода.

### **ДИАЛОГИЧНОСТЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПСИХОТЕРАПИИ**

Ю. Т. Джангильдин  
(Москва)

Образовательные стандарты подготовки врачей-психотерапевтов направлены на развитие как профессиональной,

так и личностной компетенции психотерапевта. Важную роль в этом играют тренинговые и ролевые упражнения, направленные на самопознание самоисследование участников, а также супервизию. Рабочая учебная программа не может охватить все многообразие насыщенных эмоциональностью учебных и коммуникативных ситуаций, которые развиваются при взаимодействии преподавателей и учащихся, а также между самими учащимися. В процессе обучения могут возникать столкновения, сопровождающиеся актуализацией внутри- и межличностных конфликтов. Они могут проявляться в виде конфликтов интересов, средств достижения цели, правил взаимодействия. Выбор стратегий поведения участников педагогического процесса в конфликтной ситуации в целом происходит неосознанно на основании прошлого опыта и проявляется в известных поведенческих паттернах избегания, приспособления и соперничества. Продуктивное разрешение конфликта в учебном процессе помогает в решении двух дидактических задач. Первая из них – рост профессиональной компетентности слушателей, поскольку используемые при разрешении конфликтов подходы аналогичны технологиям, используемым в лечебной практике. Вторая задача – проблема личностного роста и личной компетенции психотерапевта, что является важнейшим фактором результативности психотерапевтического лечения.

При таком личностно ориентированном подходе педагог является не только транслятором знаний, а, прежде всего, фасилитатором, помогающим учащимся прожить терапевтическую ситуацию не в гипотетическом будущем, а непосредственно “здесь и сейчас” на основе открытости и диалогичности общения.

### **ПСИХОСОМАТИКА В СИСТЕМЕ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ**

И. Ю. Дороженков  
(Москва)

Образовательные модули по психосоматике на кафедре психиатрии и психосоматики ФППОВ 1 ГМУ им. И.М. Сеченова (заведующий кафедрой – академик РАМН А.Б. Смулевич) являются уникальными в современном образовательном пространстве. Особо следует отметить однодневные семинары “Тревожно-депрессивные расстройства в общемедицинской практике”, а также школы по психосоматике для ученых-психиатров, в том числе – мастер-классы для профессоров, длительностью 36–42 учебных часов. Прерывистые циклы тематического усовершенствования в рамках школ ученых-психиатров послужили экспериментальным полем для применения элементов дистанционного обучения. Наряду с устными докладами и постерными сообщениями врачи получают возможность участвовать в клинических разборах ведущих отечественных специалистов. На кафедре создан обширный банк видеоматериалов, содержащих квинтэссенцию клинических разборов и лекций.

Неоспоримым преимуществом видеоразборов является возможность продемонстрировать терапевтическую динамику состояния пациента и навыки работы с оценочными клиническими шкалами.

Накопленный опыт разработки и преподавания психосоматики показывает, что банк видеоматериалов, современных методических пособий и мультимедийных презентаций, а также дистанционные образовательные технологии способствуют повышению качества педагогической работы в конкурентной среде послевузовского профессионального образования врачей.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ**

**З. К. Залилова, О. Ф. Панкова**  
(Москва)

Актуальность проблемы эмоционального выгорания (СЭВ) у медицинских работников, особенно у молодых специалистов, определяется его чрезвычайно высокой распространенностью и отсутствием адекватной психологической помощи при профессиональном становлении. Последствиями СЭВ могут являться не только профессиональная личностная деформация, но и болезни адаптации – неврозы, личностные расстройства, психосоматические заболевания, аддиктивные расстройства.

Известно, что личностные особенности и неадаптивные стратегии поведения (копинги) повышают риск СЭВ. Для оценки используемых будущими врачами копингов с помощью методики Хобфолла (SACS) было обследовано 80 студентов 4–5 курсов педиатрического факультета. Выявлено преобладание неконструктивных форм поведения в стрессовых ситуациях. Наиболее высокие показатели отмечались по шкале агрессивности (75% у мужчин и 70% у женщин). Часто наблюдались асоциальные формы копинга (высокие показатели были у 35% мужчин), а также такие неконструктивные копинги как “избегание” и “импульсивность” (высокие показатели у 55% у мужчин и 40% женщин). Недостаточными оказались просоциальные формы поведения – “вступление в социальный контакт” (низкие показатели у 35% мужчин и 50% женщин). Другая форма просоциального копинга – “поиск социальной поддержки”, наблюдалась преимущественно у женщин, 45% из них указывали на высокую потребность в социальной поддержке.

Выявленные особенности поведения в стрессовых ситуациях могут стать препятствием для успешной профессиональной, адаптации будущих врачей, что диктует необходимость осуществления психодиагностических и психокоррекционных мероприятий, направленных на формирование сознательных конструктивных механизмов совладания со стрессом в процессе изучения ими медицинской психологии.

### **КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В ПСИХИАТРИИ**

**А. П. Зинкина, О. Н. Степанова, О. Ю. Пузикова**  
(Омск)

В современных условиях возрастает потребность в медико-социальной работе. Для решения медицинских и социальных проблем на междисциплинарном уровне требуются специалисты, которые не только имеют образование, соответствующее требованиям и характеру работы, но склонные по своим личным качествам к оказанию социально-медицинских услуг. Такой фигурой может стать специалист по социальной работе, получивший дополнительную специализацию “Технологии социально-медицинской работы с населением”, в рамках которой организована непрерывная практическая подготовка студентов специальности “Социальная работа” на базе БУЗ ОО “Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой”. Программа специализации включает в себя три спецкурса и один факультатив, изучаемые студентами на четвертом и пятом году обучения: клиническая психиатрия, основы социальной психиатрии, технологии медико-социальной работы в психиатрии, медико-социальная работа с инвалидами и все виды практики: ознакомительная, производственная и преддипломная. Основная цель обучения – совершенствование профессиональной подготовки студентов на основе их непрерывного участия в деятельности учреждения: ознакомление с миссией, целями, задачами, структурой, содержанием, формами и методами деятельности учреждения; овладение основами профессиональной культуры; формирование комплекса знаний, умений и навыков для осуществления успешной профессиональной деятельности. Интеграция специалистов разных профилей, а так же ученых и практиков в единый образовательный процесс дает возможность готовить компетентных специалистов, которые могут эффективно решать сложные ситуации, возникающие в медико-социальной сфере.

### **ОЦЕНКА ТИПОВ ЦЕНТРАЦИИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ**

**А. К. Зиньковский, Ю. В. Лакеева**  
(Тверь)

Целью работы является определение типа центрации личности у студентов-медиков 5 курса лечебного факультета. Объектом исследования послужили 120 студентов лечебного факультета Тверской медицинской академии.

Исследование проводилось по опроснику “ТСР”, подготовленному американскими психологами. Анкета включала 10 блоков по 6 вопросов, посвященным различным сферам будущих медицинских специальностей и оценки особенностей своей личности при их выборе.

Результаты выявил 6 основных типов центраций будущих врачей. Так, 21,5% студентов центрированы по типу



“конформизма”, предполагающего опору на мнение коллег, уход от принятия собственных организационных решений. У 21% студентов выявлен “инновационный” тип центраций личности: стремление к новаторству, научной перспективе. 19% респондентов отнесены к “гуманистическому” типу центраций личности, характеризующему чуткое отношение к пациентам, родственникам больных. У 15,9% респондентов выявились “авторитарные” черты типа центрации личности, которые связаны с необходимостью администрирования, подчинения себе коллег, работа в аппарате управления здравоохранением. У 13,5% респондентов отмечена “методическая” центрация личности, предполагающая работу в органах, контролирующих качество деятельности медицинских сотрудников. У 10,1% опрошенных выявился тип центрации “с опорой на родственника” больных, требующий уделять внимание налаживанию гармоничной связи между больными и ухаживающими за ними родственниками.

Результаты необходимы для проведения постоянно мониторинга становления личности и профессионального роста студентов на всем протяжении его обучения в медицинском вузе для формирования будущих врачей как творческих личностей и профессионалов.

## К ОСНОВАМ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ф. В. Кондратьев  
(Москва)

Курс вузовского образования явно недостаточен для профессиональной деятельности врача-психиатра. Практикующий психиатр должен видеть и понимать широкий спектр различных причин, которые могут видоизменить клиническую картину имеющегося заболевания. Выдающийся патолог XX в И.В. Давыдовский (1969) подчеркивал: “качество врача, в значительной степени определяется тем, в какой степени ему удалось освободиться от учебного схематизма и нозологического догматизма с закругленными картинками болезни, с унифицированными приемами в диагностике и лечении». Полиморфизм психической патологии не может быть представлен в курсе вузовского образования – только продуктивные синдромы шизофрении могут проявляться почти в 100 вариантах, и при этом все основные синдромы в течение процесса могут возникать в различном виде (Снежневский А.В., 1969). При всей общности психопатологии в рамках определенных нозологий дебют, течение и исход всегда имеет свою индивидуальность. Эта индивидуальность определяется многими факторами, главными из них являются личностные особенности пациента и окружающая его социально-психологическая экология.

Личностные особенности больного, его отношение к появившимся психическим расстройствам играют зна-

чительную роль во внешних проявлениях болезни и ее течении. Социально-психологическая экология, понимаемая в широком смысле – от микросоциальных до этнокультуральных условий жизни пациента, также способна видоизменять ход и клиническую картину психических расстройств, создавая иногда значительные сложности в дифференциальной диагностике. Все эти аспекты должны быть предусмотрены в курсе последипломного образования, главной задачей которого является именно обучение освобождению от схем и привитие понимания многофакторности формирования психической патологии.

## ПСИХИАТРЫ ВЫБИРАЮТ МОДУЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ

О. В. Кремлева, О. Н. Пирогова, А. П. Сиденкова  
(Екатеринбург)

Технологии модульного обучения (МО) особенно актуальны для последипломного образования врачей. Объективировать запросы потенциальных потребителей МО позволяют предварительные маркетинговые исследования.

Цель работы: исследование дифференцированного отношения к МО в последипломном тематическом усовершенствовании по психиатрии среди потенциальных потребителей. Проведено маркетинговое исследование 116 врачей-психиатров г. Екатеринбурга и Свердловской области (женщин – 83, мужчин – 33). Средний возраст –  $42,7 \pm 10,5$ , средний стаж работы по специальности –  $15,05 \pm 7,00$ . Вопросы анонимной анкеты касались требований и ожиданий врачей-психиатров относительно возможностей МО. Математическая обработка результатов, включающая корреляционный анализ, проводилась с помощью статистического пакета Vortex 6.0. Форму МО признали удобной 86,2% респондентов, мотивируя выбор МО отсутствием длительного перерыва в лечебной работе, возможностью обучения без отрыва от производства и семьи, дефицитом врачебных кадров, непрерывностью в работе лечебного учреждения. МО удовлетворяло профессиональные потребности и интересы психиатров также за счет возможности комплектовать индивидуальный набор тематических модулей из предложенного списка. В рейтинге выборов тем модулей лидировали психофармакотерапия, неотложная психиатрия, психотерапия, психосоматика, геронтопсихиатрия, пограничные расстройства. Корреляционный анализ показал, что наиболее значимым ( $p < 0,05$ ) сегментом потребителей МО являются врачи-психиатры с более высоким стажем / возрастом из отдаленных территорий, работающие вне стационара. Мотивация продолжать работу во время обучения повышала потребность в МО у молодых врачей из ближайших территорий и расширяла потенциальный сегмент потребителей образовательных услуг.

**КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ  
КАК ЧАСТЬ КОМПЕТЕНТНОСТНОЙ МОДЕЛИ  
ПОДГОТОВКИ ПСИХИАТРОВ И НАРКОЛОГОВ**

Т. Ю. Ледванова, Ю. Б. Барыльник,  
М. Ю. Витренко, А. В. Коломейчук

*(Саратов)*

Формирование профессиональной компетенции психиатров наряду со специальными знаниями и навыками включает развитие навыков коммуникации.

На кафедре психиатрии и наркологии Саратовского медицинского университета в ходе цикла переподготовки по специальности “психиатрия-наркология” было проведено исследование коммуникативной компетентности курсантов. С помощью психодиагностических методик обследовано 39 врачей (18 мужчин и 21 женщина), имевших стаж работы психиатрами от 3 до 5 лет.

При оценке уверенности в себе 16 человек (7 мужчин и 9 женщин) охарактеризованы как неуверенные в себе люди, у 7 мужчин и 6 женщин была выявлена склонность к агрессии, трое были агрессивными. Лишь 1 мужчина и 6 женщин были уверены в себе, у них отсутствовала скрытая и явная агрессивность. У 5 мужчин и 4 женщин было обнаружено зависимое поведение. 7 мужчин и 3 женщины продемонстрировали заниженную способность к эмпатии. Повышенная склонность к аффилиации выявлена у 3 женщин, пониженная – у 8 мужчин и 2 женщин. Повышенная чувствительность к отвержению отмечена у 5 женщин и 7 мужчин, у 7 человек выявлено отсутствие значимых привязанностей. Лишь 9 человек из 39 опрошенных имели адекватную социальную поддержку. Четкое представление о мотивах выбора психиатрической специальности имели только трое из опрошенных. 36 слушателей либо скрывали истинное положение дел от окружающих, либо не осознавали причину своего выбора.

Результаты говорят о недостаточной коммуникативной компетентности врачей, обученных по старой квалификационной модели. Формирование этой компетентности должно стать неотъемлемой частью подготовки врачей психиатров, психиатров-наркологов и психотерапевтов, поскольку она является необходимым профессиональным качеством и важной формой индивидуальной психологической защиты.

**ИМИДЖ ВРАЧА-ПСИХИАТРА В  
ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

У. С. Москвитина, В. А. Руженков

*(Белгород)*

Социологическим методом (анонимное анкетирование) обследовано 200 пациентов стационара Белгородской областной клинической психоневрологической больницы: 137 – с непсихотическими психическими расстройствами и 63 – с психотическими формами в стадии становления ремиссии.

Почти все респонденты – 92%, знакомы с понятием “имидж”. Большая часть респондентов – 27,0% считают, что имидж зависит от компетентности, 25,5% – от качества работы, 19,5% – от личных качеств, 17,0% – от коммуникативных способностей, а 11,0% – от специализации врача-психиатра. Для 68,5% пациентов предпочтителен врач-психиатр женского пола, в возрасте от 35 до 45 лет, который выглядит опрятно и аккуратно. Врача-психиатра, речь которого проста и понятна, предпочитают 90,0% респондентов. Большинство (61,0%) пациентов отдадут предпочтение врачу-психиатру стиль общения, которого носит эмоциональный характер. Большая часть респондентов из 85,5% обратились бы к врачу-психиатру, который имеет хорошие отзывы. Специалиста, который имеет научное звание, ученую степень предпочитают 50,0%. Большинство (94,5%) пациентов считают работу врача-психиатра эффективной, лишь 5,5% пациентов не видят результата от лечения. На вопрос о том, куда следует обращаться человеку с психическим заболеванием, 81,5% пациентов отвечали, что необходимо идти к врачу-психиатру, 14,5% – к священнику, 2,5% – к врачу общей практики, и лишь 1,5% – к знахарю или экстрасенсу.

Таким образом, пациенты психиатрической клиники в большинстве объективно относятся к профессии врача-психиатра и его личным качествам. При этом определяющее значение имеют образовательный уровень, хорошие отзывы (профессионализм), внимательность и отзывчивость, средний возраст. Полученные предварительные результаты могут быть использованы при подготовке врачей-психиатров.

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ИНТЕРНЕТ РЕСУРСЫ  
В ПСИХИАТРИИ**

Н. Г. Незнанов, И. А. Мартынихин

*(Санкт-Петербург)*

Электронные учебные пособия, размещенные в сети Интернет, имеют ряд преимуществ перед печатными пособиями: а) наглядность (за счет использования мультимедиа); б) современность (быстрота изменений, что важно в современном мире стремительно растущей и меняющейся информации); в) повсеместная доступность.

Между тем в России ощущается недостаток полноценных образовательных интернет ресурсов, посвященных проблемам психиатрии; имеющиеся программы решают крайне ограниченный круг задач. Сотрудниками СПбПНИ им. В.М.Бехтерева и кафедры психиатрии и наркологии СПбГМУ им. И.П. Павлова разработан проект информационно-образовательного портала «СОФИЯ» (<http://spsy.ru>). Данный портал включает 3 основных вектора: 1) учебные пособия для студентов медицинских ВУЗов, изучающих психиатрию; 2) информационные материалы для непрерывного образования врачей-психиатров и других специалистов, оказывающих помощь лицам, стра-

дающим психическими расстройствами; 3) информационные материалы для психообразования лиц, страдающих психическими расстройствами, и их родных.

Особенностями организации информации на данном портале являются: интерактивность, единство ключевых определений для всех типов пользователей (что должно создать атмосферу доверия и возможность для обмена мнениями между всеми участниками лечебного процесса), семантический подход с разработкой онтологии психиатрических терминов. Запуск полнофункциональной версии Интернет-портала позволит привлечь внимание разных категорий пользователей и будет способствовать более эффективному решению проблем подготовки специалистов, повышению комплаентности и дестигматизации больных с психическими расстройствами.

#### МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В СТРУКТУРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ: ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Г. Н. Носачев, Д. В. Романов, В. С. Баранов,  
И. Г. Носачев, С. Н. Стрельник  
(Самара)

Тенденции развития современной психиатрии, связанные с биопсихосоциальным подходом, интеграцией психиатрической и общемедицинской помощи, а также акцентом на психопрофилактику, требуют пересмотра подходов в последипломной подготовке, как врачей-интернистов, так и психиатров. Необходим поиск новых организационных форм с их внедрением в последипломное образование врачей. Внимание должно быть сосредоточено на взаимодействии специалистов по реализации терапевтических и реабилитационных программ, ресоциализации пациентов, повышении качества их жизни, эффективной вторичной профилактике.

В структуру последипломного образования врачей-интернистов должны включиться разделы клинической и социальной психологии: психология общения в системе «врач – пациент – семья», психология лечебного процесса, элементы конфликтологии, основы психотерапии и психокоррекции; из области психиатрии – клиника и распознавание, а также общие принципы ведения амбулаторно протекающих поведенческих и психических расстройств, включая болезни зависимости от ПАВ, соматоформные, невротические и аффективные расстройства, а также когнитивные нарушения и деменцию. Наш опыт реализации таких программ в структуре последипломной подготовки врачей общей практики (в рамках национального проекта «Здоровье») показал высокую востребованность этих знаний среди врачей первичного медицинского звена.

В преподавании врачам психиатрических специальностей необходимо сделать акцент на современных формах полипрофессионального взаимодействия (в первую

очередь, интернистов и психиатров) при лечении как пациентов с психическими расстройствами, так и соматически больных, совместно реализуемых в поликлинике и соматическом стационаре.

#### ФОРМИРОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПСИХИАТРОВ

Н. А. Панина, Н. П. Ванчакова  
(Санкт-Петербург)

**Введение.** Введение в практику психолого-педагогических программ повышает значение формирования педагогических навыков у врачей психиатров.

**Методы.** Психолингвистический анализ письменных работ, отражающих базовый и итоговый уровни педагогических знаний в процессе обучения педагогике клинических ординаторов.

**Результаты.** Исследовано 40 работ 20 клинических ординаторов. Анализ текстов включал частотные, грамматические и ассоциативные характеристик лексики. Из анализа были исключены слова, выполняющие роль связующих элементов речи: предлоги, вводные слова, междометия и другие. Анализ базового уровня знаний установил, что правильно ответили 15%, неправильно 50%, отказались отвечать 35%. Средняя частота всех слов составила 279,4 единиц. Чаще использовались существительные (70,1%), реже прилагательные (20,5%) и глаголы (9,4%). Редко использовались слова, отражающие педагогические категории. В итоговом контроле правильные ответы дали 75%. Средняя частота всех использованных слов составила 168, 2 единиц. Разница в 111,2 единиц относительно базового уровня указывает на увеличении числа слов с более низкими частотами, что отражает появление специальных знаний. Количество педагогической лексики увеличилось в два – три раза. Частота использования существительных увеличилась (74%), а прилагательных (18,8%) и глаголов (7,2%) уменьшилась.

**Заключение.** Выявлен низкий уровень базовых психолого- педагогических знаний, который удалось повысить в процессе обучения.

#### К ВОПРОСУ О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ

Н. Н. Петрова  
(Санкт-Петербург)

В программе высшего медицинского образования по психиатрии необходимо расширить разделы психосоматики, наркологии, психотерапии. Государственный стандарт послевузовской профессиональной подготовки по специальности «Психиатрия» нуждается в доработке, как содержательно, так и в плане изменения объема подготовки. Неэффективной представляется подготовка пси-

хиатров в интернатуре, в том числе, – в городской. Требуется совершенствования законодательная база дополнительного и последипломного образования, включая сертификацию специалиста. Целесообразно разработать программу подготовки педагогических кадров по психиатрии, психотерапии и наркологии, основанную на современных методологических подходах и соответствующую современному уровню знаний. Назрела необходимость перехода от краткосрочного усовершенствования к непрерывному профессиональному образованию. Тестовый контроль как основание для допуска к аттестации на категорию специалиста нужно привести в соответствие современным научным представлениям. Аттестацию специалиста целесообразно осуществлять с учетом унифицированной и дифференцированной оценки непрерывного профессионального образования, включая дистанционные, самостоятельные формы обучения, на основе рейтинговой оценки уровня квалификации. Внедрение полипрофессионального подхода обуславливает необходимость углубленной подготовки по психиатрии представителей смежных специальностей (психотерапевт, клинический психолог, социальный работник). Для обеспечения качества оказания психиатрической помощи необходимо разработать образовательные программы для специалистов различного профиля по вопросам психического здоровья.

#### **ВОСПРОИЗВОДСТВО НАУЧНЫХ КАДРОВ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ**

**В. А. Решетников, С. А. Трущелёв**  
(Москва)

В отечественной науке сложилась и устойчиво функционирует система аттестации научно-педагогических работников, в основу которой положены подготовка и защита диссертации. Ученая степень свидетельствует о высоком научно-квалификационном уровне специалиста. Ежегодный прирост научных кадров составляет 7–8%, однако в области психиатрии дефицит докторов медицинских наук достиг 43% (Иванова И.В., 2006).

Развитие кадрового потенциала – важнейший аспект науки, так как именно научные работники являются носителями передового знания, создателями эффективных технологий. В этой среде происходит обновление знаний, рождение идей и созревание концепций, которые, в свою очередь, формируют основу научно-технического прогресса.

Подготовка научных кадров в области психиатрии производится в системе последипломного образования медицинских специалистов (аспирантура, докторантура), а также через инициативное соискательство ученой степени. Так, в 2009 г. по специальности выпущен 61 аспирант (в том числе из научно-исследовательских учреждений – 17, из вузов – 39). В этом же году по специальности защищена 91 диссертация (в том числе аспирантами – 14). Из этого следует, что воспроизвод-

ство научных кадров идет преимущественно через инициативное соискательство. К тому же отметим, что 14 диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук, представленные в этом году, были выполнены вне докторантуры. Диссертации по основной специальности “Психиатрия” в 2009 г. выполнены на базе 38 учреждений. Защита их производилась в 10 специализированных советах.

Перед научным сообществом остро стоят проблемы воспроизводства и качества научных кадров, в том числе совершенствование институциональной системы подготовки ученых.

#### **ВЛИЯНИЕ МКБ-10 НА КЛИНИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ**

**Ю. С. Савенко**  
(Москва)

Не обращается должного внимания на воздействие МКБ-10, как и других вспомогательных “инструментов” такого рода, например, опросников, на процесс клинического осмысления, понимания, суждения и принятия решений при диагностической квалификации. Вместо следования давно ставшему классическим требованию феноменологически ориентированных клинических школ: “ни динамику, ни генез нельзя исследовать пока не установлен сам факт, тщательное описание явлений – начало всякой науки”, в МКБ смешаны два разных, требующих принципиально разных внутренних установок этапа. На первом, принципиально полностью атеоретичное описание, на втором – герменевтические и квалифицирующие процедуры. В результате, МКБ-10 принципиально иначе организует, формирует и закрепляет процесс самого клинического мышления: в один прием то, что следовало разделить в строго выдержанную последовательность. МКБ-10 вместо этих этапов оперирует изначальной смесью того и другого, итогом чего не только никогда не смогут стать естественные классы, но сам процесс клинического мышления подвергается вульгаризации, плоды которой видны уже сейчас. Это возвращение диагностического процесса к симптомокомплексам. Механистическая идея дополнительных симптомов подменяет качественное преобразование не только психического уровня любого синдрома, но и патогномичные тонкости гетерономных синдромальных особенностей и внутренней структуры самих симптомов (в сторону феноменов).

## НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КАК ЭЛЕМЕНТ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ В ПСИХИАТРИИ

О. Н. Степанова, О. Ю. Пузикова, А. П. Зинкина  
(Омск)

Последипломное образование социальных работников в психиатрии, как и в любой области медицины должно опираться на инновационные технологии. Примером этому служит совместная программа “Непрерывное образование” ОмГУ им. Ф.М. Достоевского и БУЗ ООКПБ им. Н.Н. Солодника. Участниками образовательного процесса являются студенты специальности “Социальная работа” ОмГУ и специалисты по социальной работе больницы, а так же слушатели семинаров и обучающих циклов, организованных на ее базе. Обучение в Ресурсном методическом центре КПБ позволяет знакомить специалистов и студентов с инновационными видами организации социальной работы, с новыми формами ведения учетной документации и способствует обмену опытом. Благодаря системе непрерывного образования в больнице создана сильная, постоянно развивающаяся социальная служба, большой постоянно обновляемый банк методических материалов. За период проведения на базе больницы практики студентов, количество специалистов по социальной работе и социальных работников выросло почти в три раза. Пять сотрудников клиники без отрыва от работы получили образование на базе университета (заочно-ускоренная форма обучения по специальности “Социальная работа”). В клинике разработано положение о порядке проведения аттестации специалистов по социальной работе, выделены критерии и сформирована шкала оценки профессиональных качеств выполненной работы по соответствующим категориям. Социальные работники проходят повышение квалификации на базе Центра Делового Образования ОмГУ по программе, составленной на основе пожеланий и потребностей заказчика.

## ОБ ОБУЧЕНИИ ПСИХИАТРИИ В РАМКАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНИСТОВ

М. В. Стяжкина, С. Е. Быстрова,  
Н. Г. Гришаткина  
(Санкт-Петербург)

Практика врача психиатрической больницы свидетельствует о том, интернисты плохо осведомлены о некоторых важных формах психических расстройств. Одной из причин этого является то, что соответствующие сведения излагаются, в основном, в психиатрических сборниках, а преподавание ведется только на кафедре психиатрии. Такая неосведомленность интернистов приводит к неправильной тактике лечения. Примером этого является случай абдоминальной формы маскированной деп-

рессии, при которой у больной был неправильно удален желчный пузырь, проведена общая ревизия брюшной полости, которая в последующем привела к спаечному процессу.

Аналогичные осложнения наблюдались у пациентов после операций по поводу “стеноза чревной артерии” и “стеноза Фатерова сосочка”. Известен также случай удаления семи здоровых зубов в стоматологической поликлинике и другие неблагоприятные последствия неправильной клинической оценки состояния больных.

Отсюда следует вывод, что психиатрическое образование, в частности, в сфере диагностики и лечения соматоформных расстройств, нельзя сводить только к обучению в институте. Соответствующие разделы должны быть обязательно включены в программы постдипломного образования врачей, как в интернатуре, ординатуре, так и на курсах повышения квалификации, которые в необходимом порядке проходят врачи в течение каждых пяти лет.

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ

С. А. Трущелёв  
(Москва)

Основные решения проблем организации и содержания медицинской помощи населению существенно связаны с прогрессом научной специальности, оптимизацией и развитием научной деятельности специалистов, сокращением времени внедрения научно обоснованных разработок. Диссертации, как научно-квалификационные работы, имеют большое научно-практическое значение и в большой степени отражают эти аспекты.

В сплошном поперечном исследовании изучены структура и научные направления авторефератов диссертаций в области психиатрии. Общее количество авторефератов диссертаций, представленных к защите в 2009 г., составило 160. Из них научная специальность “Психиатрия” была первой – в 91 работе, второй – в 18. В остальных рассматривались вопросы психиатрии, но шифр номенклатуры специальности не указан.

В диссертациях представлены в основном прикладные разработки. При изучении группировки научных проблем выделены 4 основные исследовательские направления: проблемы психического здоровья населения – 57,1%, проблемы содержания психиатрической помощи населению — 37,4%, проблемы организации психиатрической помощи населению – 4,4%, другие проблемы – 1,1%.

Основные направления разработки проблем психиатрии были определены, исходя из паспорта научной специальности и рубрик МКБ-10. Изучению общей психопатологии и симптоматики посвящено 38,5% работ. Исследования, соответствующие рубрикам F2– F4, составили 61,6%.

Установлено, что при решении проблем психиатрической помощи населению вперед выдвигаются проблемно-ориентированные исследования, направленные на достижение социально значимых целей или на решение задач, важных с позиций внутренней логики науки и практики.

**РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПОДГОТОВКЕ  
ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ**

А. В. Худяков, О. Ю. Смирнова  
(Иваново)

Кафедра восстановительной медицины, психиатрии, психотерапии, наркологии и наркологии детского возраста Ивановской государственной медицинской академии много лет готовит специалистов психиатров-наркологов с учетом необходимости их первоначального обучения психиатрии.

При подготовке психиатров-наркологов необходимо формировать у них современные представления о глубинных механизмах развития синдромов зависимостей с использованием не только клинико-психопатологического, но и феноменологического подхода. В процессе обучения следует делать специальный акцент на психологических механизмах развития зависимостей и уделять большое внимание методам психотерапии. Существенным компонентом обучения мы считаем рассмотрение вопросов коморбидности наркологических, психиатрических и соматических заболеваний, развивающихся по психосоматическим механизмам. Очень важно предупредить формирование псевдоспециалистов – так называемых “кодировологов” и “похметологов”.

В учебном процессе следует также учитывать ряд специфических для наркологов личностно-профессиональных проблем: эмоциональное выгорание, связанное, завышенным уровнем ожиданий населения относительно эффективности лечения и ответственности за него врача; ожидание немедленных результатов и восприятие рецидива как “поражения”; оценка эффективности лечения почти исключительно с позиции достижения воздержания. Для значительной части врачей наркологический больной по-прежнему остается виновником своего заболевания.

С целью коррекции этих взглядов нами используется позитивный подход, рассматривающий рецидив не как провал лечения, а как важный жизненный опыт, ценный не только для больного, но и для врача. При оценке эффективности лечения мы подчеркиваем необходимость использовать такие критерии как улучшение социальной адаптации, уменьшение вреда и повышение личностной зрелости. В процессе обучения хорошо зарекомендовали себя также балинтовские группы, которые позволяют эффективно решать все указанные проблемы.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ  
ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ**

В. В. Чирко, М. В. Дёмина, А. М. Баринов,  
И. Д. Даренский  
(Москва)

Патоморфоз наркологических заболеваний обусловлен отрицательным влиянием социо-культурных, личностных и биологических факторов, в частности, снижением резистентности преморбидной почвы и усилением наркогенности химического арсенала.

Наши наблюдения за последние полтора десятилетия свидетельствуют об утяжелении героиновой наркомании, что проявляется ростом частоты и тяжести соматических осложнений и личностных сдвигов. Соматические осложнения представлены развитием вирусных гепатитов В и С, высокой частотой токсических кардиомиопатий, токсическими дисфункциями яичников у женщин. Личностный регресс приближается к состояниям апатической деменции.

У зависимых больных часты несчастные случаи, связанные с острыми отравлениями наркотиками, травмами, которые вызывают у них полиморфные соматогенно-стрессорные психические расстройства. Их влияние изучено недостаточно, а терапевтическая тактика нуждается в совершенствовании.

Масштаб проблемы вырос из-за вовлеченности в неё родителей наркоманов, для которых болезнь детей является причиной развития реактивного состояния. Его вполне можно отнести к категории нозогений – психогенных реакций на осознание факта хронической болезни – в данном случае болезни ребенка.

Таким образом, актуальность совершенствования профессиональной подготовки врачей-наркологов определяется новыми тенденциями в клинике, течении и исходах наркологических заболеваний. Врач должен знать клинические особенности патоморфоза, иметь представления о нарушениях осознания болезни и принципах коррекции лечебных установок, влиянии соматической патологии на течение зависимости, а также коррекции состояний созависимости у родственников наркологических больных.

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ И СОДЕРЖАТЕЛЬНОЕ  
РАЗЛИЧИЕ В ПРЕПОДАВАНИИ ПСИХИАТРИИ  
ОТЕЧЕСТВЕННЫМ И ИНОСТРАННЫМ  
СТУДЕНТАМ**

Л. К. Шайдукова, Д. Н. Усманов,  
А. Х. Халиуллин  
(Казань)

Обучение иностранных студентов в медицинских вузах способствует изменению учебных программ. При этом важно учитывать существенные различия в преподавании отечественным и иностранным студен-

там. Одной из трудно разрешимых проблем обучения является определенное расхождение содержания учебного материала, что вызвано спецификой самой отечественной психиатрии, имеющей отличия от западных стандартов. Так, в иностранной учебной литературе большое внимание уделяется методам исследования, лабораторному и психологическому тестированию, а также нейробиологическим основам психических заболеваний, - этому посвящены отдельные (равноценные) главы. Следующей особенностью является то, что в иностранных учебниках фактически отсутствует специальное рассмотрение общей психопатологии, Эти материалы вкраплены в описание отдельных заболеваний и рассматриваются в их контексте. Клиническая же часть обычно дается авторами строго в соответствии с международной классификацией болезней и излагается при описании соответствующих ее рубрик. Учебники также отображают дополнительный материал (в отечественных программах это дано в виде элективов), что позволяет студенту расширить свои знания по таким разделам как "суицидальное поведение", "психиатрические аспекты синдрома иммунодефицита", "расстройство сна", "психопатология детства" и т.д. Особое внимание в иностранных учебниках уделяется вопросам медикаментозного и психотерапевтического лечения больных, а также их реабилитации. Отдельной главой выделены новейшие психотропные препараты, многие учебники имеют приложения в виде психометрических шкал и тестового материала. Это облегчает усвоение материала студентами, поскольку позволяет им в процессе обучения ознакомиться с международно-стандартизированными тестами.

#### **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РЕГИОНАЛЬНОГО МОЛОДЕЖНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Р. А. Шаменов, Д. А. Смирнова, Т. Н. Осипова,  
С. Л. Налетов  
(Самара)

Проведено социальное исследование деятельности Совета молодых ученых (СМУ) Самарского отделения Российского общества психиатров.

Целью исследования явилось определение направлений и путей совершенствования его работы. Изучались ожидания, мотивации, формы активности, профессиональные интересы, трудности и неудовлетворенность деятельностью отделения его членов. Анонимно опрошено 35 молодых специалистов.

Большинство опрошенных удовлетворены деятельностью СМУ, считают ее важной в информационном и научном плане. В ходе опроса было также выявлено четыре основных направления по улучшению этой деятельности.

Первое из них заключалось в необходимости сотрудничества с врачами других специальностей, усилении внимания к клиническим аспектам рассматриваемых тем, а также терминологическим и методологическим вопросам.

Второе направление касалось более активного вовлечения в работу клинических психологов, организации тренингов, направленных на развитие социальных навыков и профессиональной компетенции. Кроме того, предлагалось разработать веб-сайт для обмена и обобщения информации.

Третье направление состояло в стимулировании мотивации к самостоятельному изучению профессиональной литературы, овладению иностранными языками, расширению практики научных дискуссий на английском языке.

Четвертое направление заключалось в необходимости проведения разнообразных исследовательских проектов, налаживания общероссийских и международных контактов с аналогичными организациями молодых специалистов.

#### **СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

Ю. С. Шевченко  
(Москва)

Количество и качество специалистов, работающих в детской психиатрии, – ниже критического уровня. Отсюда следует первая субъективная проблема: мало кто из руководящих работников отдает себе отчет об опасности данной ситуации для будущего страны, ее обороноспособности и духовного возрождения. Другие же намеренно "не замечают" данной проблемы, подменяя заботу о конечной цели здравоохранения – укреплении здоровья нации, выполнением сиюминутной административно-бюрократической установки на то, что "медицина должна быть экономной". Врачи, приезжающие на бюджетные (т.е. оплачиваемые государством) циклы на специализированные кафедры детской психиатрии и психотерапии в Москву, Санкт-Петербург или Челябинск, вынуждены делать это за свой счет и в свой отпуск из-за "нехватки" средств на обучение у администрации лечебных учреждений, где они работают. Те же врачи, которые учатся по месту жительства, посещают занятия нерегулярно, поскольку вынуждены продолжать лечебную работу. Вторая субъективная проблема последипломного образования связана с сохраняющимся в силе ошибочным распоряжением Минздрава от 1995 года, отменившим специальности детского и подросткового психиатра. Российский менталитет таков, что об официально отсутствующей специальности не стоит и думать. Отсюда печальный факт – врачи на местах, годами совмещающие должность общего и детского специалиста,

ни разу в жизни не повышали своего образования на профильной кафедре, хотя это никак не нарушило бы их карьерный рост. Еще две (но далеко не последние) субъективные проблемы – конкуренция со стороны “взрослых” кафедр в борьбе за курсанта и пренебрежение чиновников мнением профессионалов.

### **ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ**

К. К. Яхин, Ю. А. Калмыков

(Казань)

В ходе последипломной подготовки медицинских психологов необходимо уделять больше внимание клиническим проявлениям соматических заболеваний. Это особенно важно в связи возрастающим интересом к психологическим аспектам физических болезней и увеличением количества психологов, работающих в медицинских учреждениях.

В Казанском государственном медицинском университете с 1998 года подготовлено 442 клинических психолога. Важной задачей обучения является практическое применение теоретических знаний, для чего к преподаванию привлекаются наиболее квалифицированные специалисты университета. Основная часть учебной программы посвящена практической подготовке и освоению специфики деятельности медицинских психологов в ме-

дицинских учреждениях, а также работе с супервизором. Заочное обучение проводится по основному месту работы, оно способствует освоению теоретических знаний и формированию профессиональных умений и навыков.

В 2009 году нами издано учебно-методическое пособие “Соматические расстройства в клинической психологии”, в котором сделан особый акцент на соматических и психопатологических симптомах наиболее распространенных в общесоматической сети расстройств. Значительное внимание уделено также психологии больного человека, особенностям взаимодействия медицинских специалистов с пациентами, дифференциальной диагностике органических и функциональных нарушений, психологическим методам лечения соматических нарушений. В пособии приведены также краткие сведения по методам обследования и биологической терапии при соматических и неврологических заболеваниях.

В последние десятилетия стало расширяться использование психотерапевтических методов при лечении соматических болезней. Это касается методов релаксации, биологической обратной связи, медитации, гипноза, когнитивного вмешательства, инсайт-ориентированной терапии и групп поддержки. Однако, как показывает опыт, эффективность психологической помощи при соматических заболеваниях невысока, что связано со значительной ролью в их развитии биологических механизмов.

---

Подписано в печать 14.09.2010 года. Формат 60x88/16.  
Гарнитура OfficinaSansC. Печать офсетная. Бумага офсетная № 1.  
Печ. л. 51. Тираж 2000 экз.

Заказ

Издательский Дом «МЕДПРАКТИКА-М»,  
Москва, пер. Красина, д. 15, стр. 1  
Тел. (495)254-2281, E-mail: id@medpraktika.ru, <http://www.medpraktika.ru>  
Отпечатано с готовых диапозитивов в ФГУП «Производственно-издательский комбинат  
ВИНИТИ».  
140010, г. Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.  
Тел. (495)554-2186



